



KUMA DI KURPU?

[(Re)Interpretações dos modos de ver]



Kuma di Kurpu?

[(Re)Interpretações dos modos de ver]

O projecto Kuma di Kurpu?, ou em português “Como estás?” é um projecto de promoção de saúde dirigido a mulheres imigrantes.

Este projecto surge da crença de que o desenvolvimento de ações de promoção de saúde é um recurso importante no contexto do combate à pobreza e à exclusão social.

Tal como é definida pela Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde consiste no processo de capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida.

Neste contexto, as autarquias e instituições locais têm um papel determinante a desempenhar na implementação de iniciativas de promoção de saúde e integração de imigrantes, através da criação de respostas sócio-territoriais que permitam uma abordagem integrada, interdisciplinar e participativa.

Este projecto surge no âmbito de uma candidatura ao programa “Promoção de Interculturalidade a nível Municipal”, coordenado pelo Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural – ACIDI, I.P., numa parceria entre a Caritas Diocesanas de Lisboa e a Câmara Municipal de Cascais.

O projecto Kuma di Kurpu?, tem como objectivo promover comportamentos saudáveis ao nível da Saúde, incluindo a Saúde Sexual Reprodutiva junto da população residente no empreendimento da Adroana. Este projecto é centrado, num primeiro momento, na popula-



ção feminina como estruturante e replicador dos efeitos da intervenção. Efectua uma abordagem global do direito e acesso à saúde com enfoque em diferentes áreas da saúde sexual reprodutiva, igualdade de género, cultura, cidadania e direitos humanos.

Este projecto inclui-se numa estratégia de promoção de saúde para o empreendimento da Adroana, inicialmente definida com a implementação do Contrato Local de Desenvolvimento Social de Cascais e a criação do projecto “Saúde + Perto”, um espaço de atendimento e acompanhamento individualizado na área da saúde, dinamizado por duas enfermeiras da UCC Cascais Care. Partimos assim da criação de uma reposta individualizada para a criação de uma resposta comunitária.

No projecto Kuma di Kurpu?, a metodologia utilizada foi o PhotoVoice. As mulheres foram dotadas de um papel activo e catalisador de mudança através da utilização combinada do mediatismo da imagem visual com as histórias contadas. O grupo das participantes agiu como documentadores e intervenientes activos na reflexão sobre as imagens captadas.

Com esta publicação gostaríamos de dar corpo a esse trabalho e projectar a visão das mulheres imigrantes acerca das suas vidas e dificuldades de integração junto de outros actores locais.

Esta publicação está organizada em quadro capítulos:

01. Enquadramento

02. Acesso e utilização dos cuidados de saúde

03. Sessões de Photovoice

04. Conclusões



01. Enquadramento

O Empreendimento da Adroana está situado na Freguesia de Alcabideche e tem um quadro habitacional com 129 fogos de arrendamento e 143 fogos de Habitação a Custos Controlados (HCC).

No âmbito do Programa Especial de Realojamento de Cascais (Decreto-Lei n.º 163/93, de 7 de Maio), foram realojados no empreendimento da Adroana indivíduos isolados em tipologia que tinha em conta o seu agregado familiar residente no país de origem, de modo a possibilitar o reagrupamento familiar (Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho).

Este novo fluxo migratório decorreu entre 2006 e 2008 e chegaram à Adroana cerca de 53 mulheres e 200 crianças e jovens.

A chegada de mulheres e crianças trouxe consigo novas problemáticas inerentes à condição de imigrante, que na área da saúde contribuem de forma muito relevante para os padrões de acesso e utilização dos serviços de saúde.

As condições em que a migração se processa podem ser factores condicionantes da vulnerabilidade em saúde das populações migrantes (IOM, 2004 in Fonseca e Silva, 2010). A saúde desta população está normalmente associada a factores de risco a que estão muitas vezes expostos nos países de acolhimento, onde se confrontam com um contexto completamen-

te novo a nível social, estrutural, cultural, linguístico, entre outros (Dias e Gonçalves, 2007; Kandula, Kersy e Lurie, 2004 in Bäckström, 2009). Estas circunstâncias, muitas vezes, associam-se a outros riscos inerentes ao próprio indivíduo e ao seu país de origem pois, ao imigrar, o indivíduo traz consigo o seu perfil de saúde, o qual reflecte a sua história médica e a qualidade dos cuidados de saúde disponíveis no seu país de origem (Ackerhans, 2003 in Bäckström, 2009).

Entre as principais barreiras apuradas, destaca-se a ausência de hábitos de promoção da saúde e prevenção da doença, problemas de saúde típicos dos seus países de origem, as dificuldades ao nível da língua e a situação de indocumentado. Consideramos que, no essencial, as dificuldades de integração dos imigrantes não resultam do conjunto de direitos que lhes estão ou não atribuídos, mas antes do conhecimento e das dificuldades que enfrentam para o seu exercício.

Neste contexto, foi criado no empreendimento da Adroana, o projecto “Saúde+Perto”, um espaço de atendimento e acompanhamento semanal individualizado na área da saúde, dinamizado por enfermeiras do ACES de Cascais – UCC Cascais Care.

Durante os dois anos de funcionamento do projecto, foram atendidas 136 pessoas, 73 do sexo feminino e 63 do sexo masculino, com



Foto: Empreendimento da Adroana



Figura 1

idade entre os 0 e os 55 anos. Foram avaliadas em consultas de desenvolvimento infantil 17 crianças, dos 0 aos 3 anos e realizadas 5 sessões de sensibilização na área da saúde sexual e reprodutiva para jovens entre os 15 e 25 anos.

Contudo verificamos que para além de garantir uma abordagem individualizada, através deste espaço informativo, de aconselhamento e acompanhamento individual, era importante uma abordagem mais colectiva no sentido da criação de respostas comunitárias de promoção de saúde, desenvolvendo acções de educação para a saúde sexual e reprodutiva, numa abordagem intercultural, promovendo o desenvolvimento de competências pessoais e sociais da população residentes.

É neste contexto que surge o projecto Kuma di Kurpu? Este projecto desenvolveu-se em cinco fases que abrangem três níveis de participação (figura 1).

02. Acesso e utilização dos cuidados de saúde

O objectivo deste inquérito é contribuir para um melhor conhecimento das práticas e do estado de saúde das mulheres imigrantes residentes no empreendimento da Adroana, bem como as condições de acesso e utilização do serviço nacional de saúde tendo em conta a diversidade étnica e cultural da população residente.

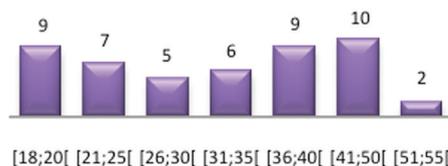
Em termos gerais procuramos caracterizar:

- O perfil demográfico;
- O padrão de acesso e utilização dos serviços de saúde, em particular no que diz respeito aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva;
- Auto-percepção do estado de saúde;
- Apreciação dos serviços e cuidados de saúde prestados.

A primeira dimensão de análise refere-se à caracterização sócio-demográfica das 48 mulheres imigrantes inquiridas.

O intervalo de idade situa-se entre os 18 e os 55 anos e não se verifica uma incidência significativa em nenhuma faixa (gráfico 1). De referir que as idades indicadas correspondem às datas de nascimento que constam em documentos de identificação, no entanto isso não significa que sejam as suas idades biológicas.

Gráfico n.º 1: Idade(n.º)



DIMENSÕES

INDICADORES

Caracterização

- Idade
- Naturalidade
- Estado Civil
- Escolaridade
- Domínio da Língua
- Tempo de estada em Portugal
- Situação Profissional

Auto- percepção do estado de saúde

- Estado de Saúde antes e após a chegada a Portugal
- Identificação de problemas de saúde
- Identificação de condicionantes de saúde

Acesso e utilização dos serviços de saúde

- Disponibilidade (capacidade de resposta avaliada pelo número de utentes com médico de família, tempo de espera para atendimento médico, ..)
- Acessibilidade (localização dos serviços, tempo de viagem, transportes e custos)
- Motivo para procura e utilização dos serviços.
- Frequência de utilização dos serviços

Apreciação dos serviços

- Aceitabilidade (relação entre utentes e trabalhadores de saúde)
- Grau de satisfação com os serviços

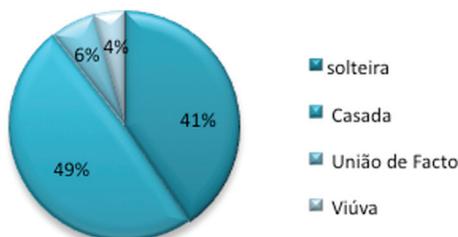
2.1

Caracterização das mulheres inquiridas

A maioria das inquiridas é natural da Guiné-Bissau (87%), seguindo-se a naturalidade Senegalesa (7%) e Cabo-Verdiana (4%).

No que respeita ao estado civil, a população inquirida encontra-se maioritariamente casada (23 mulheres), com valores muito próximos 19 mulheres estão solteiras. Relativamente às inquiridas que referem viver em união de facto, são uniões que ainda não foram reconhecidas em Portugal, mas são casadas formalmente no país de origem.

Gráfico n.º 2: Estado Civil (%)



A análise do ano de chegada a Portugal evidencia que em 2006 e nos dois anos seguintes foram os anos em que se verificou um maior número de chegadas de mulheres imigrantes ao empreendimento da Adroana, esta incidência está directamente relacionado com o realojamento de indivíduos isolados de bairros de barracas existentes no concelho Cascais, que neste empreendimento teve início em 2005, e respectivos processos de reagrupamento familiar.

No que concerne à situação profissional das inquiridas, 23% são estudantes, 35% encontram-se em situação de desemprego e 42% estão empregadas. As inquiridas que se encontram inseridas profissionalmente trabalham na sua maioria na área das limpezas (75%), seguindo-se as que trabalham na área da restauração (20%) e as restantes trabalham como domésticas em casa particulares (5%). Ao nível da escolaridade verificamos que são na sua maioria baixas, sendo que 14 das mulheres inquiridas são analfabetas.

Gráfico n.º 3: Ano de chegada a Portugal (n.º)

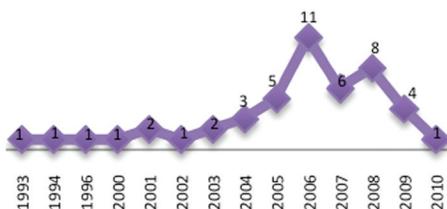
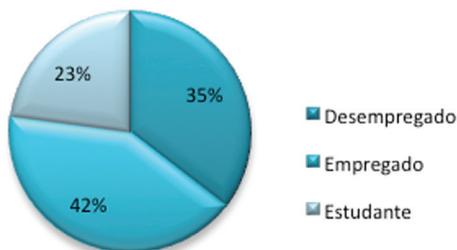


Gráfico n.º 4: Situação Profissional (%)

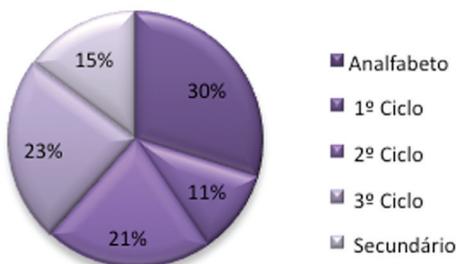


Principais Conclusões:

Na análise dos resultados é importante referir que o género é um factor que tem implicações directas na acessibilidade aos cuidados de saúde e na utilização dos recursos disponíveis, por isso, os dados apresentados são apenas representativos deste grupo específico da população não podendo ser generalizado.

Os dados de caracterização sócio-demográfica obtidos vão no mesmo sentido de outros estudos já realizados com população imigrante guineense. É uma população maioritariamente jovem em idade activa, com baixas qualificações e a trabalhar em actividades profissionais também pouco qualificadas (limpeza e restauração).

Gráfico n.º 5: Escolaridade (%)



2.2

Acesso à saúde

O acesso à saúde é uma categoria central para a análise da inter-relação entre utentes e serviços de saúde, que sumariza o conjunto de dimensões específicas. O acesso aos cuidados de saúde exprime entre outras dimensões a possibilidade temporal, geográfica ou financeira que os indivíduos têm em obter cuidados de saúde adequados às suas necessidades, de modo a alcançarem ganhos em saúde.

Dentro desta dimensão tentamos perceber qual a acessibilidade das inquiridas aos cuidados de saúde, através da inscrição no Centro de Saúde da sua área de residência, se têm médico de família, quanto tempo decorreu entre a chegada a Portugal e a primeira utilização dos Serviços de Saúde, onde recorrem, com que frequência e quais os principais motivos para a utilização dos cuidados de saúde.

Da análise dos dados das 48 mulheres inquiridas apenas duas não estão inscritas no Centro de Saúde, situações que se prendem com a situação legal em que se encontram.

Quanto à primeira utilização, 92% das inquiridas utilizaram os serviços de saúde durante o primeiro ano de residência em Portugal, designadamente 36% das inquiridas demoraram apenas alguns dias desde a data da chegada a Portugal e a primeira utilização dos serviços de saúde e 33% das inquiridas demoraram alguns meses.

No entanto, consideramos que estes dois dados isolados (inscrição e primeira utilização) podem não ser representativos da utilização dos serviços de saúde porque a inscrição no Centro de Saúde é um requisito necessário para efeitos de regularização junto do SEF (Decreto Regulamentar n.º 84/2007, de 5 de Novembro).

Quanto ao Centro de Saúde onde as inquiridas estão inscritas, 75% das mulheres estão inscritas no Centro de Saúde da área de resi-

dência. As outras situações verificadas (25%) devem-se ao facto de os companheiros antes do realojamento na Adroana residirem noutras freguesias do concelho de Cascais e as inquiridas preferirem continuar noutro Centro Saúde de modo a garantir que têm médico de família. Esta situação é compreensível quando analisamos os dados da questão seguinte, onde se verifica que 54% das inquiridas não têm médico de família atribuído.

Relativamente ao serviço de saúde onde recorrem com maior frequência verifica-se uma maior percentagem na utilização dos serviços de saúde de urgência (54%). A frequência de utilização é relativamente regular, 58% recorre várias vezes por ano e 17% faz uma utilização mensal, reportam-se a pessoas com problemas de saúde crónicos.

O principal motivo para a utilização dos serviços de saúde refere-se por isso a situações de urgência, sendo que a segunda maior incidência verificada é a utilização dos serviços de saúde para consultas de rotina (20 inquiridas) e para consultas de especialidade (15 inquiridas).

Gráfico n.º 6: Qual o serviço que saúde que recorre com mais frequência? (%)

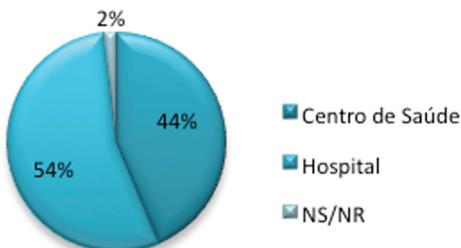


Gráfico n.º 7: Frequência com que recorre aos serviços dos de saúde (%)

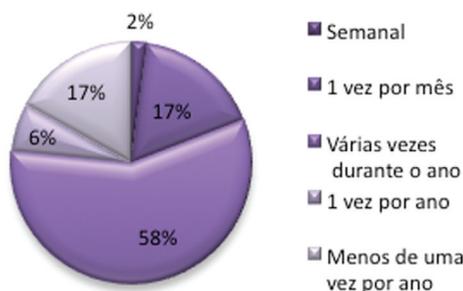


Gráfico n.º 10: Utilização de métodos contraceptivos (%)



Gráfico n.º 8: Principais motivos para a utilização dos serviços de saúde (n.º)

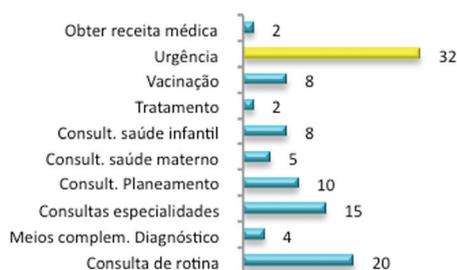


Gráfico n.º 11: Método contraceptivo utilizado (%)

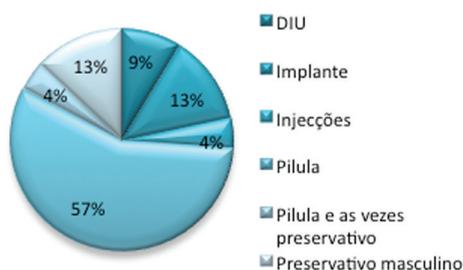


Gráfico n.º 9: Consultas de Planeamento Familiar (%)



Colocamos algumas questões específicas relativamente ao planeamento familiar por considerarmos que é uma componente fundamental da prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva.

Embora na questão anterior, relacionada com os principais motivos para a utilização dos serviços de saúde, apenas 10 inquiridas terem referido a utilização de consultas de planeamento familiar, quando a questão é colocada separadamente 58% refere que já frequentou esta consulta. Das inquiridas que frequentaram a consulta de planeamento familiar 82% utiliza um método contraceptivo. O gráfico 11 representa os métodos utilizados, onde podemos verificar uma maior incidência na utilização da pílula (57%).

Principais Conclusões:

Todas as inquiridas já acederam a algum serviço de saúde, sendo a principal motivo para a utilização as situações de urgência, seguidas de problemas de saúde crónicos e problemas específicos da saúde da mulher. Este padrão e as causas de utilização (urgência e doença) indicam uma elevada vulnerabilidade em saúde por parte desta população.

2.3

Auto-percepção do estado de saúde

Nesta dimensão tentamos perceber junto das inquiridas qual a percepção relativamente ao seu estado de saúde antes de chegar a Portugal e qual a sua evolução desde que chegaram. Da análise efectuada, verificamos que 29 mulheres consideram que o seu estado de saúde era bom, 13 consideram que o seu estado de saúde era médio e 6 mulheres que o seu estado de saúde era mau. Após a chegada a Portugal

24 mulheres considera que o seu estado de saúde se mantém igual à situação de origem, 15 mulheres consideram que melhoraram e 9 pioraram.

O quadro n.º 1 faz o cruzamento ente a auto-percepção do estado de saúde antes de chegar a Portugal e a evolução desde que chegaram, as alterações e mais significativas em cada nível são as seguintes: das 6 mulheres que indicaram que o seu estado de saúde era mau 4 melhoraram; das 13 mulheres que avaliam o seu estado de saúde como médio 6 melhoraram; das 29 mulheres que consideram que o seu estado de saúde era bom, 18 mantiveram e 6 consideram que pioraram.

Na análise do estado de saúde das inquiridas pedimos que identificassem sintomas de ordem psíquica, neste sentido questionamos se nas últimas duas semanas tinham sentido: tristeza, insónia, cansaço, alterações de apetite e dificuldade de concentração.

O sintoma mais referido pelas inquiridas foi a tristeza / desanimo, tendo identificado como causa deste sintoma preocupações, saudades da família residente no país de origem e dificuldades económicas.

Quanto ao último aspecto, dificuldade de concentração, foi difícil para as inquiridas

Quadro N.º 1

Auto-percepção do estado de Saúde				
Estado de saúde antes de chegar a Portugal		Evolução do estado de saúde		
		Melhorou	Manteve	Piorou
		15	24	9
Bom	29	5	18	6
Médio	13	6	5	2
Mau	6	4	1	1

perceber o conceito, neste sentido consideramos que os dados apresentados podem estar sobrevalorizados.

Das inquiridas que referem sentir pelo menos um destes sintomas a maioria (58%) não recorrem aos serviços de saúde para pedir ajuda. Na opinião das inquiridas os factores que influenciam o estado de saúde dos indivíduos estão principalmente relacionados com factores de ordem psíquica, designadamente: preocupações e stress, seguindo-se os hábitos alimentares e a ausência de cuidados básicos. Tendo em conta as condições socioeconómicas das inquiridas é relevante perceber que apenas uma considera que as condições de trabalho têm influência no estado de saúde dos indivíduos, bem como as condições económicas e a falta de informação.

Gráfico n.º 12: Problemas sentidos (N.º)

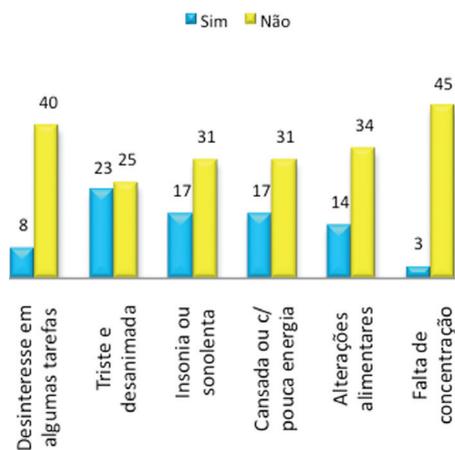


Gráfico n.º 13: Recorre a algum serviço de saúde (%)

■ Sim ■ Não ■ Não respondeu

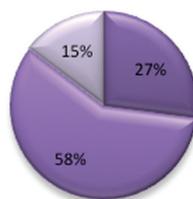
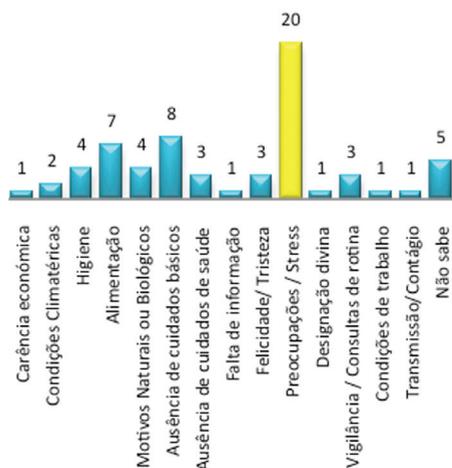


Gráfico n.º 14: Factores que influenciam o estado de saúde (n.º)



Principais Conclusões:

De modo geral as inquiridas avaliam positivamente o seu estado de saúde e consideram que os factores que o influenciam estão relacionados principalmente com comportamentos individuais, condições e estilos de vida.

2.4

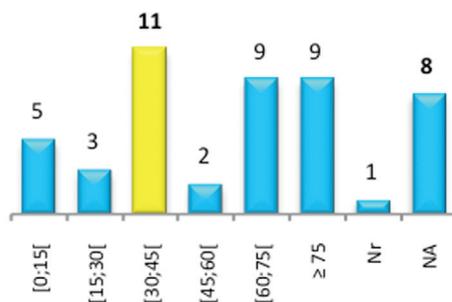
Satisfação com os cuidados de saúde

As práticas médicas e a utilização dos serviços de saúde têm sérias repercussões no estado de saúde de qualquer cidadão. A análise efectuada refere-se apenas à satisfação dos cuidados de saúde prestados pelo Centro de Saúde, sendo que apenas 40 inquiridas é que já utilizaram este serviço.

Uma das grandes dificuldades referidas pelas inquiridas está relacionada com a dificuldade em efectuar marcações de consultas médicas e no tempo de espera até à realização da consulta. Na análise do gráfico n.º 15 podemos perceber que a maioria das inquiridas espera mais de um mês por uma consulta no centro de saúde, sendo o valor seguinte com maior incidência dois meses ou mais.

No entanto, apesar da dificuldade em marcar consulta, o atendimento médico, de modo geral é analisado positivamente, principalmente nos aspectos relacionados com o esclarecimento das dúvidas colocadas, o tempo do atendimento e a explicação do objectivo dos exames ou encaminhamentos para a resolução do problema apresentado. O aspecto em que se verifica uma maior discordância está relacionado com o desconhecimento da consulta anterior, o que está relacionado com o facto de muitas das inquiridas não terem médico de família e não serem atendidas sempre pelo mesmo médico.

Gráfico n.º 15: Tempo de espera por consulta (dias)

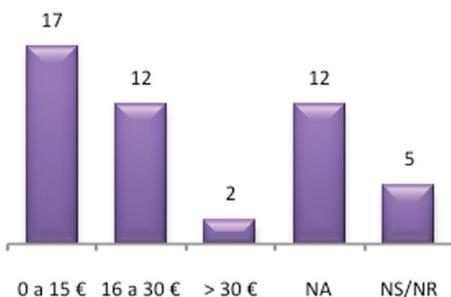


No que concerne ao custo dos serviços de saúde, o valor médio gasto por consulta, para a maioria das inquiridas é cerca de 25€ e de modo geral consideram que recorrer aos serviços de saúde não é caro, o maior gasto é feito com deslocações e medicamentos. Nesta questão para além das 8 inquiridas que nunca recorreram ao centro de saúde, existem mais 4 inquiridas que estão isentas do pagamento de consultas e não referiram outros custos, estão identificadas no gráfico como NA.

Gráfico n.º 16: Último atendimento médico (n.º)



Gráfico n.º 17: Média do valor gasto (€)



Relativamente à proximidade física dos serviços, o Hospital de Cascais e o Centro de Saúde de Alcabideche, são bastante próximos da Adroana, neste sentido 75% das inquiridas referem demorar entre 15 a 30 minutos na deslocação e utilizam como meio de transpor-

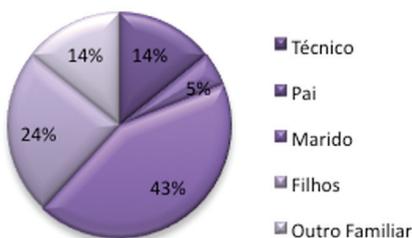
te principal o autocarro (83%).

Consideramos que é um indicador de avaliação da autonomia das inquiridas saber se vão sozinhas ou acompanhadas às consultas médicas. No gráfico n.º 18 podemos verificar que uma percentagem ainda significativa das mulheres inquiridas (35%) vai acompanhada às consultas. Habitualmente vão acompanhadas pelos maridos (43%) ou filhos (24%). Relativamente às situações em que as mulheres são acompanhadas por técnicos, são situações específicas em acompanhamento psicossocial por parte dos técnicos da Câmara Municipal de Cascais.

Gráfico n.º 18: Alguém a acompanha às consultas (%)

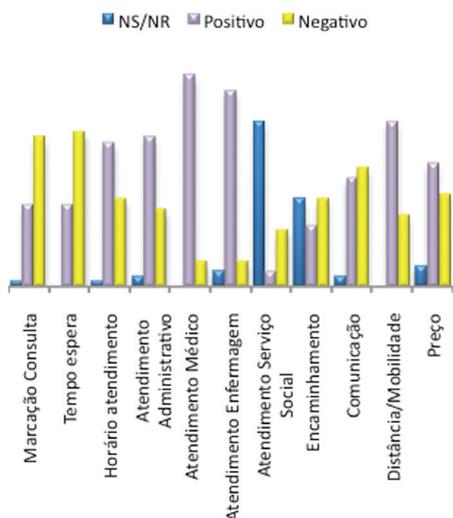


Gráfico n.º 19: Quem acompanha (%)



Quando inquiridas sobre os aspectos positivos e negativos do funcionamento dos serviços de saúde, os aspectos identificados como mais positivo são o atendimento médico, o atendimento de enfermagem e a proximidade dos serviços. Os aspectos mais negativos são a dificuldade na marcação de consultas médicas, o tempo de espera até ser atendido, o encaminhamento das situações para outros serviços de saúde e a barreira linguística ou dificuldade de comunicação. Existe ainda um elevado desconhecimento da existência de serviços de atendimento de serviço social nos serviços de saúde e das pessoas que já recorreram a maioria avalia como negativo o atendimento deste serviço.

Gráfico n.º 20: Apectos positivos e negativos do SNS

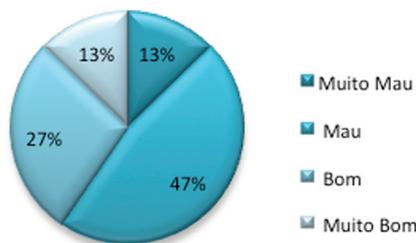


Uma das principais dificuldades enfrentadas pela população imigrante desde que chega a Portugal está relacionada com a barreira linguística. Achamos por isso importante avaliar, com apoio de um mediador guineense com domínio do crioulo, qual o domínio da língua portuguesa das inquiridas, para tal foram definidos quadro critérios de avaliação:

Muito Mau	Não fala nem percebe.
Mau	Percebe, mas não fala ou fala mal português
Bom	Percebe e fala português
Muito Bom	Grande domínio.

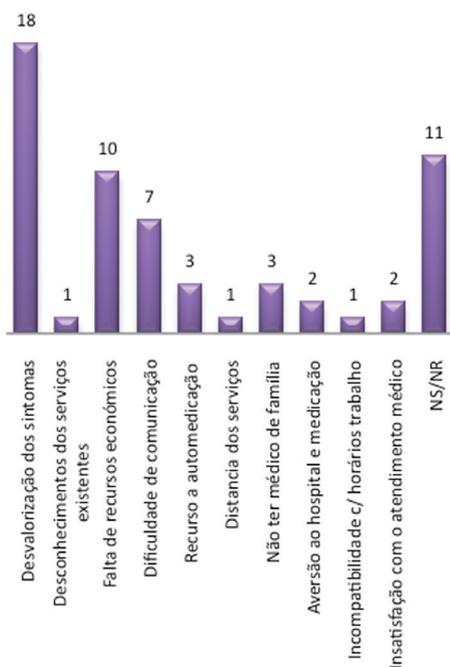
Da análise do gráfico n.º 21, podemos perceber que existe uma grande dificuldade na compreensão e expressão da língua portuguesa, 47% das inquiridas tem uma mau domínio da língua, principalmente ao nível da expressão e 13% não tem qualquer domínio ao nível da compreensão e da expressão

Gráfico n.º 21: Domínio da Língua Portuguesa (%)



Relativamente ao principais motivos para não utilização dos serviços de saúde prende-se maioritariamente com a desvalorização dos sintomas, a ausência de recursos económicos ou dificuldades de comunicação.

Gráfico n.º 22: Motivos porque não recorre aos serviços de saúde (n.º)



Principais Conclusões:

Para as inquiridas o aspecto mais positivo dos serviços de saúde é o atendimento médico e de enfermagem. Quanto aos aspectos menos positivos estão relacionadas com a dificuldade de comunicação e o tempo de espera até terem consulta.

A dificuldade de comunicação é um aspecto reveste-se de grande importância, pois é um impedimento à compreensão do problema do doente e à sua resolução.

Podemos identificar alguma incongruência entre o facto de avaliarem o atendimento médico como positivo e as dificuldades de comunicação e compreensão do que é dito nas consultas, da nossa percepção este facto deve-se à comparação com os serviços disponíveis nos países de origem que reflecte uma situação desvantagem múltipla.



**PHOTO
VOICE**



03. Photovoice

Grupo de participantes

Para a constituição do grupo de participantes foram convocadas todas as mulheres imigrantes residentes no empreendimento da Adroana. Das cerca de 53 mulheres, 25 mostraram interesse em participar. Neste sentido foram definidos alguns critérios para a selecção das 11 participantes, nomeadamente: heterogeneidade no tempo de residência em Portugal, no nível de formação e domínio da língua portuguesa, motivo da chegada por reagrupamento familiar ou junta médica, pessoas ligadas aos serviços de saúde no país de origem e pessoas com problemas de saúde crónicos.

Sessões de Photovoice

“Pela implicação dos indivíduos na reflexão de si e da sua comunidade, pelo envolvimento na representação de si e dos outros” (Marques, 2004) consideramos que é a metodologia mais adequada para abordar esta problemática com este grupo da população, porque utiliza as novas tecnologias (fotografia e outro material tecnológico), como forma de trabalhar indivíduos com dificuldades de expressão verbal e baixas qualificações, com o objectivo de diminuir a info-exclusão, promover o empowerment e o envolvimento dos participantes na resolução dos problemas da sua comunidade. É um método de investigação-acção e investigação participativa que desenvolve uma maior consciência crítica e introduz visões alternativas sobre os problemas da comunidade. Tem por base a teoria de Paulo Freire, de educação para a consciência crítica, a teoria feminista pela valorização da experiência subjectiva das mulheres, e a abordagem da fotografia documental.

Esta metodologia foi aplicada ao longo de cinco sessões, onde se pretendia que as participantes reflectissem sobre a saúde e o acesso aos cuidados de saúde através da captação de imagens que respondem a perguntas que vão sendo colocadas ao longo das sessões. Em cada sessão, as participantes procedem sempre à apresentação individual das suas fotos, explicando como estão relacionadas com o tema da sessão. Seguindo-se a análise em profundidade das fotografias que procura alargar a discussão de um nível pessoal para um nível social.

As questões definidas foram:

- Que imagens representam saúde?
- Na sua casa, no seu prédio e no seu bairro o que pode condicionar a sua saúde?
- Que dificuldade sente no acesso aos serviços de saúde?
- Qual o seu estilo de vida e que influência tem na sua saúde?

Pergunta 1

Que imagens representam saúde?



A base da saúde é a alimentação. É importante ter uma alimentação saudável e comer várias vezes ao dia.

(Emília Vermelho, Nene Tchuda, Man Caura, Mariama Injai, Mariama Camara)

“No campo as pessoas alimentam-se pior do que na cidade.”

(Maria Clara)

A falta de médicos de família leva a que as participantes recorram com maior frequência aos serviços de urgência, que dão uma resposta imediata ao problema de saúde.



“Ir ao médico é muito caro. Temos de pagar transporte, consulta, medicamentos e quando necessário pagar os exames...”

(Nene Tchuda, Emília Vermelho)



Serviços de saúde.

(Nene Tchuda, Sábado Capieque)



“Na Guiné há muitas pessoas que morrem pelo caminho, porque não há estradas para chegar ao hospital.”

(Domingas Sanca)



A Néne veio para Portugal por junta médica, actualmente aguarda uma consulta de especialidade. Esta imagem representa essa espera, em relação à qual não pode fazer nada.



“São uns jovens do bairro que costumam estar a jogar futebol. Quem pratica desporto tem mais saúde.”

(Emília Vermelho)



Por oposição à saúde a doença. São duas pessoas com problemas de saúde crónicos e incapacitantes.

(Man Caura e Mariama Injai)



Esta imagem representa alguns comportamentos que segundo a participantes são pouco saudáveis. A Sábado pediu a colaboração desta amiga para encenar que ia ingerir álcool e alimentos que fazem mal à sua saúde.

(Sábado Capieque)



A filha estava doente e a Man Caura pediu apoio à família. “A família é importante para o meu bem-estar.”

(Man Caura)



Nesta imagem foram identificados vários aspectos que as participantes relacionaram com o conceito de saúde, nomeadamente o papel da religião no seu bem-estar espiritual (terço na mesa) e do conhecimento / informação para a resolução ou procura de respostas para os seus problemas (livro).

(Emília Vermelho, Mariama Camara)



“A higiene pessoal, da casa, do prédio e do bairro são importantes para a nossa saúde.”

(Mariama Camara)



“Acho mal deitarem o lixo na rua, pois pode provocar problemas de saúde.”

(Emília Vermelho)



“É importante conservar e lavar bem os alimentos antes de comer. No meu trabalho ensinaram-me muitas coisas sobre isso.”

(Sábado Capieque)

Principais conclusões

Podemos identificar um conceito positivo de saúde, que não está apenas centrado na doença, mas num estado de bem-estar físico, mental e social.

As participantes demonstram ter uma visão global do que é saúde e dos seus determinantes. Através da observação e discussão das imagens foram identificados factores que estão relacionados com comportamentos e estilos de vida (hábitos alimentares, condições de higiene, desporto, ...), condições de trabalho, serviços de saúde existentes, entre outros.

Consideramos particularmente relevante a valorização das relações familiares, que para as participantes são vistas como fundamentais para a promoção e protecção da saúde.

A partir desta questão a discussão passou pelas condições de trabalho, os riscos de contacto com produtos químicos e identificação de profissões de risco, sempre centrada nas suas experiências profissionais e de familiares.

Pergunta 2

Na sua casa, no seu prédio e no seu bairro o que pode condicionar a sua saúde?

Na minha casa...



Não podemos deixar produtos tóxicos ao alcance das crianças.

(Kardiatou Thienty)



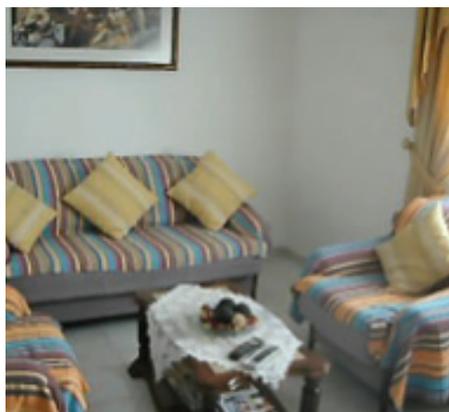
“Devemos ter alguns conhecimentos e material de primeiros socorros, para situações de urgência, por isso, tiramos esta fotografia e a uma taça com água, porque há pessoas que quando alguém se queima põem óleo.”

(Domingas Sanca e Fina Bento)



“Quando chove entra água pelo respirador da casa de banho, já falei com a EMGHA sobre esta situação, mas dizem que não podem fazer nada.”

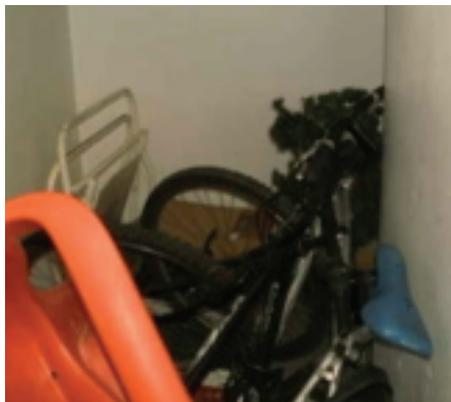
(Sábado Capieque)



“A limpeza da casa é muito importante para a nossa saúde, mas em alguns países de África as pessoas não tem água, nem detergentes, por isso existem mais doenças”

(Mariama Cadjocarinha)

No meu prédio...



“Esta foto é do vão da escada do meu prédio, onde os meus vizinhos deixam objectos pessoais e lixo. Já falei com eles, já tirei de lá as coisas e coloquei na rua, mas não mudou nada. Não vou fazer mais nada, para não entrar em conflito.”

(Domingas Sanca e Fina Bento)

“No meu prédio um morador deixa a mota dentro da arrecadação e também tem lá combustível, mas ninguém fez nada, só quando acontecer o pior é que vão ser tomadas medidas.”

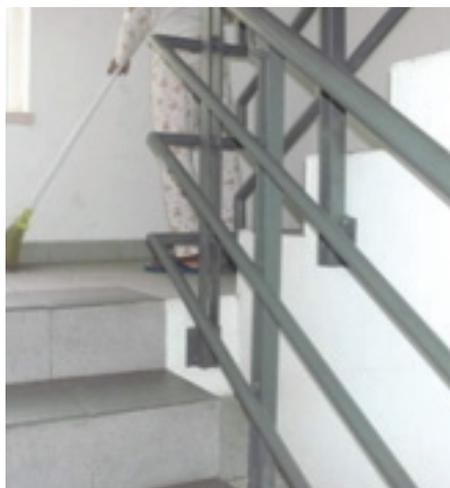
(Maria Clara)

O problema da má apropriação do espaço público, não se verifica apenas dentro dos prédios, existem moradores que deixam lixo e sucata pelo bairro.



“A entrada dos prédios está sempre suja, às vezes é o vento que leva o lixo, acho que devia ter sido construída de outra forma.”

(Nene Tchuda)



“É importante manter o prédio limpo, mesmo não havendo um sistema de limpeza organizado, se cada um limpasse o seu piso já era bom.”

(Kardiatou Thienty)

No meu bairro...



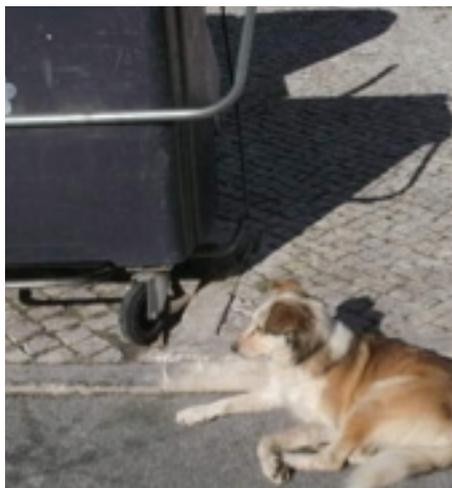
“O meu vizinho deixa ferro velho na rua. Maus vizinhos, dão mal-estar, logo menos saúde.”

(**Maria Clara**)



O mau acondicionamento do lixo pode pôr em risco a saúde dos moradores.

(**Mariama Camara**)



“É um cão abandonado, pode ter pulgas ou alguma doença e em contacto com as crianças pode por em risco a sua saúde.”

(**Emília Vermelho**)



Falta de espaços de brincar e equipamentos insuficientes para o elevado número de crianças, leva a conflitos constantes entre elas.

(**Maria Clara**)



“Existem algumas coisas no bairro que precisavam ser arranjadas, porque põem em risco a segurança das crianças, este é o exemplo de um ralo que não tem tampa e está cheio de lixo.”

(Nene Tchuda)



Por vezes há pessoas que fazem distribuição de pão na rua, sem as mínimas condições de higiene e às vezes o pão já não está em condições para consumo.

(Mariama Camara)

Principais problemas identificados:

- Relações de vizinhança e gestão da utilização do espaço comum;
- Deterioração dos espaços e ausência de manutenção;
- Desresponsabilização dos moradores em relação à limpeza do bairro;
- Ausência de espaços de convívio adequados às várias faixas etárias da população.

Podemos identificar uma clara consciência das participantes da relação entre condições de habitação e a saúde.

Pergunta 3

Que dificuldades sente, numa situação de urgência, no acesso aos serviços de saúde?



”A professora da minha filha diz que ela tem problemas de visão, que tenho de marcar uma consulta, mas é muito difícil porque não tenho médico de família. Já fui várias vezes ao centro de saúde, mas ainda não consegui. A professora acha que não quero saber, já me liguei várias vezes para falar sobre este assunto, eu tento explicar, mas ela não me percebe!”

(Sábado Capieque)



Para a Sábado é difícil ir sozinha ao hospital, porque sente que os médicos não percebem o que diz.

Muitas vezes sai do gabinete médico ou de enfermagem sem ter percebido minimamente o que lhes foi dito e qual a sua situação médica.

(Sábado Capieque)



“Acho importante ter uma refeição equilibrada, comer sopa e segundo prato, por isso pus a mesa, para almoçar com a minha família”

(Sábado Capieque)

Pergunta 4

Qual o seu estilo de vida e que influencia tem na sua saúde?



“As enfermeiras (Projecto Saúde + Perto) disseram que por causa do meu problema de saúde devia comer fruta, por isso, nessa semana fui ao mercado comprar, mas nem sempre é possível.”

(Nene Tchuda)



O trabalho e condição financeira é fundamental para defenir o nosso estilo de vida.

(Mariama Camara)

Se podermos fazer uma coisa de que gostamos, isso ainda nos traz mais bem-estar.

(Domingas Sanca)



“Luxo. Não andar a pé. Dinheiro para gastar no shopping. Sala grande como nas novelas Brasileiras.”

(Mariama Camara)



A educação e o papel da família é uma forte influência no comportamento das crianças, por isso, desde cedo temos de passar a importância de ter um estilo de vida saudável.

(Mariama Camara)



“A alimentação guineense é muito rica.”

(Mariama Injai)

As participantes consideram que a religião/espiritualidade tem um efeito positivo sobre a saúde, nomeadamente a frequência do envolvimento religioso (ir à igreja, rezar, etc.).



Outras dificuldades identificadas durante a sessão no acesso aos serviços:

Deslocação: transportes insuficientes e com um custo muito elevado;

Dificuldades de comunicação/ Domínio da língua. Este aspecto reveste-se de grande importância, pois é um impedimento à compreensão do problema do doente e à sua resolução. Além disso, muitas vezes leva a que o imigrante não volte ao serviço. O problema da dificuldade de comunicação acaba por trespassar todas as áreas da vida dos imigrantes, que muitas vezes é interpretado pelos profissionais como falta de interesse.

Problemas financeiros e situação laboral precária, onde faltar ao trabalho, mesmo que seja por motivos de saúde, pode ser motivo para não renovação do contrato;

Elevado tempo de espera para marcação e atendimento médico.

Principais Conclusões

As participantes fazem a relação entre estilo de vida e condição socioeconómica. No seu estilo de vida valorizam questões relacionadas com a alimentação saudável, participação na vida dos filhos, momentos de mais ligados à espiritualidade.

04.

Conclusões Finais

No essencial, as dificuldades de integração dos imigrantes e no acesso aos serviços de saúde não resulta do conjunto de direitos que lhes estão ou não atribuídos, mas antes do conhecimento e das dificuldades que enfrentam para o seu exercício.

Apesar de o direito à saúde ser universalmente reconhecido, o acesso e utilização dos serviços pode ser dificultado por vários factores, como sejam as barreiras linguísticas, económicas, culturais ou estruturais, que foram sendo referidos ao longo desta publicação.

Destacamos os aspectos culturais, crenças e representações acerca da saúde, doença e tratamento e a sua influência nos comportamentos em saúde e na percepção da necessidade de utilização dos serviços de saúde. O padrão de utilização dos serviços de saúde pode ainda ser potenciado pela preparação dos profissionais de saúde para lidar com esta diversidade cultural. Estão os profissionais de saúde preparados para uma abordagem culturalmente adequada? Existe uma relação de confiança entre serviços e utentes?

Às barreiras culturais, acrescem as barreiras linguísticas, que dificultam a comunicação e introduzem obstáculos à promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento. Que respostas têm os serviços para este problema? São disponibilizados meios para limitar as barreiras e dar respostas ajustadas às expecta-

tivas desta população?

É fundamental reconhecer que não basta que o sistema prestador de cuidados de saúde esteja disponível, é necessário que esteja acessível. Igualmente importante no acesso e utilização dos imigrantes aos serviços de saúde é o nível de informação que utentes e técnicos detêm sobre direitos e condições de acesso dos imigrantes ao SNS, assim como as múltiplas e diferentes interpretações e procedimentos que os profissionais de saúde, particularmente administrativos, fazem da legislação em vigor. É sobre estas e outras questões que pretendemos reflectir em conjunto com os profissionais na área da saúde na segunda fase deste projecto.

Por último, consideramos que a actuação na área da promoção da saúde deve continuar a dirigir-se ao reforço da acção comunitária, para uma participação efectiva e concreta da comunidade na fixação de prioridades, planificação e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde. É importante entender a integração como um processo que envolve a adaptação das instituições à diversidade social e cultural dos imigrantes e onde devemos ter em conta os contributos dos próprios. Esta publicação é um exemplo em como a comunicação pode assumir vários níveis e como há sempre forma de dar voz à população imigrante.

Bibliografia

- ANDRADE, Inês Martins (2008), “Geografia da saúde da população imigrante na área metropolitana de Lisboa.” Tese 21, ACIDI, Lisboa;
- BÄCKSTRÖM, Bärbara (2009), “Saúde e Imigrantes: as representações e as práticas sobre saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa.” Tese 24, ACIDI, Lisboa;
- BRISSOS, Adelaide (2008), “A saúde como vector de uma estratégia de desenvolvimento regional.” Formasau - Formação e Saúde, Lda., Coimbra;
- DIAS, Carlos et al (2008), “A Saúde dos Imigrantes, Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006” Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge;
- DIAS, Sónia e GONÇALVES, Adelina (2007), “Migrações e saúde.” Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa;
- FONSECA, Maria Lucinda, ESTEVES, Alina, MCGARRIGJE, Jennifer e SILVA, Sandra (2007), “Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política.”, Centro de Estudos Geográficos, Lisboa;
- FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. (2008), “Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde.” *Ciência & Saúde Colectiva*, 13(Sup 2): 2115- 2122;
- FONSECA, Maria Lucinda e SILVA, Sandra (2010), “Saúde e imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça.” Tese 40, ACIDI, Lisboa;
- GONÇALVES, Aldina et al (2003) “Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção.”, *Revista de Saúde Pública*, Vol. 21, n.º 1: 55- 64;
- HERGENRATHER, Kenneth, RHODES, Scott e CLARK, Glenn (2006), “Windows to Work: Exploring employment-seeking behaviors of persons with HIV/AIDS through Photovoice.”, *AIDS Education and Prevention*, 18, The Guilford Press;
- JESUS, Washington e ASSIS, Marluce (2010), “Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planeamento.” *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1): 161-170;
- LÓPEZ, Ellen, ENG, Eugenia, RANDLL-DAVID, Elizabeth e ROBINSON, Naomi (2005), “Quality-of-life concerns of African American Breast Cancer Survivors within Rural North Carolina: Blending the techniques of photovoice and grounded theory.” *Qualitative Health Research*, Sage Publications;
- MARQUES, Sandra (2004), “Photovoice: uma opção metodológica”, *Dep. Antropologia, ISCTE, Lisboa*;
- WANG, Caroline, YI, Wu Kun, TAO, Zhan Wen e CAROVANO, Kathryn (1998), “Photovoice as a participatory health promotion strategy.” *Health Promotion International*, Oxford University Press, Great Britain;
- RODRIGUES, Sofia (2008), “O Photovoice: uma metodologia para a inclusão!”, *Vozes do Centro* n.º 6: 2-15;

Outros:

- Carta de Ottawa (1986);
- Decreto-Lei n.º 163/93, de 7 de Maio – Cria o Programa Especial de Realojamento;
- Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho - Aprova o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional;

Ficha Técnica

Vídeo

Agradece-se a todas as mulheres que fizeram parte do projecto e às seguintes entidades:
ACIDI - Projecto mediadores Municipais | **ACES CASCAIS** – Centro de Saúde de Alcabideche
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA – Klube Mais da Adroana | **DISTI** – Equipa da Adroana
TEMPO AVENTURA, Lda

A todos muito obrigado.

Ficha Técnica da Publicação

Título: Kuma di Kurpu?

Autoria: Câmara Municipal de Cascais - DIST I (Divisão de Intervenção Sócio-Territorial)

Sofia Figueiredo (Assistente Social) - sofiafigueiredo@msn.com

Promotor: Cáritas Diocesanas de Lisboa – Centro Local de Atendimento ao Imigrante Cascais
Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI)

Promoção da Interculturalidade

a nível Municipal

Cláudia Pereira (Assistente Social) - cmriampereira@gmail.com

Edição: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI)

Design Gráfico: XXXXX | **Impressão:** XXXXX

1ª Edição | 200 exemplares

Cascais, Julho 2011

Cascais

Câmara Municipal



