



Barreiras Socioeconómicas no acesso à Saúde Materno-Infantil das Mulheres Imigrantes na Área Metropolitana de Lisboa¹

ERIKA MASANET; BEATRIZ PADILLA; ALEJANDRA ORTIZ; SONIA HERNÁNDEZ-PLAZA & ELSA RODRIGUES

Universidade de Valencia; CICS-UM; CIES-IUL

Erika.masanet@uv.es; padilla.beatriz@gmail.com; aleortizscaglione@gmail.com;
sonia.h.plaza@gmail.com; elsamarodrigues@gmail.com

Resumo:

Este artigo analisa o impacto da crise económica e as reformas no sistema de saúde Português no acesso à saúde materno-infantil e recurso à saúde reprodutiva das mulheres imigrantes, bem como as estratégias para enfrentar ou minimizar essas dificuldades. Os resultados do estudo mostram um agravamento das barreiras socioeconómicas no acesso e recurso a estes cuidados de saúde das mulheres imigrantes e outros grupos vulneráveis. Face às crescentes limitações que os profissionais de saúde e outros membros da sociedade civil enfrentam na prestação de cuidados de saúde de qualidade, identifica-se um conjunto de estratégias específicas que tentam superar ou minimizar essas barreiras.

Palavras-chave:

Mulheres imigrantes e grupos vulneráveis; acesso e recurso aos serviços de saúde; saúde materno-infantil; crise económica; barreiras.

Abstract:

This paper analyses the impact of the economic crisis and the reforms in the Portuguese health system in the access to maternal and child health and use of reproductive health of immigrant women, as well as the strategies to cope with or minimise those difficulties. The results of this study show a worsening of the social and economic barriers in the access to and use of these health care services in immigrant women and other vulnerable groups. Due to the growing limitations that the health care professionals and other members of the society face in the provision of quality health care services, a set of specific strategies is identified, which can help to overcome and minimise those barriers.

Keywords:

Immigrant women and vulnerable groups; access to and use of health care; maternal and child health; economic crisis; barriers.

¹ Este trabalho é parte dos projetos de investigação “Health and Citizenship: Gaps and needs in intercultural health care to immigrant mothers” (financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, ref.: PTDC/CS-SOC/113384/2009) e “Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: A psycho-sociopolitical approach to cultural competence in health professionals” (financiado pela Comissão Europeia, ref.: PIEF-GA-2010-272976-7th Research Framework Programme, European Commission, Marie Curie Actions: FP7-PEOPLE-2010-IEF).

Introdução

No atual contexto de crise e de um crescente empobrecimento de parte importante da população portuguesa e de outros países do Sul da Europa, uma das consequências é a deterioração da saúde e o possível aumento das desigualdades em saúde, principalmente de populações vulneráveis, que inclui mulheres imigrantes e autóctones com baixos rendimentos económicos. No presente trabalho partimos da afirmação da Organização Mundial de Saúde, com base no trabalho da “Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde” (CDSS de 2008), segundo a qual os processos de exclusão social são a principal causa de desigualdades no acesso e qualidade dos cuidados de saúde, não só de imigrantes e minorias étnicas, mas também de outros grupos em situação de vulnerabilidade. Consequentemente, aqueles que sofrem as necessidades mais graves enfrentam também mais barreiras ao acesso à saúde e recebem cuidados de saúde de qualidade inferior.

Em Portugal, muito embora a investigação sobre migração e saúde tenha conhecido um interesse acrescido nos últimos anos é ainda escasso o enfoque na saúde das mulheres imigrantes e, em especial, ao nível da saúde reprodutiva e materno-infantil. Os poucos estudos realizados têm mostrado altos níveis de morbidade materna e infantil entre as mulheres imigrantes em comparação com a população autóctona (Machado et al., 2007). Além disso, estudos realizados em outros países atestam piores indicadores de saúde e maiores problemas de acesso aos cuidados de saúde para as mulheres imigrantes, em especial para as que se encontram em situação irregular (Bollini et al., 2007; Fedeli et al., 2010)².

Existem também evidências de como o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes e os grupos populacionais mais vulneráveis em Portugal, incluindo as mulheres imigrantes, são limitados por uma série de barreiras de vários tipos: barreiras socioeconómicas, linguísticas/culturais, organizacionais, de educação e de estatuto legal (Padilla, 2013; Padilla et al., 2013).

A existência destas barreiras afeta negativamente o acesso à saúde e torna desigual o acesso dos imigrantes e outros grupos vulneráveis aos cuidados de saúde, e em simultâneo, essas barreiras são exemplos claros da restrição dos seus direitos e ameaçam o seu processo de integração.

Por outro lado, Portugal, em linha com outros países da Europa, optou por um sistema de saúde universal em que o Estado desempenha um papel central na prestação de cuidados de saúde. No entanto, apesar da universalidade do sistema de saúde, que abrange todos, independentemente da situação financeira, e de existir legislação que garante o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde³, as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde persistem (Padilla, 2013). Estas desigualdades são evidentes entre a população imigrante, minorias étnicas e outros grupos vulneráveis, consequência de limitações relacionadas com aspectos políticos,

² Segundo Almeida e Caldas (2012).

³ Embora o acesso dos imigrantes indocumentados aos serviços de saúde esteja legislado, este acesso acaba por ser restritivo na medida em que pressupõe o pagamento dos custos integrais do serviço, excepto para as crianças, mulheres grávidas e pacientes que possam colocar em perigo a própria saúde pública, que estão isentos do pagamento das taxas moderadoras, independentemente do seu estatuto legal.

socioeconómicos, comunitários, organizacionais e pessoais (Padilla, Hernández-Plaza e Ortiz, 2012).

Desde 2010 que Portugal atravessa uma grave crise económica que impeliu a intervenção do Fundo Monetário Internacional, da Comissão Europeia e do Banco Central Europeu, a *Troika*. Esta intervenção envolve planos de austeridade severos que resultam em cortes nos salários, pensões, prestações sociais e serviços públicos, incluindo o sistema de saúde pública (Padilla, 2013). Na área da saúde, o governo comprometeu-se a tomar medidas para reformar o Sistema Nacional de Saúde (SNS) com o objectivo de garantir a sua sustentabilidade, medidas que reformam os termos de acesso ao sistema geral, as condições do regime especial de benefícios e afectam os seus recursos financeiros.

Em termos gerais, a reforma do SNS – que ainda está a ser implementada – condiciona e encarece o acesso aos cuidados de saúde, aumentando os custos dos serviços de saúde e modificando os regimes de isenção das taxas moderadoras. Por outro lado, implica também fragmentação das estruturas existentes, através da criação de novas unidades resultantes da fusão de umas e eliminação de outras, com a conseqüente reestruturação das equipas com menos recursos. E a expansão do modelo dos contratos de terciarização, especialmente do pessoal de enfermagem, tende a piorar ainda mais a situação.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho é analisar que o impacto da crise económica e as reformas que estão em curso no sistema de saúde português – como processos inter-relacionados – estão a ter no acesso e recurso à saúde materno-infantil e saúde reprodutiva das mulheres imigrantes e outros grupos vulneráveis. Da mesma forma, vamos explorar as estratégias e os recursos utilizados por profissionais de saúde e membros da sociedade civil para enfrentar ou minimizar essas dificuldades.

1. Metodologia

Este estudo faz parte de dois projetos paralelos de investigação-ação participativa com base no trabalho colaborativo entre as equipas de pesquisa interdisciplinares que integram as perspectivas da Sociologia, Psicologia Comunitária e Antropologia e vários intervenientes no domínio dos cuidados de saúde principalmente: profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), assistentes sociais, mediadores culturais, associações e organizações não governamentais.

É uma pesquisa multi-método que combina técnicas qualitativas (entrevistas e observação participante) e quantitativas (análise de fontes secundárias, realização de inquéritos a mulheres grávidas e mães, imigrantes e autóctones), embora com um protagonismo claro das metodologias qualitativas.

Neste artigo são apresentados alguns resultados preliminares correspondentes à análise qualitativa das entrevistas em profundidade na Área Metropolitana de Lisboa a um total de 181 participantes, dos quais 61 são mulheres grávidas e/ou mães, imigrantes e autóctones; 55 são profissionais de saúde (médicas/os e enfermeiras/os); 25 são outros profissionais do SNS (assistentes sociais e mediadores culturais); e 40 são membros da sociedade civil que desempenham funções relevantes no domínio dos cuidados de saúde em diversos contextos associados à migração, tais como representantes de associações profissionais e organizações não-governamentais (ONGs), de agências governamentais, de câmaras municipais, de

organizações de profissionais de saúde, de centros de educação infantil, entre outros. Apresentamos na Tabela 1 a descrição detalhada dos participantes no estudo.

Tabela 1. Entrevistas	N
MULHERES	61
Grávidas	14
Mães com bebés recém-nacidos e/ou crianças	43
Mulheres sem filhos em idade reprodutiva	4
Origem	
Autóctones	10
Imigrantes	
Brasil	6
Cabo Verde	8
Guiné Bissau	10
Angola	6
São Tomé e Príncipe	6
Outros países	5
Descendentes de pais oriundos dos PALOPs	
Cabo Verde	6
Angola	3
São Tomé e Príncipe	1
Moçambique	1
Município	
Lisboa	12
Amadora	11
Sintra	15
Loures	17
Seixal	6
PROFISIONAIS DE SAÚDE	55
Médicos	25
Enfermeiras/os	30
Género	
Mulheres	48
Homens	7
Tipo de organização de saúde	
Centro/Unidade de Cuidados Primários (SNS)	41
Hospital (SNS)	5
Santa Casa de Misericórdia de Lisboa	9
Município	
Lisboa	19
Amadora	5
Sintra	5
Loures	12
Seixal	11
Oeiras	3
OUTROS PROFISIONAIS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	25
Trabalhadores sociais	22
Mediadores	3
OUTROS STAKEHOLDERS	40
Associações e ONGs	21
Agências governamentais	1
Câmaras Municipais	3
Organizações de profissionais de saúde	2
Centros de educação infantil	10
Outros	3
TOTAL	181

Tabela 1. Entrevistas

2. Barreiras Socioeconómicas

Na análise foram caracterizadas e classificadas as principais barreiras socioeconómicas endógenas e exógenas no acesso aos cuidados de saúde, de acordo com a classificação feita por Padilla (2013). Assim, as primeiras referem-se às barreiras inerentes ao sistema de saúde e seus diferentes níveis (profissionais de saúde, centros de saúde, etc.) e estão relacionados com os processos de desempenho do sistema de saúde, as infraestruturas do sistema, a alocação interna de recursos e a eficácia da cobertura. Por outro lado, as barreiras exógenas convocam outros aspectos da sociedade e do contexto geográfico, social e económico, não diretamente relacionado com o sistema de saúde, mas que têm um impacto sobre a deterioração da saúde e falta de acesso aos cuidados de saúde.

2.1. Barreiras socioeconómicas endógenas

Ao nível do sistema de saúde, identificámos como uma barreira importante **o aumento dos custos diretos dos serviços de saúde** para utentes ou pacientes, ou seja, o aumento das taxas moderadoras, os obstáculos crescentes à obtenção da isenção de taxas moderadoras por dificuldades económicas⁴ e o aumento do preço das consultas para os imigrantes indocumentados. Todos estes factores criam sérios problemas de acesso às consultas médicas, aos exames de diagnóstico e ao acompanhamento adequado dos tratamentos prescritos.

Eu pago acho que 30, 35€ porque aqui imigrante ilegal paga isso. Aí, eu penso que se vou pagar isso no centro de saúde, pagar as análises todas, pagar a totalidade do internamento, se é assim, então eu vou para o particular. Para que é que eu vou perder tempo, chegar às 3, 4 horas da manhã na porta do centro de saúde para poder conseguir uma vaga, para pagar? [...] Então o que é que acontece? Só vou em último caso porque nem sempre quando você se sente mal tem 30 ou 50 € para ir ao médico. (Mulher brasileira, mãe de um bebé recém-nascido, indocumentada, desempregada, Cacém)

O aumento dos custos afecta particularmente as mães. Assim, uma vez que a isenção das taxas moderadoras a que têm direito durante o período da gravidez termina, as mulheres com condições económicas mais precárias ficam numa situação de maior vulnerabilidade, especialmente as mulheres indocumentadas que têm que pagar o custo total das consultas.

No período que estava grávida, não [pagava]. Ilegal ou não, você não paga. Agora a partir do momento que venceu a minha isenção já passo a pagar a taxa que todo o imigrante paga. Neste caso só vou ao Centro de saúde em último caso [...]. (Mulher brasileira, mãe de um bebé recém-nascido, indocumentada, desempregada, Cacém)

⁴ Com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro que procedeu a uma revisão das taxas moderadoras e das categorias de utentes do SNS que estão isentos dessas taxas, aquelas pessoas já estavam isentas tiveram que fazer efectuar novos trâmites e procedimentos para a solicitação dessa isenção.

Outra consequência dos atuais cortes no sistema público de saúde português é a **progressiva escassez de material médico** nos cuidados primários, especialmente a menor disponibilidade de alguns métodos contraceptivos (em especial os distribuídos de forma gratuita), medicamentos e vacinas.

Outra realidade que se tem agravado no contexto de crise económica e que afeta claramente a qualidade e adequação dos cuidados de saúde prestados é a **diminuição dos recursos humanos** do SNS, devido às reduções de recrutamento e saída de profissionais para trabalhar na rede privada de saúde e da contínua deterioração das condições de trabalho e dos salários dos profissionais da saúde. Além disso, o agravamento da escassez estrutural de recursos humanos na área da saúde e a distribuição assimétrica desses recursos pelo país é um problema recorrente no SNS que tem como consequência o elevado número de utentes que não têm médico de família.

A população imigrante não tem médico de família, temos uma grande quantidade de pessoas sem médicos, mas por enquanto não há solução. (Enfermeira, Lisboa)

Outras das barreiras socioeconómicas reconhecida é a **falta de continuidade dos projetos e boas práticas** em matéria de saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, que em parte se deve à redução do número de profissionais de saúde no SNS já mencionada. Um exemplo significativo é a descontinuidade e, em alguns casos, a suspensão dos serviços de unidades móveis de saúde e das visitas domiciliárias. Estes serviços atuam em bairros socialmente degradados, fazendo uma ponte entre os utentes (muitos deles com limitações ao nível do acesso) e a unidade de saúde e por isso são particularmente importantes na promoção da saúde ao nível comunitário.

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

Ao nível dos profissionais de saúde, uma das barreiras mais significativas identificadas pelas mulheres entrevistadas no contexto da atual crise é a **falta de sensibilidade socioeconómica de médicos e enfermeiros**, em alguns casos. Este problema da relação entre profissionais de saúde e pacientes reflete-se em atitudes de indiferença, falta de preocupação ou desconhecimento das dificuldades económicas das mulheres e suas famílias, uma vez que parecem ignorar a gravidade da situação económica e a incapacidade das mulheres em fazer face aos custos das consultas, dos tratamentos e recomendações médicas. Em última análise, estes fatores refletem a falta de integração de uma dimensão transversal nas consultas relacionada com as suas condições de vida e onde normalmente não são consideradas as implicações da situação socioeconómica das mulheres sobre sua saúde e a de seus filhos. Neste sentido, algumas das mulheres entrevistadas apelam a uma maior sensibilidade social dos

médicos em relação à sua situação económica e consideram-no um aspecto fundamental que deve ser integrado nas consultas:

Eu disse-lhe que eu não posso estar a fazer dois tipos de sopa [...] Só dizem "tem que fazer de carne, de peixe, tem que dar papinha disto, papinha daquilo", mas nem sabem se a gente tem condições para comprar [...]. Eu acho, a questão da limitação financeira eles podiam escrever isso ali na página, sei lá, porque como eu disse, é constrangedor para a gente estar a dizer sempre: "Ah doutor, eu não tenho condições para comprar tal medicamento porque é muito caro!" (Mulher brasileira, mãe de um bebé recém-nascido, desempregada, Amadora)

2.2. Barreiras socioeconómicas exógenas

A crise económica provocou um **agravamento das condições socioeconómicas da população** em geral, tanto de imigrantes como de autóctones, e em particular daquelas mulheres e suas famílias que já estavam em situação de vulnerabilidade ou em risco de exclusão social.

Esta deterioração das condições de vida traduz-se, principalmente, no aumento do desemprego ou maior insegurança no emprego, na perda de poder de compra, na deterioração das condições de habitação, na mudança de residência para os bairros mais distantes dos centros urbanos, assim como uma pior qualidade da alimentação de mães e bebés.

Estou a receber 239€ do subsídio de inserção que é uma porcaria de dinheiro, não é? Não dá para nada. Eu fui lá falar com a senhora que isso é muito pouco, não dá para uma família de 6 pessoas, inclusive com 2 bebés. Precisa de fraldas, precisa de leite, de papas, não é? (Mulher cabo-verdiana com bebés gémeos, nacionalidade portuguesa, desempregada, Amadora)

O degradar das condições socioeconómicas tem erguido barreiras ao acesso e utilização de serviços de saúde e como consequência, maiores dificuldades na realização de testes de diagnóstico ou no seguimento do tratamento prescrito pelo médico.

A precariedade laboral afecta particularmente as mulheres imigrantes, com graves consequências em termos de saúde. A insegurança no emprego, os horários de trabalho incompatíveis com o funcionamento do centro de saúde, o pluriemprego para compensar os baixos salários e a localização do trabalho (distante da residência e unidades de saúde) tornam extremamente difícil a assiduidade às consultas médicas.

Os bebés não veem com as mães por causas das dificuldades do horário, não podem sair do trabalho. (Enfermeira, Seixal)

Não veem aos controlos porque vivem longe e não têm como vir... Ou começam a trabalhar muito cedo... (Enfermeira, Seixal)

Esta dificuldade de deslocamento às unidades e hospitais também está relacionada com o **aumento do custo dos transportes públicos**. Este factor é configurado como uma barreira significativa ao acesso aos serviços de saúde para as pessoas mais vulneráveis que, na sua

maioria, vive em bairros desfavorecidos, geralmente longe dos centros de saúde. Daí a importância das unidades móveis no aproximar destas populações aos serviços de saúde.

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

Também é importante considerar que a crise económica e o aumento do desemprego pode estar a causar um **aumento das situações de irregularidade** no caso das mulheres imigrantes que perdem seus contratos de trabalho. Embora as mulheres imigrantes indocumentadas grávidas tenham direito a cuidados de saúde pública gratuita, na prática, esse direito não é facilmente implementado, como relatam algumas entrevistadas.

Depois temos este problema de elas durante algum tempo estarem aqui ilegais e nós apanhamos na comunidade e depois encaminhamos, mas é muito complicado gerir toda esta situação. Em termos de cuidados, elas têm direito aos cuidados e nós o assegurar da vigilância fazemos, mas depois em termos de tratamentos quando é necessário isso já é mais complicado. (Enfermeira, Lisboa)

Excepto para as mulheres imigrantes grávidas e para aqueles que recorrem a consultas de planeamento familiar – a quem é garantido o acesso gratuito, independentemente do estatuto jurídico – as imigrantes em situação irregular têm que pagar o custo total no resto das consultas (com um valor em torno de 36€ cada consulta, no caso dos cuidados de saúde primários). Portanto, tal como mencionámos anteriormente, no caso das barreiras endógenas, o elevado custo das consultas que as mulheres imigrantes indocumentadas têm que pagar é um grande obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde.

Finalmente, outro factor que dificulta o acesso aos cuidados de saúde e a compreensão do funcionamento do sistema de saúde é o **baixo nível de escolaridade e o elevado grau de analfabetismo** de algumas mulheres em situação de vulnerabilidade (sejam imigrantes ou portuguesas).

Temos famílias numerosas que vivem do rendimento social de inserção, que têm poucas habilitações, profissionais são baixíssimas, e escolares nós tínhamos na altura em 2009 cerca de 8% que não tinham concluído o primeiro ciclo. Tínhamos muitas pessoas sem saber ler nem escrever. [...] A iliteracia é muito grande e isto dificulta imenso em termos de acesso aos cuidados, em termos de educação para a saúde dificulta porque primeiro que nós consigamos passar a mensagem é muito difícil e também limita o próprio ensino... (Enfermeira, Lisboa)

3. Estratégias e Recursos para minimizar estas Barreiras

Dadas as restrições crescentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, a nossa investigação identificou também uma série de estratégias que tenta superar ou minimizar as barreiras na área da saúde materno-infantil e reprodutiva. As estratégias utilizadas pelos diferentes atores – de profissionais de saúde e unidades de saúde à sociedade civil – apesar de

balizadas pelos limites do sistema tentam, de alguma forma, flexibilizar ou ampliar esses mesmos limites. Ou seja, são estratégias, recursos e formas de operar que, embora não sejam ditadas por regras institucionais são implementadas pelos atores, de modo a facilitar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde primários, especialmente na área da saúde materno-infantil. Assim, classificamos as estratégias quer dos atores institucionais quer dos próprios sujeitos. Entre as estratégias e os recursos dos atores institucionais, foram identificados dois tipos diferentes – as estratégias do SNS e as estratégias mistas (de colaboração entre SNS e ONGs) – em função dos atores que as levam a cabo. Por outro lado, identificamos também as estratégias que as mulheres mais vulneráveis mas empoderadas desenvolvem para mitigar as suas dificuldades.

3.1. Estratégias do SNS

No contexto do seu trabalho diário, alguns profissionais de saúde abrem exceções na interpretação dos regulamentos do sistema de saúde ou da organização da unidades de saúde. Assim, com o objetivo de “incluir” ou atender às necessidades específicas das mulheres mais vulneráveis e com problemas em seguir de forma regular o acompanhamento médico, **adaptam ou flexibilizam estes serviços**. Neste sentido, podemos indicar uma série de estratégias identificadas na nossa investigação: 1) as prescrições médicas feitas “à mão” (manuscritas), ou seja, que ficam “fora” do sistema informático, sobretudo no caso de pacientes que não têm número de utente e/ ou estão em situação irregular; 2) a “reserva” de alguns lugares livres na agenda em dia de consultas para as mulheres que têm dificuldade com os horários; 3) telefonar à utente para lembrar a consulta médica; e 4) trabalhar horas extraordinárias para atender as utentes com problemas em comparecer às consultas nos horários “normais”.

Se elas não estão regularizadas e não têm cartão de utente, não se podem passar as análises, tudo é passado à mão, as receitas, os exames... (Médica, Seixal)

Se neste momento é oportuno atender, o melhor é a gente tentar hoje ou amanhã arranjar uma consulta porque daqui a 15 dias já podem não estar disponíveis para... Às vezes isto não é tão entendido nas próprias unidades, dentro das nossas organizações. “Ah, mas toda a gente marca e espera!” Pois, mas estas pessoas são especiais, se a gente não as apanha assim, nunca mais as apanha! (Enfermeira, Lisboa)

Em relação aos profissionais de saúde, outra estratégia utilizada para reduzir as barreiras no acesso aos cuidados de saúde é a **promoção da sensibilidade**, neste caso **socioeconómica, dos médicos e enfermeiros**. Tanto a análise das entrevistas como outros estudos realizados por membros das equipas de pesquisa, indicam que as capacidades de relacionamento interpessoal e atitudes baseadas na empatia, humildade e sensibilidade dos profissionais são essenciais na atenuação ou minimização desses obstáculos. Neste estudo, os médicos latino-americanos entrevistados alegaram ter adquirido essas qualidades, quer no estágio curricular de Medicina que fizeram nos seus países de origem, por uma experiência profissional prévia em contextos de exclusão social (Padilla et al. 2013; Masanet et al., 2012). Por sua vez, isso leva a uma maior

proximidade entre médico e paciente e um maior conhecimento e compreensão da situação do contexto do paciente.

Se tu te atreves a falar-lhes, a compreendê-los um pouco mais, a observá-los... necessitas de fazer coisas objetivas e tentar compreendê-los e pôr-se um pouco no lugar deles. (Médica colombiana)

Isto sugere que os médicos com estas qualidades e atitudes sejam estrangeiros ou autóctones, podem tornar-se facilitadores da promoção da equidade nos serviços de saúde onde trabalham, através de práticas profissionais mais dirigidas às questões da sensibilidade e diversidade social e cultural.

3.2. Estratégias mistas (SNS e ONGs)

Outra estratégia que ajuda a combater as dificuldades dos utentes no acesso aos cuidados de saúde é o **trabalho em rede e as colaborações entre as várias instituições** – as unidades de saúde e ONGs – que atuam especificamente nas áreas de apoio à maternidade e bem-estar infantil e que encaminham as utentes mais vulneráveis, ou em situações mais complexas e graves para instituições específicas de apoio, particularmente no caso de imigrantes ilegais.

Com as unidades de saúde familiar. Com os projetos das carrinhas, não é? Portanto, fazemos esta ponte sempre com os técnicos, que é para perceber se as pessoas estão a ser vigiadas... Se a mãe fez a consulta médica ou não. Portanto, há sempre esta articulação. (Técnica de ONG)

Há um factor importante que é que só tem isenção quem faz declaração de IRS [...]. As pessoas que não fazem, muitas delas estão em situação irregular. [...] eu acho que há uma grande probabilidade dessas pessoas reduzirem muito a sua vinda ao Centro de saúde, principalmente as pessoas que não ficam isentas. O que temos feito é a medida que vamos encontrando pessoas no bairro que vemos que são situações de saúde crónica, que têm alguma necessidade de vir com alguma frequência ao Centro de saúde, que estão em carência, pedimos suporte a outras redes de apoio social para ajudarem as pessoas a fazerem o IRS para depois poderem ter esse tipo de benefícios. (Enfermeira, Amadora)

A saúde comunitária, com base na proximidade, é de vital importância quando se trata de mulheres vulneráveis ou em risco de exclusão, já que estas mulheres em situações mais graves e precárias não chegam ao centro de saúde. Por isso, o trabalho em rede com a comunidade torna-se crucial, como o apoio das associações locais, o trabalho das unidades móveis de saúde que se deslocam aos bairros mais periféricos para monitorar/seguir a população e/ou assegurar a conexão com o centro de saúde – a par com as visitas domiciliárias por profissionais de saúde.

Quando há proximidade eu acho que se consegue que as pessoas tenham uma adesão maior à vigilância. E como nós estamos mais próximas da população imigrante, acabamos por conseguir [...]. Na população com características socioeconómicas semelhantes, o comportamento acaba por ser semelhante. Se nós tivermos uma proximidade grande também vêm, se não tivermos essa proximidade porque, como é óbvio, não conseguimos com toda a gente, não vêm tanto. (Enfermeira, Amadora)

3.3. Estratégias das mulheres

Em muitos casos, as mulheres em idade fértil, grávidas ou com crianças pequenas tentam reverter ou minimizar a situação de vulnerabilidade e exclusão em que se encontram, recorrendo tanto a redes familiares e de vizinhança como a instituições da sociedade civil para fazerem frente aos principais problemas.

Inclusivamente, algumas vão mais longe e ajudam outras mulheres, através da criação de redes de auto-ajuda e de reciprocidade, partilhando com aquelas que não têm família ou redes sociais, o conhecimento e o capital social que possuem e têm acumulado ao longo do tempo. Por exemplo, através da indicação de quais as entidades que oferecem ajuda e os recursos de que mesmas dispõem, ou com que profissionais falar, ou como resolver problemas específicos que possam surgir ao longo da gravidez ou com a saúde do bebé. Assim, as mulheres com maior capital social, mais empoderadas, que geralmente já têm filhos e conhecem o SNS e as instituições da sociedade civil, ajudam outras mulheres que estão grávidas pela primeira vez.

No caso específico destas mulheres, foi o trabalho de campo etnográfico e não apenas as entrevistas, que nos permitiu identificar algumas situações particulares. Como o exemplo de uma mulher que nasceu em Cabo Verde, de 32 anos, desempregada tal o como seu parceiro. A mulher estava grávida pela quarta vez, com alguns problemas de saúde, muitas limitações económicas, e vivia em condições insalubres. A mulher saía de casa todos os dias não só para tratar quer seus próprios assuntos – relacionados com o seguimento da gravidez ou com os cuidados de um dos seus filhos de dois anos – mas também para ajudar uma jovem cabo-verdiana de 22 anos, grávida, sem o apoio da família, acompanhando-a a visitar algumas ONGs para a ajudassem com enxoval para o bebé (elementos básicos como roupas, fraldas, etc.). Não só dava apoio como partilhava com ela os seus conhecimentos e ajudou-a a aceder às redes sociais de apoio existentes.

Conclusões

Os resultados da nossa pesquisa mostram um aumento e aprofundamento das desigualdades no acesso e recurso aos cuidados de saúde reprodutiva e materno-infantil, como resultado da crise económica e financeira que Portugal atravessa nos últimos anos. Este impacto negativo na saúde manifesta-se claramente no agravamento das barreiras socioeconómicas já existentes ao acesso aos serviços de saúde para as mulheres imigrantes e outros grupos vulneráveis ameaçando a universalidade e a equidade do sistema nacional de saúde. Da mesma forma, o maior condicionamento ao aos cuidados de saúde resulta em maior desigualdade que podem colocar em risco a saúde das futuras mães e gerações. Corre-se um risco real de retrocesso nos avanços que Portugal conquistou nos últimos 20 anos em vários indicadores de saúde.

Apesar de termos identificado um conjunto de estratégias criativas para superar as limitações e barreiras do SNS, algumas improvisadas pelo próprio sistema, outras projetadas

pela sociedade civil em coordenação com o sistema e, finalmente, outras articuladas pelos sujeitos (mulheres) que enfrentam as limitações, estas não podem ser vistas como soluções, pois embora alguns sejam inventivos, são apenas “remendos parciais”. A resolução desta situação complexa não pode ficar à mercê de estratégias criativas, exige uma intervenção abrangente, planeada e articulada entre SNS, sociedade civil e as/os utentes que encontre soluções duradouras que promovam a equidade da saúde reprodutiva e materna-infantil para além da crise.

Bibliografia

- ALMEIDA, Lígia; CALDAS, José (2012), “Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?”, *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, Vol. 1, n.º 1, pp. 19-36 [On-line], disponível em: <http://repositorio-aberto.upp.pt/bitstream/10216/63205/2/78249.PDF> [consultado em 01-11-2013].
- BOLLINI, Paola, STOTZER, Urszula; WANNER, Philippe (2007), “Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study”, *International Journal of Public Health*, Vol. 52, N.º 2, pp. 78-86.
- CSDH (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on the Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization [On-line], disponível em: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html [consultado em 7-10-2013].
- FEDELI, Ugo; ALBA, Natalia; LISIERO, Manola; ZAMBON, Francesco; AVOSSA, Francesco; SPOLAORE, Paolo (2010) “Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy”, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Vol. 89, N.º 11, pp. 1432-1437.
- MACHADO, Maria; SANTANA, Paula; CARREIRO, Helena; NOGUEIRA, Helena, BARROSO, Rosalina; DIAS, Alexandra (2007), “Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes”, *Revista Migrações*, N.º 1, pp. 103-127.
- MASANET, Erika, Hernández-Plaza, Sónia, PADILLA, Beatriz (2012), “A competência cultural dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: algumas notas preliminares”, *Iberoamerican Journal of Health and Citizenship*, Vol. 1, N.º 1, pp. 6-18 [On-line], disponível em: http://revista.iohc-pt.org/images/revista/pdf/Masanet_Plaza_Padilla.pdf [consultado em 13-10-2013].
- Padilla, Beatriz; Hernández-Plaza, Sonia; Ortiz, Alejandra (2012), “Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política”, *Fórum Sociológico*, Série II, N.º 22, pp. 33-41.
- Padilla, Beatriz (2013), “Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal”, *Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana – REMHU*, N.º 40, pp. 49-68 [On-line], disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/o4.pdf> [consultado em 26-10-2013].

Padilla, Beatriz; Hernández-Plaza, Sonia; De Freitas, Cláudia; Masanet, Erika; Santinho, Cristina e Ortiz, Alejandra (2013), "Cidadania e Diversidade em Saúde: necessidades e estratégias de promoção da equidade nos cuidados", *Revista Saúde & Tecnologia, Suplemento* – Julho de 2013, pp. 57-64 [On-line], disponível em:

http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_11_estesl_suplemento_2013.pdf
[consultado em 22-10-2013].