

# Dos discursos e práticas dos/as técnicos/as de saúde aos direitos das mulheres imigrantes nos contextos de saúde'

JOANA BESSA TOPA \* | MARIA CONCEIÇÃO NOGUEIRA\*\* | ANA SOFIA NEVES\*\*\*

---

**Resumo:** Um dos grandes desafios das diásporas femininas coloca-se ao nível dos obstáculos no acesso e uso dos serviços de saúde. O presente estudo, de natureza qualitativa, pretendeu analisar e caracterizar, através de entrevistas semiestruturadas, os discursos, práticas e desafios de catorze profissionais na prestação de cuidados a mulheres imigrantes grávidas. Como método de análise recorremos à análise temática (Braun & Clarke, 2006), sendo esta complexificada com uma análise crítica do discurso (Willig, 2008). Os resultados mostram que os/as profissionais revelam atitudes positivas perante as imigrantes e as questões

.....

- \* Instituto Universitário da Maia, Centro Interdisciplinar de Estudos de Género, Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, jtopa@ismai.pt
- \*\* Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, cnogueira@fpce.up.pt
- \*\*\* Instituto Universitário da Maia, Centro Interdisciplinar de Estudos de Género, Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, asneves@docentes.ismai.pt
- ♦ Artigo baseado na Tese de Doutoramento em Psicologia Social intitulada “Cuidados de saúde materno-infantis à população imigrante residente em Portugal”, da primeira autora, apresentada à Universidade do Minho em 2013, Braga, Portugal.

relacionadas com a saúde e doença; porém, a estereotipia e o etnocentrismo, presentes nos seus discursos, reforçam a complexidade destas relações.

**Palavras-chave:** saúde materno-infantil, profissionais de saúde, mulheres imigrantes, direitos.

**Abstract:** *One of the great challenges of women diaspora are the barriers found to access and use the health services. This study, of qualitative nature, intended to analyze and characterize, through semi-structured interviews, speeches, practices and challenges of fourteen professionals in providing care to pregnant immigrant users. For analysis we use qualitative thematic analysis as described by Braun and Clarke (2006) which was complexified with a critical discourse analysis (Willig, 2008). The results reveal that professionals present positive attitudes towards immigrants and issues related to health and disease. However, the ethnocentrism present in their discourses reinforces the complexity of these relationships.*

**Keywords:** *maternal health, health professionals, immigrant women, rights.*

## INTRODUÇÃO

Os movimentos migratórios acarretam uma multiplicidade de desafios tanto para os/as migrantes, como para os serviços/instituições/profissionais da sociedade que os/as recebe. Entre os obstáculos identificados no processo de integração das comunidades migrantes, o acesso à saúde figura entre os mais relevantes (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2013). De um modo geral, as/os imigrantes têm problemas de saúde e necessitam de cuidados como todas as pessoas, mas a evidência mostra que, frequentemente, aqueles indivíduos lidam diariamente com desigualdades e iniquidades na área da saúde devido a obstáculos diversos com os quais se defrontam: falta de informação, ausência de disponibilidade dos serviços, problemas linguísticos e comunicacionais, atitudes das/os profissionais, problemas de confidencialidade, discriminação, culturas, entre outros (Dias, Gama & Horta, 2010; Dias, Rocha & Horta, 2009; WHO [World Health Organization], 2013).

Esta situação parece complexificar-se em relação a mulheres imigrantes grávidas. De entre a generalidade das mulheres imigrantes, estas enfrentam constrangimentos particulares, em termos de saúde e de violência (Weber & Parra-Medina, 2003; WHO, 2013). Vários são os estudos que têm indicado que ser imigrante tende a estar associado/a a uma menor procura dos serviços de saúde, sendo esta feita maioritariamente em situações de urgência (Ganann, Sword, Black & Carpio, 2011; WHO, 2013). Para além disso, os estudos evidenciam uma maior frequência de fatores de risco de infeção perinatal, maior mortalidade materna, perinatal e infantil, prematuridade, baixo peso à nascença, maior taxa de incidência de IST e taxa de prevalência de violência contra as mulheres (Dias *et al.*, 2009; WHO, 2013), demonstrando terem as imigrantes piores indicadores de saúde comparativamente às mulheres autóctones (Bragg, 2008; Dias *et al.*, 2009; WHO, 2013). Em Portugal, estudos na área da saúde sexual e reprodutiva e materno-infantil das comunidades imigrantes têm vindo a confirmar estes dados. O estudo de Machado e colaboradores (citado por Dias *et al.*, 2009) evidencia que não só o início da vigilância da gravidez é mais tardio nas mulheres imigrantes em comparação com as mulheres portuguesas, como os/as descendentes de imigrantes registam maior mortalidade fetal e neonatal e as mães tendem a sofrer de um maior número de patologias durante a gravidez (e.g., doenças infecciosas), sendo estes dois últimos factos possível consequência do primeiro.

Analisando a lei portuguesa no que respeita aos direitos das/os imigrantes no domínio da saúde, esta pode ser considerada bastante positiva. A Constituição da República Portuguesa estabelece para todas/os as/os cidadãs/ãos o direito à saúde e à proteção da saúde (artigo 64.º) (*Diário da República*, I Série - A, n.º 155, Constituição da República Portuguesa, de 12 de agosto de 2005). Com a Lei de Bases da Saúde, aprovada em 1990 e com a publicação do Despacho n.º 25 360/2001 (*Diário da República*, II Série, n.º 286, de 12 de dezembro de 2001) foi dado um importante passo na promoção do acesso universal aos serviços de saúde das populações imigrantes em Portugal. A partir desse momento passa a ser garantido aos/às cidadãos/ãs estrangeiros/as o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do Sistema Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua nacionalidade, nível económico ou estatuto legal, desde que obtenham um cartão de utente do SNS junto do centro de saúde que serve a sua área de residência ou na Loja do Cidadão. As/Os imigrantes irregulares têm acesso a um cartão temporário

de utente que podem obter apresentando um comprovativo de residência passado pela Junta de Freguesia, atestando a sua morada e certificando a sua residência há mais de 90 dias em Portugal.

O Decreto-Lei n.º 173/2003 introduziu o pagamento de taxas moderadoras por todas/os as/os cidadãs/ãos que efetuam descontos para a Segurança Social, estando isentas, entre outras situações, as mulheres grávidas. Para aqueles/as que não efetuam descontos para a Segurança Social são cobradas as despesas realizadas, de acordo com as tabelas em vigor, com exceção das situações para as quais os cuidados de saúde são gratuitos, nomeadamente para a saúde materno-infantil, planeamento familiar e vacinação.

Sabendo que as mulheres imigrantes têm vindo a contribuir de forma sustentada para o desenvolvimento demográfico nacional, uma vez que, segundo as últimas estatísticas do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014), só em 2011 cerca de 28% das crianças com nacionalidade estrangeira (13 983 crianças) tem naturalidade portuguesa, emerge a necessidade de se compreender o que alicerça os obstáculos referidos.

## OBJETIVOS

Este estudo teve como principais objetivos: contribuir para um melhor conhecimento do acesso e capacidade de resposta do SNS e suas/seus profissionais aos cuidados a mulheres imigrantes grávidas, bem como caracterizar os discursos vigentes em profissionais de saúde sobre a imigração feminina e sobre os cuidados específicos preconizados às mulheres imigrantes durante o período de gravidez, parto e puérpero.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo qualitativo, descritivo e transversal, no qual participaram catorze profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários da região do Grande Porto. Os critérios de inclusão que guiaram a criação da nossa amostra foram: ser técnico/a de saúde do SNS que presta cuidados diretos a mulheres imigrantes, com disponibilidade e vontade em participar na pesquisa.

Foi utilizado como método de recolha de dados a entrevista semidirigida que contemplava os seguintes assuntos de discussão: experiência de cuidados a mulheres imigrantes, problemáticas e/ou facilidades na prestação de cuidados a mulheres imigrantes grávidas e, por fim, medidas evidenciadas como potencializadoras de melhores cuidados a estas mulheres. Não existiu uma ordem pré-estabelecida e rígida de questionamento, funcionando apenas uma espécie de roteiro de orientação.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas segundo a proposta de análise temática de Braun e Clarke (2006), auxiliada pela análise crítica do discurso (Willig, 2008), permitindo a identificação de temas e categorias imbuídos nos dados qualitativos e a sua problematização.

**Procedimentos.** As entrevistas aos/às profissionais de saúde foram feitas individualmente e realizaram-se de outubro de 2011 a fevereiro de 2012. A técnica de amostragem foi não probabilística e intencional, pois houve uma busca propositada de profissionais de saúde que lidassem com mulheres imigrantes. Utilizámos a amostragem de “bola de neve”, partindo assim de informantes privilegiados/as (diretores/as de serviço) para identificar outros/as possíveis participantes. Foi ainda uma amostra gradual, uma vez que a seleção de participantes findou quando atingimos a saturação teórica, ou seja, quando os temas se começaram a tornar repetitivos.

O estudo respeitou todas as normas éticas e deontológicas que necessariamente fazem parte da elaboração de um estudo de investigação. Todas/os as/os entrevistadas/os acederam às solicitações, tendo cada entrevista a duração média de 30 minutos. O consentimento informado foi sempre formalizado pela assinatura da/o entrevistada/o e da entrevistadora em dois documentos, ficando um na posse de cada participante e o outro com a investigadora.

**Participantes.** Fazendo uma breve caracterização dos/as participantes, treze eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos. A sua experiência profissional variava entre 1 e 24 anos, sendo que oito eram médicos/as e seis enfermeiros/as. Dos/as oito médicos/as entrevistados/as quatro eram especialistas hospitalares na área da ginecologia e obstetrícia, e os/as restantes eram médicos/as generalistas de medicina geral e familiar.

## RESULTADOS

Segundo a análise temática efetuada, surgiu como tema central: *Conhecimento, constrangimentos e práticas face aos cuidados de saúde na população imigrante grávida*, que se desdobrou em diferentes subtemas: características gerais da população imigrante grávida; acesso, frequência e constrangimentos de mulheres imigrantes na utilização dos serviços de saúde; práticas de cuidado; conhecimento da legislação portuguesa referente aos cuidados de saúde e medidas potencializadoras de uma melhor integração destas mulheres nos serviços de saúde.

Quando solicitamos uma caracterização das mulheres com que trabalham, os/as participantes revelam que, segundo a sua experiência, as mulheres imigrantes grávidas que recorrem aos serviços são originárias de variados países: Brasil, Ucrânia, Cabo Verde, Angola, Paquistão, Roménia – o que aumenta os desafios inerentes ao seu atendimento, especialmente no que concerne a diferenças culturais. Estas mulheres têm idades compreendidas entre os vinte e os trinta e poucos anos (E13 – “mulheres entre os vinte e tal anos e os trinta anos, a que nós chamamos a idade fértil”) dados que vão ao encontro da caracterização etária e de representatividade disponibilizada pelos dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2014). São mulheres que apresentam diferentes situações administrativas no país, o que, segundo os/as profissionais, condiciona o seu acesso e uso dos serviços de saúde. No que concerne ao número de anos de residência no país, as/os participantes referem que, embora predominem mulheres já com alguns anos de permanência, continuam a ter mulheres recém-chegadas ao país, principalmente de nacionalidade romena.

Referem ainda que, no geral, as mulheres, mesmo tendo níveis de qualificação académica diferenciados (E8 – “É muito variável. As brasileiras são trabalhadoras mais indiferenciadas. Apanhamos também mulheres de Leste com licenciatura, com uma formação superior”), a maioria apresenta baixos rendimentos socioeconómicos, muitas delas com grandes vulnerabilidades a nível profissional, habitacional e familiar.

As/os participantes, apesar de não revelarem nenhuma incidência de determinado tipo de patologia/doença na comunidade imigrante grávida comparativamente à portuguesa, denotam que determinantes como os problemas sociais, tempo de permanência no país, condições de habitabilidade,

desemprego, trabalho com condições precárias e/ou desumanas, falta de apoio familiar, contactos com os serviços, entre outros, condicionam o seu estado de saúde e posteriores cuidados.

A nível da utilização dos serviços e do seu estado de saúde, as/os profissionais consideram que os motivos mais frequentes de procura dos serviços se prendem com causas relacionadas com doença aguda e vigilância de gravidez. Contudo, apesar de as mulheres imigrantes grávidas serem das que mais recorrem precocemente aos serviços, para muitas o início desta vigilância é tardio.

A maioria das pacientes não faz qualquer tipo de planeamento familiar, o que levanta riscos acrescidos para as mães e bebés, mas também para os/as clínicos/as no sentido de diagnosticarem a tempo algum tipo de problema.

As/Os profissionais entrevistadas/os enunciaram como principais motivos que condicionam o acesso e a utilização dos serviços por estas mulheres grávidas: a nacionalidade, a falta de recursos económicos, as crenças e tradições religiosas, culturais e de práticas de saúde, o medo de denúncia quando se encontram em situação irregular, o desconhecimento da lei do acesso aos serviços de saúde, no seu modo de funcionamento, diferenças linguísticas e comunicacionais e stresse laboral.

Relativamente à organização do atendimento no acesso da mulher imigrante às consultas de vigilância pré-natal nos Centros de Saúde/Unidades de Saúde Familiar, os/as entrevistados/as referem que todas as mulheres imigrantes têm acesso à vigilância de saúde. Todavia, o acesso a um/a médico/a de família não é condição geral (E7 – *“Em muitos centros de saúde, quando se solicita um médico para acompanhamento duma gravidez, ainda não é assim tão imediato e às vezes [as pacientes] andam duas ou três consultas a saltar dum médico para outro”*). Esta situação leva a que o historial clínico fique muitas vezes incompleto e fracionado e que os cuidados sofram alguns riscos, não se conseguindo muitas vezes saber se estas mulheres cumprem as consultas recomendadas pela Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários para a vigilância de saúde pré-natal.

Algumas/uns intervenientes referem ainda que, a nível da organização do atendimento, o modo como este é feito não promove uma vigilância da saúde em perfeitas condições, uma vez que a periodicidade das consultas de vigilância pré-natal a grávidas pertencentes à “lista de espera” não é, muitas vezes, realizada de acordo com o esquema recomendado, pondo-se

em causa a qualidade da vigilância da gravidez. Paralelamente a estas situações, o tempo que as/os profissionais dispõem para cada consulta é também enunciado como um constrangimento, pois não é suficiente para efectuar histórias clínicas em profundidade que permitam adquirir informação e avaliar devidamente a estrutura familiar, social e cultural das pacientes.

Para tentarem suprimir o desconhecimento inerente à utilização dos serviços (e.g., onde se devem dirigir, documentos necessários, horários) e os problemas comunicacionais, os/as entrevistados/as referiram que estas mulheres recorrem geralmente aos serviços acompanhadas por alguém (e.g., familiares, vizinhos/as, amigos/as, filhos/as). Estes/as acompanhantes, para além de servirem como orientadores/as na vigilância da saúde da mulher, ajudam na quebra de problemas comunicacionais conferindo-lhes maior segurança (E8 – *“Vêm com o marido, vizinhas e amigas porque há uma certa tendência de virem com conhecidos que falam melhor português”*). Este tipo de situação coloca questões éticas e deontológicas difíceis de gerir, nomeadamente porque pode existir um enviesamento da tradução da informação prestada (E5 – *“Nós não sabemos até que ponto eles estão a transmitir a ideia certa”*). Para além disso, para muitas destas mulheres, a discussão de aspetos sobre a gravidez e o parto com elementos familiares masculinos não é habitual, e por vezes pode tornar-se inconveniente (e.g., em frente a crianças) e/ou mascarar situações de desigualdade/violência de género. Estas situações podem levar a uma inibição comportamental de expor os seus problemas e dúvidas ao/à profissional de saúde.

Numa tentativa de solucionar este problema comunicacional e/ou linguístico, que continua a ser elencado como o principal constrangimento no atendimento e acompanhamento destas grávidas, muitas/os profissionais fazem esforços acrescidos no sentido de se fazerem entender, utilizando para isso as mais variadas ferramentas (e.g., comunicação gestual, internet, tradutor do Google, colegas de trabalho que dominam a língua-mãe da paciente) (E9 – *“Faço gestos, eu até já aprendi a falar com elas. É assim, não posso construir frases muito longas”*).

Outro problema se destaca aquando do acompanhamento de mulheres grávidas que já tinham iniciado um acompanhamento médico no seu país de origem. Em alguns países não existe o boletim de grávida e mesmo os que o têm, por dificuldades de descodificação de informação não permitem saber que tipo de análises/exames/vacinas aquela pessoa já efetuou, o que pode levar



a uma replicação de análises e exames (E2 – “Vi o boletim dela em russo a meio da gravidez, uns relatórios dela em russo, que eu não fazia a mínima ideia”).

Outra das questões basilares é a cultura das pacientes. O choque cultural subjacente à prestação de cuidados entre pessoas provenientes de culturas díspares leva a que apareçam problemas em diversos níveis, como é exemplo o acompanhamento das mulheres grávidas por médicos e/ou enfermeiros do sexo masculino e crenças relativas aos cuidados a ter durante a gravidez e no cuidados das crianças.

Quando indagados/as sobre a sua perceção a nível das práticas de cuidado destas mulheres, os/as entrevistados/as começaram por realçar as questões associadas à gravidez não planeada, que é uma realidade muito presente nestas mulheres. Esta situação, segundo aqueles, tem que ver com o baixo nível de informação bem como motivos religiosos e culturais em relação à utilização dos métodos contraceptivos (E1 – “A maior parte não faz, só uma ou outra depois é que faz planeamento familiar”).

Relativamente às práticas de cuidado durante a fase pré-natal ou de púérpero, a maioria refere que existe uma adesão parcial por via não intencional, apontando para impedimentos económicos, ou impedimentos culturais para a não adesão total (e.g., vacinação, alimentação, amamentação) (E3 – “Nota-se bastante nos imigrantes chineses porque têm condutas diferentes, normalmente são mães que não querem amamentar”). Por adesão entendem por exemplo: a toma da medicação, cumprimento de uma dieta, exames e/ou mudanças no estilo de vida coincidentes com as recomendações dadas por um/a prestador/a de cuidados de saúde.

Quando indagados/as sobre as diferenças que conseguiam elencar no acompanhamento de mulheres pertencentes às três nacionalidades de imigrantes mais representativas em Portugal – comunidade brasileira, cabo-verdiana e ucraniana –, verifica-se que as mulheres brasileiras são conceptualizadas por alguns/mas profissionais como mulheres que engravidam propositadamente, havendo um cariz de oportunismo. De facto, alguns/mas intervenientes alegam que muitas destas mulheres utilizam a gravidez como uma tentativa de regularização da sua situação administrativa no país, ou como um fator facilitador para a possibilidade de residência no país recetor (E5 – “Depende, não planeadas acredito que algumas não sejam, mas algumas são. Principalmente da parte brasileira nota-se isso”). Quanto às mulheres do Leste, as/os técnicos/as denotam representações de

mulheres cumpridoras não só em termos de assiduidade aos atendimentos mas também de execução das diretrizes de cuidado. Contudo, para algumas/uns o contacto inicial com esta população foi difícil porque as viam com uma postura austera (E11 – “*Os ucranianos, foi assim um choque, são pessoas que têm uma postura austera e agressiva*”). Noutros casos, e principalmente nas mulheres que designam por africanas e/ou de raça negra, segundo os/as participantes, estas não cumprem as práticas sugeridas principalmente por questões culturais e económicas. Mesmo com conotações classificatórias diferenciadas, as/os participantes consideram que o nível de adesão às práticas de cuidado bem como a alteração dos hábitos de vida que executam não é muito diferenciado da população portuguesa grávida.

Muitos/as evidenciam discursos em que as crenças e estereótipos reproduzidos tendem a ir ao encontro dos macrodiscursos sociais face às mulheres imigrantes.

É ainda salientado que, após o parto, normalmente as mulheres continuam a ir às consultas (E13 – “*Costumam fazer depois as consultas de vigilância de puerpérios, as vacinas dos bebés e as respetivas consultas*”).

Pelas entrevistas realizadas verificou-se que muitos/as profissionais de saúde desconhecem a legislação portuguesa face aos direitos de mulheres imigrantes grávidas bem como a sua abrangência. Exemplo disso são as questões inerentes ao pagamento das taxas moderadoras e às questões relativas a mulheres em situação irregular (E10 – “*Portugal é um país fácil e, portanto, nós estamos mais atentas para ver se elas estão legalizadas ou não porque, se estão ilegais, têm de se ir legalizar*”), em que os/as profissionais assumem um papel de fiscalizadores/as da situação administrativa das pacientes que atendem. Segundo os/as entrevistados/as, não é possível atender mulheres grávidas em estado irregular no país, o que demonstra um claro alienamento da legislação em vigor. Alguns/mas consideram que existe algum facilitismo e que, por boa vontade dos/as profissionais, elas continuam a ser atendidas, mas que por regra não o podem fazer, até porque poderão ser sancionados/as pelas chefias (E7 – “*Depende da vontade das pessoas. Habitualmente para nós é também um bocado complicado para assumir em termos informáticos*”).

Depois de apontarem os fatores que dificultavam ou facilitavam o atendimento e prestação de cuidados a estas mulheres, solicitamos às/aos profissionais que idealizassem medidas potencializadoras de um atendimento tido

como ideal. As suas sugestões podiam englobar aspetos relacionados com o período de gravidez ou parto ou simplesmente com questões burocráticas e processuais. Inicialmente todas/os as/os intervenientes ressaltaram que, relativamente às políticas de integração de imigrantes na área da saúde, Portugal é um país exemplar: E1 – *“Portugal está muito bem a nível de políticas de imigração. Num relatório que saiu sobre saúde e políticas de integração para imigrantes, Portugal ficou em primeiro ou segundo lugar.”* Todavia, declaram que a implementação de algumas medidas poderia melhorar o atendimento desta população, principalmente no que concerne à informação, comunicação e literacia para a saúde tanto de imigrantes como de profissionais. Esta última, segundo os/as entrevistados/as, poderia ser alcançada com a formação cultural dos/as técnicos/as de saúde (E3 – *“Formação dos técnicos, isso é sempre importante, mais que não seja para não fazerem juízos de valor”*) e a disponibilização de mais tempo para o atendimento a estas mulheres, de modo a possibilitar uma real comunicação entre técnico/a-utente mas também a deixar a pessoa mais à vontade para colocar todas as questões inerentes à sua gravidez e a todos os procedimentos envolvidos. Outros/as enunciaram a importância de colocar mediadores/as culturais: E10 – *“Eu acho que mediadores culturais é uma ideia interessante.”*

Todavia, mesmo apontando algumas medidas passíveis de serem implementadas, as dificuldades de implementação são sempre justificadas ora pelos custos económicos inerentes, ora por se menosprezarem os constrangimentos das comunidades imigrantes comparativamente a outros na área da saúde (E5 – *“Apesar de ser uma população grande, dependendo dos centros de saúde, acaba por haver tantas outras coisas que são prioritárias”*), ora por se considerar que o que se faz já é muito (E9 – *“Estamos a dar tudo o que elas querem, coisas que estão acima do que elas podiam imaginar, por isso não vejo assim nada que pudesse mudar”*).

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os/As profissionais de saúde elencam diferentes barreiras que vão condicionando o acesso e acompanhamento destas mulheres nos serviços de saúde, indo ao encontro das descritas na literatura científica portuguesa sobre a saúde materno-infantil e reprodutiva focada nas populações imigrantes

(Dias *et al.*, 2009, 2010; Fonseca & Silva, 2010). Barreiras pessoais (situação administrativa no país, condições económicas, barreiras linguísticas, barreiras culturais, falta de informação, influência de membros familiares), dos próprios serviços (infraestruturas, organização e funcionamento) e relativos à relação estabelecida entre profissionais e utentes (dificuldades comunicacionais e linguísticas, diferenças culturais, atitudes dos/as profissionais face às comunidades imigrantes, estigmatização, diferenciais de poder) parecem ser aquelas mais presentes (Bowleg, 2012; FRA, 2013). Estas barreiras, múltiplas e diferenciadas, potencializam que este grupo seja mais vulnerável, tornando-o num grupo de risco acrescido (FRA, 2013; Viruell-Fuentes, Miranda & Abdulrahim, 2012).

Parece existir um agravamento dessa vulnerabilidade quando existe um conjunto de condições presentes, nomeadamente a questão de género que, aliada à classe social e etnicidade, aparentam potencializar iniquidades na saúde (Fonseca & Silva, 2010).

A questão comunicacional continua a ser a mais destacada pelos/as profissionais. Tal como referem vários/as autores/as, a garantia de uma boa comunicação é a segurança para o começo da inclusão desta população nos contextos de saúde (Fonseca & Silva, 2010; FRA, 2013). Contudo, para o risco de se construírem histórias clínicas e diagnósticos incorretos sobre as pacientes não incorrem só as questões comunicacionais, mas também o excesso de trabalho e a falta de tempo para um atendimento mais eficaz.

Outra das dificuldades traduz-se nas diferenças culturais. Em alguns casos, o sistema cultural desencoraja a dependência de tratamento médico ocidental por estas mulheres, o que também se torna difícil desconstruir por parte dos/as profissionais. As barreiras culturais, conjuntamente com as dificuldades comunicacionais existentes, podem não só contribuir para que os cuidados e práticas não sejam bem compreendidos e executados como levar a um negligenciar de situações dúbias que deveriam ser devidamente encaminhadas (e.g., gravidezes precoces, violência de género) por se crer que as utentes podem ter percebido mal as situações devido aos constrangimentos linguísticos e culturais existentes. Sendo a gravidez um período de alto risco nas situações de violência na intimidade (Bragg, 2008; Weber & Parra-Medina, 2003), surge aqui esta questão como um pilar claro de intervenção.

O recurso a familiares e amigas/os bilingues se, por um lado, é tido como eticamente questionável é, por outro lado, a única via que muitos/as

profissionais têm para que haja entendimento. Perante esta problemática, algumas/ns entrevistadas/os resignam-se a prestar o cuidado, sem saber realmente se a mensagem foi captada com sucesso pela paciente, sentindo claramente que ficam numa posição ética e deontologicamente complexa.

Os/As profissionais afirmam que a formação para a interculturalidade é fundamental. Apesar de existir um esforço no sentido de capacitar e ampliar o acesso das/os profissionais de saúde a programas de formação no campo das migrações e saúde (e.g., Mestrado em Psiquiatria Cultural na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Mestrado em Sociologia da Saúde e da Doença do Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa), nem todos/as as/os técnicas/os apresentam competências transculturais, impondo a medicina ocidental e desconsiderando as práticas e dúvidas das suas pacientes.

Existe uma legitimação do conhecimento da medicina ocidental, estando presente uma orientação teórica para propiciar a adesão terapêutica das pacientes segundo o modelo biomédico (Pais-Ribeiro, 2007). Como tal, tenta-se impor estes saberes, que surgem como saberes hegemónicos no âmbito dos cuidados de saúde primários, levando a que as práticas tradicionais e culturais de cuidado destas mulheres sejam renegadas (Dias *et al.*, 2009, 2010; FRA, 2013; Fonseca & Silva, 2010). Este fator leva os/as profissionais a fazerem distinção entre aquilo que consideram uma utente que adere às recomendações e aquela que não adere, refletindo-se em atitudes de cooperação diferenciadas. Todavia, ressaltam que o não cumprimento das indicações se pode dever a inúmeros fatores, nomeadamente dificuldades económicas, práticas tradicionais de cuidado e/ou impedimentos culturais, que impedem as utentes de perceber a importância de certos procedimentos (e.g., vacinação, amamentação).

Parece que o modelo da *abordagem comunicacional*, que surge nos anos 70 com Leventhal e Cameron (Pais-Ribeiro, 2007), e que incentiva as/os profissionais de saúde a melhorarem as suas competências de comunicação com as/os pacientes, favorecendo a educação destas/es e o desenvolvimento de relações de igualdade entre estas/es e as/os profissionais de saúde, não é utilizada na maioria das situações (Fonseca & Silva, 2010; WHO, 2013). Verificamos, pelos seus discursos, que existe pouco investimento no registo de histórias clínicas das pacientes em profundidade, permitindo adquirir informação e avaliar a estrutura social da pessoa. Isto ocorre, muitas vezes

porque o tempo para as consultas é exímio face às necessidades evidenciadas, outras vezes por o volume de trabalho não permitir a abordagem que seria a ideal ou adequada.

Outra das problemáticas prende-se com as crenças e estereótipos relativamente às mulheres imigrantes que as/os técnicas/os evidenciam. De facto, estas/es profissionais vão regulando o seu comportamento de ajuda e/ou compromisso de um modo mais formal e/ou informal, tendo por base uma submissão aos macrodiscursos estereotipados sobre as diferentes comunidades imigrantes (Fonseca & Silva, 2010). Verifica-se que estas opiniões e estereótipos são diferenciados tendo em conta a nacionalidade das mulheres que atendem (e.g., discriminação interseccional). As brasileiras são conceptualizadas por algumas/ns profissionais como mulheres oportunistas, que utilizam a gravidez numa tentativa de regularizar a sua situação administrativa (muito assente na situação mediatizada dos “casamentos brancos”), utilizando a gravidez como um fator facilitador de residência no país recetor (Padilla, 2007). Por outro lado, são vistas como reivindicativas e exigentes, não lhes sendo reconhecidos direitos de reivindicação, quase como se as imigrantes devessem estar gratas pelos cuidados de saúde que recebem. Quanto às mulheres do Leste, as/os técnicas/os classificam-nas como cumpridoras não só em termos de assiduidade, mas também das diretrizes de cuidado. As mulheres que designam por africanas são tidas como as mais incumpridoras.

A integração da informação entre os diferentes subtemas encontrados pela análise temática e a análise de discurso em profundidade efetuada de modo a problematizar esses resultados levou-nos a verificar que existe uma construção discursiva que reflete as maneiras de falar acerca das relações estabelecidas com mulheres imigrantes grávidas e das suas práticas: o “*compromisso regulador*”. Esta construção discursiva parece ser suportada pelas teorias das relações intergrupais, identidade social, discriminação e das representações sociais (Moscovici, 1976; Amâncio, 1994). A teoria da identidade social, considerada a teoria mais importante no quadro atual dos modelos sobre as relações intergrupais em psicologia social (Amâncio, 1994), parte da ligação entre três conceitos fundamentais: categorização social, identidade social e comparação social (Cabecinhas, 2002a). A categorização segmenta, classifica e ordena o ambiente social, levando o indivíduo a definir o seu lugar em sociedade. Esta teoria estipula que o significado emocional

e avaliativo que resulta dessa pertença exprimir-se-ia no favoritismo pelo endogrupo em detrimento do exogrupo, a fim de manter e reforçar a sua identidade social positiva (Cabecinhas, 2002a). Deste modo, a diferenciação intergrupar surge da necessidade de dar significado à situação intergrupar, de forma a construir e a fortalecer a identidade social (Cabecinhas, 2002b), aumentando as diferenças entre os grupos, ou criando diferenças que, de facto, não existem. As representações sociais, segundo Jodelet (1981 as cited in Cabecinhas, 2002a), resultam de uma atividade de apropriação e de um processo de elaboração psicológica e social da realidade exterior, de modo a tornar familiar algo não familiar (Moscovici, 1976). Esta construção discursiva parece ser suportada pelas teorias das relações intergrupais, identidade social, discriminação e representações sociais, existindo a ligação entre três conceitos fundamentais: categorização social, identidade social e comparação social (Amâncio, 1994).

Esta construção discursiva parece ser suportada pelas teorias das relações intergrupais, identidade social, discriminação e representações sociais (Moscovici, 1976; Tajfel, 1982). A teoria da identidade social, considerada a teoria mais importante no quadro atual dos modelos sobre as relações intergrupais em psicologia social (Amâncio, 1993), parte da ligação entre três conceitos fundamentais: categorização social, identidade social e comparação social (Cabecinhas, 2002b; Cabecinhas & Lázaro, 1997). A categorização segmenta, classifica e ordena o ambiente social, levando o indivíduo a definir o seu lugar em sociedade. Esta teoria estipula que o significado emocional e avaliativo que resulta dessa pertença se exprimiria no favoritismo pelo endogrupo em detrimento do exogrupo, a fim de manter e reforçar a sua identidade social positiva (Cabecinhas, 2002b). Deste modo, a diferenciação intergrupar surge da necessidade de dar significado à situação intergrupar, de forma a construir e a fortalecer a identidade social (Cabecinhas, 2002a), aumentando as diferenças entre os grupos, ou criando diferenças que, de facto, não existem. As representações sociais, segundo Jodelet (1981, citado por Cabecinhas, 2002b), resultam de uma atividade de apropriação e de um processo de elaboração psicológica e social da realidade exterior que visa tornar familiar algo não familiar (Moscovici, 1976).

Pela leitura dos resultados deste estudo, constatamos que a maioria das/os entrevistadas/os faz uma categorização clara entre o grupo das imigrantes e o grupo das portuguesas. O grupo das mulheres imigrantes é visto

como um grupo com menor estatuto na hierarquia social, não só porque são em menor número, mas também porque apresentam características distintas do grupo mais numeroso que detém o poder simbólico de “organizar” a hierarquia social. Assente no discurso médico, no discurso do/a profissional como detentor/a do conhecimento, como especialista, propagador/a das práticas de cuidado ocidentais, os/as profissionais de saúde tentam transformar algo que não é familiar em algo que já é conhecido, induzido por um processo de comparação, de valoração e de conformidade ou divergência em relação à norma. Isto acarreta obviamente consequências na orientação de ação, práticas e subjetividades destes/as profissionais de saúde.

Deste modo, a presença de discursos hegemónicos que dão sentido ao ser e estar em sociedade leva a que os/as profissionais categorizem as pacientes não só com base na sua nacionalidade mas de acordo com as suas diferentes pertenças identitárias. É através destas categorias que as/os profissionais regulam a sua relação com as mulheres imigrantes e orientam o seu comportamento na prestação de cuidados. Verificamos que, apesar das transformações societais que ocorrem no país a nível do fenómeno da globalização, e da sustentação existente pela legislação em vigor, os estereótipos e o etnocentrismo que permanecem no discurso dos/as profissionais de saúde e no imaginário social funcionam como uma barreira para a identificação e intervenção face às necessidades de saúde, no domínio sociocultural das mulheres imigrantes, levando a uma clara regulação comportamental a nível dos cuidados que são prestados a estas mulheres. Os/As profissionais cumprem com as suas obrigações técnicas de prestação de cuidado, o seu compromisso, mas esta prestação de cuidado surge indissociável de um conhecimento localizado e situado destes/as profissionais que está dependente da sua formação de base e da sua sensibilidade para lidar com a diversidade cultural e não apenas assente na legislação vigente.

O *compromisso regulador* propicia desigualdades nos contextos de saúde para a população imigrante, uma vez que, ao partir de estereótipos, leva a um claro enviesamento. Esta construção discursiva pode surgir como uma barreira clara no acesso aos cuidados, pois informa e reforça a ideia errada de que as pacientes imigrantes são cidadãs desprovidas de direitos, desvalorizando-se os seus conhecimentos e as suas dificuldades.



## CONCLUSÕES

Este estudo salienta que, mesmo existindo legislação em Portugal que protege a mulher imigrante grávida garantindo-lhe o acesso e usufruto de cuidados de saúde gratuitos, bem como algumas ações da comunidade no sentido de melhorar a condição do cidadão e cidadã imigrante a nível da saúde em Portugal – de que são exemplo a linha de tradução do Alto Comissariado para as Migrações, o gabinete de saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante, em Lisboa, e projetos criados por diferentes organizações a nível nacional (e.g., projeto Saudar, Médicos do Mundo, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa), que têm como principal objetivo otimizar os cuidados e práticas de saúde, – tal não significa que diferentes mulheres imigrantes grávidas continuem a confrontar-se com múltiplas barreiras de acesso, de que se evidencia a relação que estabelecem com os/as profissionais de saúde. Verificamos, com este estudo, que a relação profissional de saúde-utente continua a ser pautada por um etnocentrismo dual, na medida em que a/o profissional de saúde avalia a paciente ancorando-se nas suas conceções de verdade sobre saúde e doença bem como nas suas expectativas e estereótipos relativamente às utentes.

As questões de poder existentes nas relações de cuidado não se cingem apenas ao poder do Estado, mas ao poder de todos/as os/as intervenientes na prestação de cuidados, que surge como uma forma de controlo e de regulação de uns indivíduos sobre outros (Fonseca & Silva, 2010; Foucault, 2002; Viruell-Fuentes *et al.*, 2012). Este poder, que aqui se problematiza e reflete, se, por um lado, protege e beneficia as mulheres grávidas em termos dos cuidados preconizados, garantindo-lhes um melhor bem-estar e a prevenção de problemas futuros, por outro lado, limita, constrange, homogeneiza e reprime. Continua a não existir um empenho na construção de um modelo social de saúde positiva, intercultural, interseccional que recuse a essencialização; centrado nas necessidades dos indivíduos e da população e adaptado às suas especificidades (Weber & Parra-Medina, 2003), este modelo será crucial para a humanização do atendimento.

Percebe-se também que se torna necessário ter em atenção o impacto das diferentes categorias identitárias das mulheres – género, anacionalidade, etnia, orientação sexual, religião, entre outras – nos contextos de saúde, uma

vez que estas propiciam não só necessidades diferenciadas como vivências díspares (Bowleg, 2012; Viruell-Fuentes *et al.*, 2012).

É fulcral que a/o profissional de saúde abandone o “compromisso” de regularizar procedimentos e condutas, distanciando-se das suas próprias crenças e valores, e perspetive a utente como o elemento-chave que lhe vai dar informações sobre a cultura que rege a sua conduta de vida (FRA, 2013). A/O profissional deve permitir o envolvimento da utente no que respeita ao processo de saúde-doença, tendo-a como colaboradora fundamental durante todo o procedimento de planeamento, desenvolvimento e implementação de intervenções no âmbito da saúde (WHO, 2013).

Parece importante não olvidar as próprias instituições e os seus procedimentos internos. A constituição de manuais de boas práticas, a monitorização de cuidados e a continuidade de cuidados são essenciais, no sentido de cada mulher imigrante poder ter, pelo menos, o número mínimo aconselhado de consultas de vigilância pré-natal e de revisão de puerpério.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amâncio, L. (1994). *Masculino & feminino: A construção social da diferença*. Porto: Edições Afrontamento.
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality – an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health, 102*(7), 1267-1273.
- Bragg, R. (2008). Maternal deaths and vulnerable migrants. *Lancet, 371*, 879-881.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.
- Cabecinhas, R. & Lázaro, A. (1997). Identidade social e estereótipos sociais de grupos em conflito: um estudo numa organização universitária. *Cadernos do Noroeste, 10* (1), 411-426.
- Cabecinhas, R. (2002a). Categorização e diferenciação: A percepção do estatuto social de diferentes grupos étnicos em Portugal. *Sociedade e Cultura, 5*, 69-91.
- Cabecinhas, R. (2002b). *Racismo e etnicidade em Portugal: Uma análise psico-sociológica da homogeneização das minorias* (Dissertação de Doutoramento). Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. Portugal. Disponível em [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/25/1/TESE\\_RC\\_FINAL.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/25/1/TESE_RC_FINAL.pdf).

- Decreto-Lei n.º 173/2003, *Diário da República* n.º 176, I Série-A, de 1 de agosto de 2003. Despacho n.º 25 360/2001, *Diário da República* n.º 286, II Série, de 12 de dezembro de 2001.
- Dias, S.; Gama, A. & Horta, R. (2010). Avaliação dos cuidados de saúde: perceções de mulheres imigrantes em Portugal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10, S39-S47.
- Dias, S.; Rocha, C. & Horta, R. (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: Um estudo qualitativo*. Lisboa: ACIDI.
- Fonseca, L. & Silva, S. (2010). *Saúde e imigração: Utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça*. Lisboa: ACIDI.
- Foucault, M. (2002). *The Archaeology of Knowledge*. (A. M. Sheridan Smith, Trad.). London: Routledge.
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights. (2013). *Inequalities and Multiple Discrimination in Access to and Quality of Healthcare*. Áustria: FRA. Acedido em agosto 18, 2016 em [http://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare_en.pdf).
- Ganann, R., Sword, W., Black, M. & Carpio, B. (2011). Influence of maternal birthplace on postpartum health and health services use. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(2), 223-229.
- INE – Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Estatísticas demográficas 2014*. Lisboa: INE.
- Lei Constitucional n.º 1/2005, *Diário da República* n.º 155, SÉRIE I-A, de 12 de agosto de 2005.
- Moscovici, S. (1976). *Social Influence and Social Change*. Londres: Academic Press.
- Padilla, B. (2007). A imigrante brasileira em Portugal: Considerando o género na análise. In J. Malheiros (Ed.), *Imigração brasileira em Portugal* (pp. 113-134). Lisboa: ACIDI.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. (2.ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2014). *Relatório de imigração: Fronteiras e asilo*. Disponível em: [http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa\\_2014.pdf](http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2014.pdf).
- Viruell-Fuentes, E.; Miranda, P. & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099-2106.
- Weber, L. & Parra-Medina, D. (2003). Intersectionality and women's health. *Gender Perspectives on Health and Medicine: Key themes (advances in gender research)*, 7, 181-230.

WHO – World Health Organization (2013). *International Migration, Health and Human Rights*. Geneva: WHO. Acedido em Agosto 20, 2016, em: [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO\\_IOM\\_UNOHCHRPublication.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf).

Willig, C. (2008). Foucauldian discourse analysis. In C. Willig (Ed.), *Introducing Qualitative Research in Psychology* (pp. 112-131). London: Open University Press.