

cescontexto

Ciências Sociais e Saúde

Desafios e temas críticos dos Sistemas de Saúde

Organização

Mauro Serapioni

Ana Raquel Matos

Nº 07

outubro 2014

Debates

www.ces.uc.pt/cescontexto



Propriedade e Edição/Property and Edition

Centro de Estudos Sociais/Centre for Social Studies

Laboratório Associado/Associate Laboratory

Universidade de Coimbra/University of Coimbra

www.ces.uc.pt

Colégio de S. Jerónimo, Apartado 3087

3000-995 Coimbra - Portugal

E-mail: cescontexto@ces.uc.pt

Tel: +351 239 855573 Fax: +351 239 855589

Comissão Editorial/Editorial Board

Coordenação Geral/General Coordination: Sílvia Portugal

Coordenação Debates/Debates Collection Coordination: Ana Raquel Matos

ISSN 2182-908X

© Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, 2014

Índice

<i>Mauro Serapioni e Ana Raquel Matos</i>	
Introdução	4
<i>Sónia Dias e Ana Gama</i>	
Migração e saúde: principais determinantes e estratégias de ação	7
<i>Lúcia Fernandes</i>	
Complexidade, incertezas e vulnerabilidades em áreas contaminadas habitadas no Brasil e em Portugal	14
<i>Liliane Brandão Carvalho, Anna Karynne da Silva Melo, Mauro Serapioni e Maria Lúcia Magalhães Bosi</i>	
Reforma psiquiátrica: contexto brasileiro e aproximações ao caso português	23
<i>Ana Monteiro</i>	
Globalização, migrações e saúde mental: imigrantes da Europa de Leste em Portugal	39
<i>Marta Aguilar e José Maria Bleda Barcía</i>	
El impacto de la crisis en el sistema sanitario español	57
<i>Pedro Lopes Ferreira</i>	
Impacto da crise no sistema de saúde – Portugal	64
<i>Mauro Serapioni</i>	
O impacto da crise na saúde no sistema de saúde de Itália	71
<i>Rita Biancheri</i>	
Saúde e diferenças de género: uma perspetiva diversa	80
<i>David Tavares</i>	
Poderes profissionais e processos de profissionalização no campo da saúde	88

Introdução

Ao longo dos últimos 40 anos, os temas da saúde e da doença têm vindo a assumir uma importância e um interesse crescentes para os/as investigadores/as das ciências sociais. São vários os indicadores que confirmam o seu significativo crescimento: i) aumento do número de revistas especializadas e de volumes temáticos sobre o tema; ii) a multiplicação de congressos, conferências e outros fóruns e reuniões científicas, nacionais e internacionais; iii) crescimento acelerado de cursos de pós-graduação na área de ciências sociais e saúde (Nunes, 2006)

Existe, hoje em dia, uma ampla variedade de estudos, promovidos pelas ciências sociais, dedicados aos fenómenos da saúde, doença, vida, morte e aos saberes e práticas profissionais desenvolvidas para seu enfrentamento (Canesqui, 1997). Nos países do sul da Europa, no entanto, a incorporação das ciências sociais e humanas na investigação em saúde não possui ainda uma tradição consolidada, contrariamente ao caso dos países anglo-saxónicos, tais como Estados Unidos da América, Suécia e Reino Unido – onde o movimento de incorporação das ciências sociais em saúde ocorre dentro dos processos gerais que se deram a partir do fim da 2ª Guerra Mundial – ou o caso de alguns países latino-americanos, tal como o Brasil e o México (Nunes, 2005). Entretanto, a partir da década de 1970, a emergência de diversos movimentos sociais e de reforma dos sistemas de saúde (medicina preventiva, medicina comunitária, atenção primária, desinstitucionalização do cuidado de saúde mental, promoção da saúde, participação social, etc.) impulsionaram o reconhecimento das ciências sociais tanto no contexto académico (na Saúde Pública, na Medicina, na Enfermagem e em outras áreas de conhecimento), como na prática das profissões de saúde. Porém, somente a partir dos anos 1980 os cientistas sociais passaram a desempenhar um papel importante na investigação sobre problemas e programas de saúde (Rosenfield, 1992). Tal como realça Ana Maria Canesqui (1997: 12) na sua obra seminal, a expansão das ciências sociais e saúde vem respondendo tanto “à crescente demanda de formação dos profissionais de saúde” que necessitam incorporar este conhecimento na própria prática, como ao desafio de compreender a multidimensionalidade e a complexidade do fenómeno saúde-doença, apesar dos importantes avanços tecnológicos atingidos pela biomedicina.

Assim, as últimas duas décadas têm testemunhado a profusão de projetos, reunindo cientistas sociais e cientistas do campo da saúde com o objetivo de estudar e recomendar soluções para uma ampla gama de problemas de saúde. Nesse prisma, a pesquisa em ciências sociais pode oferecer diversos conhecimentos aos profissionais e aos sistemas de saúde, seja enquanto documentação e perspectiva de análise, seja enquanto ferramenta crítica nas diversas áreas de intervenção, tais como: promoção da equidade social, compreensão das causas das doenças, análise crítica da crescente tecnologização da saúde e do processo de biomedicalização da vida, participação dos utentes nos sistemas de saúde e respeito pelos valores laicos e pelas perceções das necessidades.

O século XX foi, sem dúvida, palco de grandes avanços nos tratamentos biomédicos e farmacológicos e presume-se que dado o ritmo de inovações registado em diagnóstico, terapêutica e reabilitação, esses avanços continuem durante o século XXI. Contudo, apesar dos progressos registados, nunca foram tão profundas e generalizadas as incertezas e as suspeitas no que se refere à ciência e às práticas médico-sanitárias, assim como em relação à possibilidade de continuar a garantir, ou de assegurar aos/as que ainda não têm garantidos, o acesso e a equidade nos cuidados de saúde. Há ainda a convicção de que o atual progresso económico, tecnológico e científico também pode gerar resultados contraditórios para a saúde, como consequência da grave crise social e ecológica relacionada com o nosso sistema de produção e organização da sociedade. Perante este cenário, a perspectiva de análise das

ciências sociais torna-se ainda mais indispensável para melhorar o sistema de saúde e a sua relação com os/as cidadãos/ãs, especialmente no que diz respeito ao seu impacto sobre a humanização do cuidado, a ação coletiva e a participação social, a melhoria do acesso aos serviços de saúde e a redução das desigualdades.

Partindo deste enquadramento, o presente volume da Cescontexto-Debates reúne diversos textos, de vários/as autores/as que, entre 2011 e 2014, participaram como conferencistas nos Ciclos de Seminários “Ciências Sociais e Saúde”, organizados pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES).¹

Os diferentes ciclos de seminários sobre "Ciências Sociais e Saúde" visaram apresentar e discutir temas e questões de relevância para a compreensão do atual estado da relação entre saúde e sociedade. Nessas sessões, privilegiou-se a discussão de eixos temáticos que enquadrassem alguns dos temas mais críticos da atualidade dos sistemas de saúde, como, aliás, os nove artigos aqui apresentados assim atestam. Importa ainda mencionar, aqui, que a organização deste volume respeita a ordem cronológica dos diferentes seminários organizados ao longo dos últimos quatro anos, não atentando, por isso, na possível articulação entre as diferentes temáticas abordadas.

Abre este número da Cescontexto-Debates o artigo de Sónia Dias e Ana Gama, o qual versa sobre os processos migratórios internacionais e os desafios que estes colocam à saúde pública. Neste âmbito, as autoras refletem sobre políticas e estratégias de saúde que podem produzir efeitos reais na redução de riscos e vulnerabilidade das populações e que se mostrem capazes de obter ganhos em saúde.

O artigo seguinte, de Lúcia Fernandes, trata a questão da contaminação química em áreas habitadas a partir da análise de dois casos específicos, um em Estarreja, Portugal, e outro em Cidade dos Meninos, Brasil. A autora analisa como estes processos de contaminação fazem emergir complexidades, incertezas e vulnerabilidades nas populações afetadas, mais concretamente ao nível da saúde, e como se torna necessária a procura de mecanismos e soluções que se mostrem capazes de minimizar esses problemas.

O terceiro artigo, de Liliane Carvalho, Anna Melo, Mauro Serapioni e Maria Lúcia Bosi, trata da reforma psiquiátrica em contexto brasileiro por aproximação ao contexto português, e concede especial enfoque ao processo de desinstitucionalização da doença mental e à forma como este tem sido implementado, sua caracterização e impactos.

Ana Monteiro retoma, no seu artigo, a questão das migrações em associação à doença mental, prestando especial atenção ao grupo de imigrantes da Europa de Leste em Portugal. Neste contexto específico, procede a uma análise que permite evidenciar correlações estatisticamente significativas entre fatores pessoais, elementos estruturais da sociedade de acolhimento, fatores inerentes ao processo migratório e níveis de saúde mental/risco de morbilidade psiquiátrica na população inquirida no âmbito da análise.

Os três artigos seguintes, de Marta Aguilar em coautoria com José Maria Bleda (Espanha), de Pedro Lopes Ferreira (Portugal) e Mauro Serapioni (Itália), respetivamente, privilegiam, em contextos territoriais distintos, uma análise que se centra nos impactos da crise nos sistemas de saúde dos distintos países.

¹ A equipa organizadora dos ciclos de seminários, ao longo dos anos, contou com a colaboração de diversos/as investigadores/as do CES. Em 2011 foi coordenado por João Arriscado Nunes, Mauro Serapioni e Rita Serra; em 2012 por João Arriscado Nunes e Mauro Serapioni; em 2013 por Mauro Serapioni e Pedro Hespanha; e em 2014 por Ana Raquel Matos e Mauro Serapioni.

Segue-se o artigo de Rita Biancheri, no qual a autora procura evidenciar a necessidade de uma abordagem multidisciplinar dos conceitos de gênero e de saúde, sustentada por novas metodologias que privilegiem a relação dialética entre a produção de saberes e a sociedade e que se mostrem capazes de interpretar as complexas implicações teóricas e práticas que emergem desta realidade.

Encerra este volume o artigo de David Tavares, o qual privilegia uma análise dos poderes profissionais e dos processos de profissionalização no campo da saúde. Este trabalho começa por enquadrar a evolução da análise sociológica sobre as profissões, discute a especificidade do contexto da saúde e o impacto das transformações sociais nos grupos profissionais deste setor, para, posteriormente, abordar as tendências dos mais recentes processos de profissionalização a partir de investigação empírica levada a cabo pelo autor, designadamente a partir de um estudo de caso que se focou na influência da instituição escolar na construção da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia.

Resta deixar por escrito uma palavra de agradecimento a todos/as aqueles/as que tornaram esta publicação possível, mas sobretudo aos/às coorganizadores/as dos diferentes ciclos de seminários, ao longo dos últimos anos, e aos/às responsáveis pela divulgação da informação, por fazerem chegar longe a notícia de que a relação entre saúde e sociedade é um tema presente na agenda de debates do CES.

Mauro Serapioni

Ana Raquel Matos

Referências bibliográficas

Canesqui, Ana Maria (1997), *Ciência Sociais e Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco.

Nunes, Everardo Duarte (2005), “Ciências Sociais em Saúde: uma reflexão sobre sua história”, in Minayo, Maria Cecília; Coimbra, Carlos (Orgs), *Críticas e atuantes. Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 19-31.

Nunes, João Arriscado (2006), "A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas ", *Oficina do CES*, 253.

Rosenfield, Patricia (1992), “The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences”, *Social Science & Medicine*, 35 (11): 1343-1357.

Migração e saúde: principais determinantes e estratégias de ação

Sónia Dias,¹ Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa
SFDias@ihmt.unl.pt

Ana Gama,² Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa
agama@ihmt.unl.pt

Resumo: A migração internacional é considerada como um dos maiores desafios da Saúde Pública a nível mundial. Atualmente há uma reconhecida necessidade de compreensão da movimentação da população e do seu impacto na saúde, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem, quer para as próprias populações, migrantes e autóctones. Um nível elevado de saúde tem sido reconhecido como determinante fundamental para a boa integração dos migrantes nos países de destino. Neste contexto, é fundamental um melhor conhecimento dos determinantes de saúde e do estado de saúde das comunidades imigrantes. Este seminário, tendo por base a apresentação dos principais resultados obtidos em dois projetos de investigação, pretende ser um espaço de análise dos principais determinantes da saúde dos migrantes. Procura-se ainda refletir sobre políticas e estratégias de saúde integradoras e sustentadas, nomeadamente ao nível do acesso e utilização dos serviços de saúde, que produzam efeitos reais na redução de riscos e vulnerabilidades e permitam obter ganhos efetivos em saúde.

Palavras-Chave: Migração, Saúde, Determinantes de Saúde, Estratégias de Ação em Saúde.

¹ Sónia Dias é Diretora da Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística do Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL). É Membro do Laboratório Associado CMDT/IHMT. É coordenadora do Mestrado de Saúde e Desenvolvimento e membro da Comissão Científica do Doutoramento de Saúde Internacional do IHMT. Os seus interesses de investigação centram-se nas áreas da Saúde dos Migrantes, Promoção e Educação para a Saúde, Saúde Sexual e Reprodutiva e Prevenção de VIH/Sida. Tem coordenado e participado em diversos projetos de investigação e intervenção de âmbito internacional e nacional nas áreas de interesse científico. Publicou livros, vários capítulos de livros e diversos artigos em revistas científicas internacionais e nacionais.

² Ana Gama é Doutoranda em Saúde Internacional no IHMT/UNL. É Mestre em Psicologia Comunitária pelo ISPA e Licenciada em Psicologia Social e das Organizações pelo ISCTE. É Membro do Laboratório Associado CMDT/IHMT. Tem trabalhado como investigadora em vários projetos nacionais e internacionais na área da saúde dos migrantes sobre o estado de saúde, a saúde sexual e reprodutiva, o acesso e utilização de serviços de saúde, e mais recentemente na área da infeção pelo VIH sobre comportamentos de risco, práticas preventivas e utilização dos serviços de saúde de populações imigrantes e outras populações vulneráveis como os homens que fazem sexo com homens e trabalhadores sexuais. Publicou vários artigos em revistas científicas internacionais e nacionais nas referidas áreas de trabalho.

Migração e Saúde

A migração é um fenómeno global presente na realidade de grande parte dos países. Em Portugal, as últimas décadas caracterizaram-se por alterações progressivas nos movimentos migratórios. De acordo com os dados oficiais mais recentes divulgados pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, no final de 2012 a população estrangeira residente totalizava 417.042 cidadãos, maioritariamente oriundos do Brasil (25,3%), da Ucrânia (10,6%), de Cabo-Verde (10,3%), da Roménia (8,4%) e de Angola (4,9%), representando cerca de 8% do total da população residente (OECD, 2013; SEF, 2013).

As características da imigração e das próprias populações imigrantes têm vindo a modificar-se, levando a que o conhecimento das tendências migratórias e do seu impacto nos países e populações envolvidas constitua, atualmente, uma preocupação da comunidade internacional (Peiro e Benedict, 2009). Mais especificamente, a migração internacional tem sido considerada um dos maiores desafios da Saúde Pública a nível mundial, reconhecendo-se que a mobilidade das populações pode ter efeitos diretos ou indiretos na saúde da população em geral e das comunidades migrantes em particular (Jansà, 2004). Também em Portugal tem sido crescente a preocupação com esta problemática, o que se refletiu, por exemplo, na escolha do tema da Migração e Saúde como um ponto da agenda da Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia, decorrida em Lisboa em 2007.

Embora Portugal tenha registado uma evolução muito positiva em vários indicadores de saúde da população nos últimos tempos, as persistentes diferenças observadas no estado de saúde das populações têm levado a um enfoque nas populações mais desfavorecidas, em que se incluem alguns grupos de imigrantes (WHO, 2010). As desigualdades entre as populações nacionais e imigrantes ao nível do estado de saúde têm sido realçadas. Efetivamente, embora os resultados da literatura não sejam totalmente consensuais, esta indica que alguns grupos de imigrantes tendem a encontrar-se em condições de maior vulnerabilidade a diversas doenças ou problemas de saúde (Braveman e Gruskin, 2003; Dias *et al.*, 2013a; Nielsen e Krasnik, 2010; WHO, 2010).

Determinantes da saúde dos imigrantes

Atualmente há uma reconhecida necessidade de compreensão da movimentação da população e do seu impacto na saúde, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem, quer para as próprias populações, migrantes e autóctones. Um nível elevado de saúde tem sido reconhecido como determinante fundamental para a boa integração dos migrantes nos países de destino.

Os resultados de múltiplos estudos evidenciam que, de forma global, o estado de saúde é condicionado por uma rede complexa de determinantes interdependentes, nomeadamente biológicos, relacionados com comportamentos, socioeconómicos, políticos e culturais, bem como fatores relacionados com os sistemas de saúde (Davies, Basten e Frattini, 2009; Dias *et al.*, 2013b; Peiro e Benedict, 2009; WHO, 2010).

De acordo com a literatura, os problemas em saúde da população imigrante são um produto de fatores sociais e ambientais, nomeadamente das condições de alojamento e trabalho, segurança, situação familiar, fraca integração, barreiras culturais e linguísticas, discriminação e estigmatização (Fernandes e Pereira Miguel, 2007). Também o contexto de pobreza, de exclusão social, de falta de oportunidades e de limitado acesso aos serviços de saúde aumentam os riscos e as suscetibilidades e contribuem de forma determinante para o estado deficitário da saúde dos indivíduos (Braveman e Gruskin, 2003; UNFPA, 2006).

Na chegada a um novo país, os imigrantes enfrentam um ambiente totalmente novo ao nível da cultura, dos sistemas legais, das condições climáticas, dos hábitos alimentares, das crenças e das práticas. Assim, o processo de adaptação a novas condições de trabalho, habitação, ambientação a novas culturas e até, por vezes, a novas línguas, pode criar situações de maior vulnerabilidade em saúde (Carballo, Divino e Zeric, 1998). Por exemplo, um estudo realizado em Portugal com grupos focais de mulheres imigrantes africanas e brasileiras sobre saúde sexual e reprodutiva revelou que muitas vezes as populações imigrantes encontram dificuldades no país de acolhimento inerentes à própria situação de imigrante, como condições precárias de vida e de emprego, situações de discriminação e o stress associado a estas experiências (Dias e Rocha, 2009). Como relatado pelas participantes, este contexto afeta a saúde individual, tornando as mulheres imigrantes particularmente vulneráveis durante o período de gravidez e pós-parto, com implicações para a saúde da mãe e do bebé (*Ibid.*).

A associação entre imigração e vulnerabilidade em saúde está também fortemente relacionada com dificuldades no acesso e utilização dos serviços de saúde (Gonçalves *et al.*, 2003; WHO, 2010). O acesso e a utilização dos serviços pelos imigrantes são aspetos importantes para a diminuição da morbilidade nestas populações e, em última análise, para a boa integração no país de acolhimento (Ingleby *et al.*, 2005; Kristiansen, Mygind e Krasnik, 2007).

Em Portugal, o direito à saúde de todos os cidadãos está consagrado na Constituição da República Portuguesa e, desde 2001, assume-se o princípio do acesso universal aos cuidados de saúde por parte dos imigrantes, independentemente do seu estatuto administrativo (Despacho n.º 25.360/2001, Diário da República, II Série, n.º 286, de 12 de Dezembro de 2001). Apesar do reconhecimento do direito à saúde como um direito fundamental de todos os indivíduos, constata-se que, em Portugal e em vários outros países desenvolvidos recetores de imigrantes, estas populações tendem muitas vezes a não beneficiar de todos os serviços de saúde disponíveis e a não serem efetivamente abrangidas pelos sistemas de saúde ao nível da prevenção e tratamento da doença e promoção e proteção da saúde (Quan *et al.*, 2006; WHO, 2010). Vários estudos indicam que, quando comparados com a população autóctone, alguns grupos da população imigrante apresentam menores índices de utilização dos serviços de saúde (Norredam *et al.*, 2004; Quan *et al.*, 2006). Num estudo desenvolvido pela nossa equipa, com uma população de 1375 imigrantes residentes em Lisboa constatou-se que mais de 20% da amostra referiu nunca ter utilizado os serviços de saúde. Dos que já tinham utilizado, 33% referiu que o primeiro serviço de saúde que utilizou em Portugal foram as urgências hospitalares (Dias *et al.*, 2011). Num contexto de subutilização de serviços, os cuidados de saúde tendem a ser prestados tardiamente, com potencial impacto na eficácia dos tratamentos realizados, nos custos dos cuidados prestados e na satisfação dos utentes. Em várias situações, os imigrantes tendem a recorrer à automedicação, a pessoal não especializado da comunidade ou à medicina tradicional, o que pode remeter para situações de risco potencial para a sua saúde (Gonçalves *et al.*, 2003).

Na verdade, constata-se que o acesso e utilização dos serviços pelas populações imigrantes são, muitas vezes, dificultados pela presença de barreiras de ordem legislativa, estrutural, organizativa, económica, cultural e linguística (Scheppers *et al.*, 2006; Dias *et al.*, 2008; Machado *et al.*, 2006).

Atualmente, reconhece-se que a utilização dos serviços de saúde resulta da interação entre as características do indivíduo, dos profissionais de saúde e do sistema de saúde (Dutton, 1986). Com vista a aprofundar o conhecimento sobre estes diferentes fatores, têm vindo a ser desenvolvidos estudos quer com as comunidades imigrantes, quer com os próprios profissionais de saúde (Gonçalves *et al.*, 2003; Leduc e Proulx, 2004; Scheppers *et al.*, 2006).

Ao nível do indivíduo, um estudo recentemente conduzido pela nossa equipa revelou que nunca ter utilizado os serviços de saúde foi mais frequente entre os homens, os imigrantes provenientes de países da Europa de Leste e os que têm estatuto irregular de imigração (Dias *et al.*, 2011). Outros estudos salientam a influência de fatores ao nível da relação entre profissional de saúde e utente, nomeadamente a falta de formação e capacitação dos profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural (Dias *et al.*, 2012) e as atitudes negativas dos profissionais face aos imigrantes (Durieux *et al.*, 2004), e de fatores ao nível dos serviços de saúde como os procedimentos burocráticos, o custo e os horários (Dias *et al.*, 2008; Jones, Cason e Bond, 2002). Ainda sobre estas questões refere-se outro estudo qualitativo desenvolvido pela nossa equipa sobre a saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes Africanas e Brasileiras a residir em Portugal (Dias e Rocha, 2009). Entre outros aspetos foi interessante verificar que as participantes apontaram como barreiras no acesso e utilização dos serviços: dificuldades no relacionamento com os profissionais de saúde, a falta de sensibilidade de alguns profissionais relativamente à sua condição de imigrante, e os estereótipos e situações de discriminação nos serviços de saúde. Neste contexto foi possível perceber que as más experiências vividas nos serviços de saúde levam muitas vezes à sua não utilização.

Estratégias de ação para a melhoria do estado de saúde da população imigrante

De forma resumida, a um nível macro, o contexto socioeconómico e cultural do país de acolhimento e as políticas de integração e de saúde vigentes podem ter um papel preponderante na redução das desigualdades e promoção da saúde das populações imigrantes ao contribuírem para garantir bens, serviços e ambientes saudáveis (WHO, 2008).

Adicionalmente, a intervenção ao nível dos determinantes sociais da saúde é das estratégias mais cruciais para combater as iniquidades em saúde e obter ganhos em saúde nas populações (Marmot, 2007). Embora esta intervenção seja da responsabilidade conjunta de vários sectores, os sistemas de saúde podem constituir um importante contributo (Buss e Pellegrini Filho, 2007). Dada a crescente intensidade dos fluxos migratórios, a heterogeneidade das populações imigrantes, a sua importância demográfica e a evidência das suas necessidades em saúde, a gestão da saúde e promoção do bem-estar destas comunidades implicam que os sistemas de saúde respondam adequadamente aos diversos desafios que o fenómeno migratório coloca, nomeadamente no que se refere à disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços prestados (WHO, 2010). De facto, a migração internacional coloca diversos desafios aos sistemas de saúde ao implicar uma maior adequação de forma a responderem eficazmente às necessidades de populações específicas, em particular na prevenção e melhoria da saúde no contexto da diversidade cultural. Neste contexto tem sido dado destaque a estratégias que contribuam para reduzir as barreiras no acesso das populações imigrantes aos serviços de saúde, nomeadamente ao nível dos fatores relacionados com a condição de imigrante, como o estatuto de imigração ou o desconhecimento sobre os serviços de saúde disponíveis, com os profissionais de saúde em termos de dificuldades na comunicação e relação profissional-utente, e com os próprios serviços. No que respeita aos serviços e profissionais de saúde, estes devem estar capacitados para lidar com a diversidade cultural, adotando uma abordagem que apoie os indivíduos e comunidades imigrantes na satisfação das suas necessidades para uma vida saudável. A promoção da acessibilidade dos serviços passa igualmente por ajustar as condições das suas infraestruturas e funcionamento,

como o alargamento dos horários de atendimento para serem compatíveis com os horários de trabalho dos utentes, a abrangência dos cuidados de saúde prestados nos serviços e a sua localização e aproximação às comunidades, entre outros. Os serviços de saúde devem também constituir-se como intermediários, fazendo a ponte com os sectores social, político, económico e ambiental.

Simultaneamente, a prestação de serviços deve contemplar a participação das comunidades e a cooperação entre organizações e serviços comunitários, em particular os de ação social, educação e associações de imigrantes que trabalham em proximidade com estas populações. O envolvimento e participação ativa da população imigrante na definição de estratégias locais e nacionais de saúde pode também contribuir para o seu *empowerment* e capacitação como agentes promotores do acesso e da utilização dos serviços e da obtenção de ganhos em saúde.

Referências bibliográficas

Braveman, Paula; Gruskin, Sofia (2003), “Poverty, equity, human rights and health”, *Bulletin of the World Health Organization*, 81(7), 539-545.

Buss, Paulo Marchiori; Pellegrini Filho, Alberto (2007), “A Saúde e seus Determinantes Sociais”, *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93.

Carballo, Manuel; Divino, Jose Julio; Zeric, Damir (1998), “Migration and health in the European Union”, *Tropical Medicine & International Health*, 3(12), 936-944.

Davies, Anita; Basten, Anna; Frattini, Chiara (2009), *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants [Background Paper]*. Geneva: IOM Immigration Health Department.

Dias, Sónia; Rocha, Cristianne Famer (2009), *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras: Um Estudo Qualitativo*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.

Dias, Sónia; Gama, Ana; Cargaleiro, Helena; Martins, Maria Oliveira (2012), “Health workers' attitudes toward immigrant patients: a survey in primary health care services”. *Human Resources for Health*, 10(1), 14.

Dias, Sónia; Gama, Ana; Cortes, Maria; Sousa, Bruno (2011), “Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal”. *Health and Social Care in the Community*, 19(5), 514-521.

Dias, Sónia; Gama, Ana; Martins, Maria Oliveira (2013a), “Health status and preventative behaviors of immigrants by gender and origin: A Portuguese cross-sectional study”, *Nursing and Health Sciences*, 15, 309-317.

Dias, Sónia; Gama, Ana; Martins, Maria Oliveira (2013b), “Migration and health: what are the challenges to improving health outcomes of immigrant populations?”, in Huynh Truong Huy (ed.), *Migration: Practices, Challenges and Impact*. Nova Iorque: Nova Science Publishers Inc., 137-153.

Dias, Sónia; Severo, Milton; Barros, Henrique (2008), “Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal”, *BMC Health Services Research*, 8, 207.

Durieux, Pierre; Bissery, Alvine; Dubois, Sylvie; Gasquet, Isabelle; Coste, Joël (2004), “Comparison of health care professionals’ self-assessments of standards of care and patients’ opinions on the care they received in hospital: observational study”, *Quality and Safety in Health Care*, 13(3), 198-202.

Dutton, Diana (1986), “Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization”, *Social Science & Medicine*, 23(7), 721-735.

Fernandes, Ana; Pereira Miguel, José (2007), *Health and Migration in the EU: Better Health for All in an Inclusive Society*. Conference on Health and Migration in the EU. Lisbon, Portugal, 27-28 setembro.

Gonçalves, Aldina; Dias, Sónia; Luck, Margareth; Fernandes, Maria Jesus; Cabral, Jorge (2003), “Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(1), 55-64.

Ingleby, David; Chimienti, Milena; Hatziprokopiou, Panos; Ormond, Meghann; Freitas, Cláudia (2005), *The Role of Health in Integration. Social Integration and Mobility: Education, Housing and Health – IMISCOE Cluster B5, State of the Art Report, n.º 67*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos/Estudos para o Planeamento Regional e Urbano.

Jansà, Josep (2004), “Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos”, *Gaceta Sanitaria*, 18 (Suppl), 207-213.

Jones, Mary Elaine; Cason, Carolyn; Bond, Mary Lou (2002), “Access to preventive health care: is method of payment a barrier for immigrant Hispanic women?”, *Women’s Health Issues*, 12(3), 129-137.

Kristiansen, Maria; Mygind, Anna; Krasnik, Allan (2007), “Health effects of migration”, *Danish Medical Bulletin*, 54(1), 46-47.

Leduc, Nicole; Proulx, Michelle (2004), “Patterns of health services utilization by recent immigrants”, *Journal of Immigrant Health*, 6(1), 15-27.

Machado, Maria do Céu; Santana, Paula; Carreiro, Maria Helena; Nogueira, Helena; Barroso, Maria Rosalina; Dias, Alexandra (2006), *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Bial.

Marmot, Michael (2007), “Achieving health equity: from root causes to fair outcomes”, *The Lancet*, 370(9593), 1153-1163.

Nielsen, Signe Smith; Krasnik, Allan (2010), “Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review”, *International Journal of Public Health*, 55(5), 357-371.

Norredam, Marie; Krasnik, Allan; Sorensen, Tine Moller; Keiding, Niels; Michaelsen, Jette Joost; Nielsen, Anette Sonne (2004), “Emergency room utilization in Copenhagen: a

comparison of immigrant groups and Danish-born residents”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(1), 53-59.

OECD (2013), *International Migration Outlook 2013*. Paris: OECD Publishing.

Peiro, Maria José; Benedict, Roumyana (2009), *Migration Health: Better Health for All in Europe*. Bruxelas: International Organization for Migration.

Quan, Hude; Fong, Andrew; De Coster, Carolyn; Wang, Jianli; Musto, Richard; Noseworthy, Tom; Ghali, William (2006), “Variation in health services utilization among ethnic populations”, *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 787-791.

Scheppers, Emmanuel; van Dongen, Els; Dekker, Jos; Geertzen, Jan; Dekker, Joost (2006), “Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review”, *Family Practice*, 23(3), 325-348.

SEF (2013), *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo - 2012*. Lisboa: SEF.

UNFPA (2006), *State of the world population 2006: A passage to hope*. Nova York: UNFPA.

WHO (2008), *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de saúde primários agora mais que nunca*. Genebra: WHO.

WHO (2010), *Health of Migrants: The Way Forward. Report of a Global Consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010*. Genebra: WHO.

Complexidade, incertezas e vulnerabilidades em áreas contaminadas habitadas no Brasil e em Portugal¹

Lúcia Fernandes,² Pós doutoranda SOCIUS - Centro de Estudos Sociais
luciaof@gmail.com

Resumo: A contaminação química em áreas habitadas faz emergir questões relacionadas com a qualidade do ambiente e com a saúde das populações, como a poluição do solo, do ar e dos recursos hídricos, a contaminação dos alimentos e dos animais cultivados em ambiente poluído, a contaminação do leite materno, bem como questões sociais, como os conflitos pelo uso do solo, a desigualdade social e a violência. O setor químico, que teve grande ampliação de produção e viu aumentar a utilização de químicos sintéticos nos bens originou a "cultura do tóxico". Neste contexto, acentuaram-se as incertezas e a complexidade das ameaças existentes em relação ao ambiente e à saúde das pessoas, agora presentes de forma marcante no quotidiano da sociedade em geral, dos locais de habitação aos de lazer e de trabalho. São discutidos, neste texto, os resultados de estudos de caso de contaminação química em dois locais: Estarreja, em Portugal, e Cidade dos Meninos, no Brasil. A análise focou os problemas destas comunidades específicas, impactadas pela contaminação química, e as ações (ou sua ausência) das instituições responsáveis, direta ou indiretamente, por implementar soluções ou por criar mecanismos de minimização desses problemas.

Palavras-chave: Incertezas, Complexidade, Vulnerabilidades, Risco, Contaminação.

Enquadramento

Ao longo de todo século XX registaram-se inovações técnico-científicas e descobriram-se novas tecnologias e produtos que trouxeram benefícios para a sociedade como, por exemplo, o enfrentamento de doenças infecciosas e crónicas relacionadas com parcas condições de higiene e com situações de desnutrição. Esse processo caracteriza-se pelo esforço em prolongar a esperança de vida das populações e em conferir-lhes uma vida de maior conforto,

¹ O seminário realizado dia 17 de janeiro de 2012 apresentou os principais resultados da investigação desenvolvida no âmbito da minha tese de doutoramento em Sociologia (Fernandes, 2011), realizada no Programa de doutoramento CES/FEUC, "Governação, Conhecimento e Inovação" (através de uma cooperação entre o Centro de Estudos Sociais e o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, da FIOCRUZ, a qual foi concluída em fevereiro de 2011).

² Pós doutoranda em Sociologia, num projeto conjunto entre o SOCIUS (Universidade de Lisboa) e o Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. O seu projeto aborda as novas experiências de sustentabilidade em Portugal (transição, permacultura, eco-aldeias, decrescimento) como modelos de sociedade alternativa. É doutorada em Sociologia pela Universidade de Coimbra, Mestre em Ciências Sociais, especialidade Políticas do Ambiente, pela Universidade de Aveiro e Licenciada em Engenharia Química. Tem realizado investigação e publicado na área interdisciplinar de Saúde Ambiental e Sociologia.

mas é também uma forma de incrementar e sustentar o modelo de produção e consumo em vigor. Este modelo apoia-se em formas de desenvolvimento social e económico intensivas no uso e na disseminação de produtos que contêm substâncias com indícios de serem ou tóxicas para a saúde e o ambiente e/ou sujeitas a poucos e limitados testes de segurança quanto à sua aplicação, mas também na existência de uma regulação desigual do uso destas substâncias entre países e regiões (Hofrichter, 2000). Dados dos anos 1980 mostram que somente entre 1,5 e 3% dos químicos sintéticos tinham uma avaliação de danos à saúde (Steingraber, 1998).³ No mercado europeu, 99% das 90 mil substâncias químicas que eram comercializadas ou utilizadas como matéria-prima para processos de produção não tinham informações suficientes sobre os seus efeitos, usos e formas seguras de manipulação. Dentro das substâncias comercializadas em maior quantidade, 3% tinham uma boa avaliação de risco,⁴ 11% uma avaliação considerada mínima, 65% menos avaliação do que a mínima e 21% não tinham avaliação nenhuma (Comissão Europeia, 2014).

O setor químico cresceu (em termos de produção e comércio) do valor de US\$171 bilhões em 1970 para US\$4.12 trilhões em 2010, e as vendas anuais globais duplicaram entre 2000 e 2009 (UNEP, 2012). A ampliação da produção e uso dos químicos e a promoção da chamada "cultura do tóxico" (Hofrichter, 2000) acentuou as incertezas⁵ e a complexidade das ameaças ao ambiente e à saúde das pessoas. Essas ameaças passaram a estar presentes de uma forma marcante no quotidiano de todos, nos locais de habitação, lazer e trabalho. Passou a haver uma maior dificuldade de previsão das consequências possíveis de um desastre industrial e/ou ambiental, já que as ameaças podem ser dilatadas no tempo, por exemplo, através da mutagenese, ou no espaço, por exemplo, decorrentes de dinâmicas globais, e também pela existência de variadas incertezas (Freitas *et al.*, 2000).

O conceito de risco apresenta-se insuficiente para pensar essas consequências. O conceito de vulnerabilidade social⁶ surge como uma categoria empírica e uma ferramenta operacional nos processos de decisão (Porto, 2012) para a identificação e caracterização de diferenças na exposição a riscos e a incertezas, permitindo relacioná-los com fatores como as condições de vida das populações, o acesso à informação ou a atuação das instituições responsáveis.

A forma como a saúde é tratada na definição e na abordagem dos problemas ambientais é um aspeto pouco discutido. A interação dos processos heterogéneos que contribuem para a constituição da saúde e o ciclo geração/exposição/efeitos não são analisados de forma ampla nas avaliações dos processos de saúde-doença relacionados com as substâncias químicas tóxicas (*Ibid.*). É importante ter em conta que as doenças causadas por exposição química têm características específicas, sendo denominadas por *insidious injuries* (Brown e Mikkelsen, 1997). Por exemplo, a ligação existente entre os sintomas das doenças e as suas causas é

³ Análise realizada quando a nova legislação europeia de regulação dos químicos entrou em vigor (Fernandes, 2009).

⁴ Avaliação do risco ambiental, à saúde e à segurança industrial.

⁵ Três aspetos são centrais na definição e discussão das incertezas: o limite dos dados existentes sobre a toxicidade das diferentes substâncias, o limite do saber científico para elaborar uma descrição da complexidade da realidade e a influência de opções individuais dos cientistas e técnicos por certas metodologias no decorrer da identificação e da escolha de soluções para um problema. As incertezas podem ser de vários tipos e são um tema abordado por diversos autores (para maior aprofundamento sobre o tema ver Fernandes, 2011).

⁶ O conceito de vulnerabilidade designa tanto os processos responsáveis, quanto as características das populações e regiões que enfrentam as maiores dificuldades em absorver os impactes decorrentes de diferentes eventos de risco, que podem ou não ser responsáveis por desastres (Winchester, 1992) e que se divide em dois sub conceitos: vulnerabilidade populacional e vulnerabilidade institucional (Porto e Fernandes, 2006).

obscura, com sintomatologias mal definidas ou consideradas benignas mas que, com o passar do tempo, podem se tornar graves e podem não atingir toda a população, a ocorrência das doenças é dispersa e podem só aparecer após um longo período.

Outra questão importante de ressaltar é que a ciência utilizada para a produção de conhecimento no domínio da decisão ambiental está baseada em paradigmas restritos e em áreas de atuação bem definidas, não havendo espaço para o diálogo de conhecimentos e a consideração de que todos os conhecimentos são saberes situados (Haraway, 1988). A coprodução de conhecimento, uma articulação entre a ciência e a sociedade, valorizando o diálogo entre os diferentes saberes na construção de um conhecimento sobre um problema (Jasanoff, 2010), não acontece. Os formatos dos processos de decisão tentam promover a separação completa entre os factos e os valores, consagrando, assim, o princípio da dupla delegação (Callon, 2001), com a conseqüente separação entre as competências dos cientistas e técnicos e as dos responsáveis políticos e administrativos e a exclusão dos cidadãos, tanto no processo de avaliação das ameaças que os podem afetar, como das decisões sobre as respostas necessárias.

Investigação: breves considerações sobre a metodologia e o trabalho de campo

A metodologia de trabalho considerou o processo de investigação, incluindo os problemas e os seus objetivos, como um processo dinâmico, em continuada reconfiguração através da experiência da investigação no terreno. Em toda a investigação a partilha de informações, saberes e visões foi muito importante.

A estratégia utilizada foi o acompanhamento presencial e documental das ações desenvolvidas pelas populações e pelas instituições públicas e privadas relacionadas com a contaminação. A coleta e análise de documentos, a análise de material de imprensa, as entrevistas, os depoimentos, os *focus groups*⁷ e a observação foram as técnicas de investigação utilizadas.

A realização da investigação colocou em tensão a minha posição de investigadora e a obrigação de solidariedade para com os problemas que afetavam as populações. Não foi possível estabelecer uma posição de neutralidade perante esse quadro. A prática de uma ciência sensível, aberta a dialogar, solidária com os afetados e que tenta incorporar a luta pelo direito à vida, à saúde e à liberdade nas suas discussões (Porto, 2012) foi a forma de procurar responder ao difícil desafio de ser objetiva sem ser neutra, de ser rigorosa sem deixar de ser solidária, de assumir o papel de investigadora sem renunciar aos compromissos enquanto ativista ambiental.

A análise focou-se sobre os problemas de comunidades específicas impactadas pela contaminação e sobre as ações (ou ausência de ações) das instituições responsáveis direta ou indiretamente por implementar soluções ou criar mecanismos de minimização desses problemas. Os dois casos escolhidos para estudo foram o de Estarreja, na Região Centro de Portugal, e o de Cidade dos Meninos, no Estado do Rio de Janeiro, no Brasil. A abordagem

⁷ Esta metodologia só foi utilizada no caso brasileiro e com a população impactada por limitações encontradas no terreno português e no grupo de atores institucionais brasileiros.

conceitual e teórica do trabalho procurou, por um lado, respeitar a especificidade dos casos estudados e, por outro, realizar uma abordagem integrada, de modo a relacionar os processos que costumam ser atribuídos aos domínios do "ambiente", da "saúde", do "social", do "económico", do "político" e da "justiça". A complexidade das questões em jogo, as incertezas presentes e as vulnerabilidades sociais existentes foram as três categorias fundamentais utilizadas. Outros eixos conceituais foram analisados, tais como o formato de decisão utilizado, a relação entre a produção de conhecimento, as decisões e a participação dos afetados e o diálogo entre as diferentes formas de saber.

Casos de estudo⁸

O Complexo Químico de Estarreja (CQE) estabeleceu-se na lógica do II Plano Nacional de Fomento (1959), que tinha objetivos de substituição de importações e criação de produção própria, com base em indústrias de base como a química, e aproveitamento de energia.⁹ O Estado optou por investir na produção de adubos para o abastecimento da agricultura, que é uma produção intensiva em energia, para atender às necessidades da chamada revolução verde.¹⁰

O CQE é considerado como o 3º polo mais importante da indústria química no país, contando com cinco indústrias maiores, algumas multinacionais, como a Dow Chemical, a Air Liquide, empresas com capital estrangeiro, como a Cires e empresas originalmente públicas, como a Quimigal, atualmente CUF, pertencente atualmente ao Grupo Mello. Em 2001, o CQE era a quarta atividade em termos de criação de emprego local, apesar de entre 1991 e 2001 ter havido uma abrupta diminuição de postos de trabalho, passando de 24,4% para 11%. O município de Estarreja integra uma área urbana, o CQE, e uma área rural, onde há atividade agrícola e de pastoreio.

A indústria poluiu muito o local no passado. Até aos anos 1990, os resíduos das indústrias eram destinados a valas a céu aberto, as quais atravessam os campos agrícolas e pastagens e desaguavam numa pequena lagoa.¹¹

Além disso, três mil toneladas de resíduos industriais contendo, por exemplo, mercúrio e arsénico estavam a céu aberto até 2005, quando um aterro para resíduos industriais foi construído no local. Até aos dias de hoje permanecem locais de disposição de resíduos a céu aberto, sem nenhuma sinalização ou vedação, considerados não perigosos. Atualmente, as atividades do CQE oferecem riscos para saúde e o ambiente pela contaminação existente, apesar de a área não ser classificada como contaminada, e também pela utilização de substâncias químicas perigosas. Existem alguns estudos que diagnosticaram aspetos do problema de poluição ambiental, mas não há um diagnóstico global da contaminação e dos riscos colocados pela atividade industrial, existindo uma ausência de informação sobre a

⁸ Todas as informações sobre os casos foram retiradas de Fernandes (2011).

⁹ Com o fim da Segunda Grande Guerra, foram construídas barragens, atendendo à preocupação existente sobre a necessidade de aumento da produção de energia e havia mais excedentes de energia disponíveis e a necessidade de os consumir para viabilizar o investimento realizado.

¹⁰ Atualmente, esta linha de produção já não existe no CQE e são produzidos vários químicos, como PVC, metil-di-isocianato, poliestireno extrudido, hidrogénio, monóxido de carbono, dióxido de carbono líquido, por exemplo.

¹¹ A área faz parte do ecossistema protegido por diretiva europeia, denominado Ria de Aveiro, uma zona húmida importante, onde aves notáveis têm o seu habitat.

contaminação humana.¹² No entanto, a morte de animais, a dificuldade de plantio, o cheiro forte na água e no ar e o mal-estar de alguns cidadãos são alguns indícios de que a contaminação local gera efeitos nocivos para a saúde.

Há um posicionamento generalizado por parte dos industriais e das instituições no sentido de qualificar a poluição como decorrente das atividades do passado, naturalizada por este motivo, e, portanto, com direito a um tratamento especial. Toda a complexidade do problema e as suas incertezas têm sido, assim, desconsideradas. As instituições competentes possuem, desde longa data, informações sobre os problemas, mas não existe um plano de ação global e efetivo para se resolver de forma abrangente a situação. Até hoje, felizmente, não ocorreu nenhum grande desastre ambiental, nem nenhum acidente classificado como grave. Identificase também uma aliança entre as entidades privadas e as instituições públicas, que contribui para caracterizar uma situação de vulnerabilidade institucional, já que as instituições não estão cumprindo o seu papel de fiscalização e controle das ameaças existentes.

Há também uma situação de diluição dos riscos, caracterizando os problemas como dispersos e de baixa intensidade, o que ajuda a manter a ideia de que não há grandes impactos da contaminação constante e persistente, e que os pequenos problemas são resolvidos pela indústria, com ajuda da câmara municipal, principalmente, e de outras instituições, em tempo útil e satisfatoriamente. A ênfase fica, assim, colocada nos benefícios da atividade da indústria, considerada única opção para a economia local, e que não aparece como causa ou origem dos problemas.

As cinco principais indústrias¹³ aderiram à iniciativa “atuação responsável”¹⁴ e formaram em 2001 um painel consultivo constituído pelas indústrias e instituições locais, incluindo duas associações de cidadãos.¹⁵ Discutem-se neste fórum questões relacionadas ao ambiente e à segurança, mas quase nenhum aspeto da contaminação local e das incertezas dos riscos colocados pelas atividades industriais é abordada, o que demonstra que é um espaço destinado a melhorar a aceitação sobre a presença e a atividade desenvolvida pelas indústrias.

Em reunião do painel consultivo foram apresentadas reclamações de alguns cidadãos sobre a qualidade da água dos seus poços. Pertencem a uma comunidade de cerca de 70 pessoas, pertencente a uma freguesia de Estarreja, Póvoa de Baixo, que se localiza numa área baixa, para onde as águas escoam e se acumulam e, portanto, para onde correm também as águas contaminadas. Muitas pessoas têm a conta de água de fornecimento externo paga pelas indústrias, já que não podem mais utilizar os seus próprios poços devido a sua contaminação.

A comunidade de Estarreja não se encontra organizada. As duas associações locais têm características específicas: uma delas aborda questões mais relacionadas ao lazer e ao desporto e a outra, apesar de ter um histórico de atuação na área ambiental, está pouco ativa desde 2000. A exposição dos cidadãos a uma contaminação permanente e crónica não leva a uma reação de protesto, indignação e reivindicação dos seus direitos, o que revelou aspetos da vulnerabilidade desta comunidade. Apenas houve lugar para reivindicações individuais do

¹² Apenas foi realizado um estudo em 2005 sobre os casos de linfoma na região, que não teve continuidade nem ganhou visibilidade.

¹³ Dow Chemical, Cires, Air Liquide, CUF e Aliada Química de Portugal.

¹⁴ Esta iniciativa tem um sistema de adesão voluntária da indústria química mundial e visa melhorar o desempenho das empresas nas áreas de ambiente, saúde e segurança. Surgiu no Canadá, pouco tempo depois do acidente químico de Bophal, na Índia, em 1985.

¹⁵ A Associação Cegonha e a Associação de Moradores da Urbanização da Póvoa de Baixo (AMUPB).

direito à água própria para consumo e de compensações monetárias. A dependência econômica em relação às empresas é um fator importante para explicar a falta de mobilização coletiva local.

O caso de estudo brasileiro, denominado Cidade dos Meninos, localiza-se numa área rural do Estado do Rio de Janeiro. Nos anos 1920, a área era um abrigo para menores desfavorecidos, parte de um projeto privado, daí a origem do seu nome. Com o fim do Estado Novo, nos anos 1940, o terreno foi incorporado no patrimônio do Estado. Poucos anos depois, alguns pavilhões desta instituição foram utilizados para instalar uma fábrica para a produção de pesticidas¹⁶ para a erradicação de doenças endêmicas pelo então Ministério da Educação e Saúde. Ao desativar a infraestrutura (meados dos anos 1950), foram deixadas grandes quantidades de produtos tóxicos abandonados no local,¹⁷ que foram manipulados de forma livre por cidadãos.

Mesmo depois de mais de vinte anos de denunciada a situação da contaminação (1988) e da abertura de vários processos judiciais (abertos por grupo de cidadãos ou pelo Ministério Público Federal), a área continua a ser habitada e residem lá mais de 1500 pessoas: antigos funcionários da fábrica e abrigo, suas famílias até à terceira geração, e pessoas que vieram para a área quando o abrigo encerrou e as notícias sobre a contaminação se tornaram públicas (os media promoveram a ideia de que as indemnizações iriam ser pagas a todos que lá viviam).

Há um foco principal de contaminação, onde se localizava a antiga fábrica, já demolida, e outros focos considerados secundários, chamados assim pela sua menor concentração de produto, como a única estrada que faz a ligação rodoviária do local ou terrenos onde foram utilizados os produtos para combate de pragas domésticas ou conserto de buracos na referida estrada. A via da exposição através da poeira da estrada, que não tem alcatrão, é diária e problemática, bem como a via da cadeia alimentar (há criação de animais e agricultura no local e comercialização do que é produzido).

Instituições de vários níveis, municipal (local), estadual (regional) e federal (nacional), e as instâncias judicial, executiva e legislativa têm responsabilidades diferenciadas e conflituosas sobre o caso. Foram tomadas algumas medidas emergenciais quando a contaminação foi deflagrada, como remoção do produto que estava sob o solo, isolamento do foco principal e remoção de dez famílias que viviam muito perto dos locais com maior concentração de produtos tóxicos. Um termo de ajuste de conduta foi assinado por várias instituições competentes, mas não foi cumprido o estabelecido em termos de diagnóstico do problema de contaminação ambiental e humana e ações concretas para sua resolução. Vários fóruns institucionais (grupos de trabalho e comités técnicos) para a tentativa de resolução ou minimização do problema existiram e alguns ainda existem, mas não houve nenhum com participação da população e não foram bem-sucedidos na proposição e implementação de medidas para resolver o problema ou parte dele.

A contaminação ambiental é o foco das ações de diagnóstico. A saúde não é considerada como uma área de intervenção fundamental. Existem estudos que apontam para a contaminação do solo, da poeira domiciliar, de alguns dos alimentos cultivados, do leite produzido, da pastagem e da água. Há vários grupos potencialmente impactados pela

¹⁶ Produção de pesticidas (HCH) e manipulação de outras substâncias (como o DDT).

¹⁷ Há estimativas que apontam para as 400 toneladas (REF).

contaminação, mas as ações de acompanhamento do estado de saúde só são realizadas para o grupo dos antigos funcionários da fábrica e do abrigo de menores. Outros grupos não são sequer considerados como potenciais impactados pela contaminação, como é o caso dos que chegaram depois de o problema ser divulgado pelos media, os que vivem em urbanizações vizinhas, ou o motorista de autocarro que passa todos os dias pela estrada contaminada. Estas ações são pouco sistemáticas e transparentes, utilizando-se uma visão de saúde restrita ao fator doença e uma metodologia que não considera a complexidade e as incertezas presentes e as vulnerabilidades dos seus potenciais impactados. Alguns estudos realizados foram invalidados e os seus resultados não são públicos. Outros foram estruturados de forma que o conhecimento anterior sobre o problema de contaminação humana não fosse incorporado. O cheiro forte na estrada, os casos de deformações fetais e de câncer não foram utilizados como indícios da existência de efeitos presentes da contaminação, não havendo incorporação dos saberes locais sobre o problema.

Só há uma associação de cidadãos¹⁸ que atua sobre a questão. É a única organização de cidadãos que acompanha o problema de forma permanente. Tem origem na associação de funcionários do antigo abrigo de menores, que defendia os seus direitos e interesses de propriedade. Com a extinção dessa instituição, foi desaparecendo o interesse na ação comum e a contaminação não se tornou o foco permanente das suas ações, que se concentraram em momentos específicos, quando da divulgação (ou não divulgação) de estudos, ou para a reivindicação da divulgação destes, apresentação de medidas a serem implementadas e resultados de etapas dos processos judiciais.

Considerações finais

O amplo leque de atores sociais e instituições com diferentes competências, atividades relacionadas aos diferentes setores (ambiente, saúde, agricultura, justiça, por exemplo) e as relações entre eles são aspetos da configuração complexa da contaminação química das áreas habitadas. As *incertezas* relacionadas à definição do grau, da extensão de contaminação e dos efeitos dos químicos sobre o ambiente e a saúde das populações atingidas são ilustrativas das *incertezas* inerentes a estes processos e ao conhecimento produzido sobre eles.

A contaminação química em áreas habitadas faz emergir questões que estão relacionadas à qualidade do ambiente e à saúde das populações, como a poluição do solo, do ar e dos recursos hídricos, a contaminação dos alimentos e dos animais cultivados em ambiente poluído, a contaminação do leite materno, como também questões sociais, como os conflitos pelo uso do solo, a desigualdade social e a violência. Sublinhe-se, por último, que as populações atingidas não estão, em geral, organizadas para reivindicar os seus direitos a um ambiente limpo e a uma vida saudável, o que aumenta consideravelmente a sua vulnerabilidade frente aos potenciais impactes negativos de atividades produtivas.

A análise integrada dos dois casos permitiu identificar alguns aspetos comuns, mas também algumas diferenças. O tema da contaminação ambiental em Cidade dos Meninos é reconhecido por todos os atores, de maneira diferente do caso de Estarreja, onde não é dado protagonismo à contaminação e seus efeitos, pelo contrário, a mesma é silenciada. A

¹⁸ Associação de Moradores e Amigos de Cidade dos Meninos (AMACM).

complexidade de ambos os casos está ligada ao fato de nos dois locais haver populações com um vínculo antigo ao lugar, um sentimento de pertença e enraizamento, em diferentes sistemas: simbólicos, históricos e culturais. A produção de conhecimentos nos dois casos foi baseada na ciência normal, sem abertura para um diálogo de saberes, e baseado na lógica da dupla delegação (Callon *et al.*, 2001), com divisão das funções entre os cientistas e técnicos, de um lado, e os responsáveis políticos e administrativos, do outro, e a exclusão dos cidadãos tanto no processo de avaliação das ameaças que os podem afetar como das decisões sobre as respostas necessárias. Os pareceres técnico-científicos produzidos situaram-se, na sua maioria, na área do ambiente e foram utilizados no sentido da produção de uma prova de existência ou de não relevância dos problemas. A área da saúde é abordada de forma diferente: em Portugal é desconsiderada como elemento central para análise da contaminação e em Cidade dos Meninos é considerada periférica, com realização de ações de caráter assistencial. Nos dois casos, o Estado apoia as suas ações nos impactos quantificáveis dos problemas, e as suas instituições apresentam vulnerabilidades institucionais diferenciadas. Há semelhanças, relacionadas à deficiência das políticas públicas sobre as áreas contaminadas, à atuação de comités e fóruns de discussão existentes, às atividades de fiscalização do cumprimento das medidas e ações previstas e, quando é o caso, à investigação de uma atuação inadequada. Os cidadãos que habitam nestas áreas são detentores de um saber local, situado num contexto, espaço e tempo específico que não tem sido valorizado, concedendo-se prioridade aos saberes técnico-científicos. A passagem da ação individual à ação de cidadania não se concretizou na medida em que a articulação das questões de ambiente e de saúde com questões de luta política por direitos e cidadania, não teve lugar, e estiveram ausentes articulações significativas dos movimentos locais com os movimentos globais através de ações em rede.

Foi possível identificar algumas dinâmicas gerais que reforçam a vulnerabilidade social nos dois contextos de contaminação química, tais como as formas de organização do Estado e das instituições e as estratégias ou efeitos de ocultação das condições que afetam as populações, conduzindo à invisibilização das incertezas. Os fóruns de discussão, como os painéis consultivos e grupos de trabalho não se constituíram em verdadeiros fóruns híbridos (Callon *et al.*, 2001), isto é, em espaços de confrontação, de diálogo e de composição entre diferentes atores, posições, saberes e racionalidades, revelando-se apenas uma forma de legitimação de decisões que são tomadas noutros lugares, reafirmando injustiças e desigualdades.

As experiências quotidianas dos cidadãos, em Estarreja – a morte de animais, a dificuldade de plantio, o cheiro forte na água e no ar ou o mal-estar físico de pessoas e, em Cidade dos Meninos, o cheiro forte na estrada, os casos de deformações fetais e abortos espontâneos, os casos de perda de olfato, de alergias, de doenças neurológicas e de cancro – fornecem indicações fortes de que a contaminação química gera consequências graves para a saúde de seres humanos, de animais e de ecossistemas. Esses problemas constituem "gatilhos" potenciais de organização de ações coletivas, utilizando a bandeira da saúde como forma de definir uma agenda pública de união da questão ambiental à luta pelos direitos e pela justiça, promovendo a relação entre riscos ambientais, saúde, democracia e justiça.

Abordagens como as da ciência pós-normal (Funtowicz e Ravetz, 1997) e da ciência cidadã (Irwin, 1995) são importantes contribuições para a redefinição dos processos de decisão, trazendo a ideia de participação para as práticas científicas, juntando os saberes não científicos e saberes com conteúdo técnico científico (com técnicos e cientistas de várias áreas do conhecimento) para juntos diagnosticarem e discutirem a caracterização dos problemas e as estratégias para a sua solução.

Referências Bibliográficas

- Brown, Phil; Mikkelsen, Edwin (1997), *No safe place: toxic wastes, leukemia and community action*. Berkeley: University of California Press.
- Callon, Michel; Lascoumes, Pierre; Barthe, Yannick (2001), *Agir dans un monde incertain – essai sur la démocratie technique*. Paris: Éditions du Seuil.
- Comissão Europeia (2014), *Environment fact sheet: REACH, a new chemicals policy to EU*. Consultada a 1 de janeiro de 2014, disponível em http://europa.eu.int/comm/environment/chemicals/pdf/fact_sheet_reach.pdf
- Fernandes, Lúcia de Oliveira (2011), *Complexidade, incertezas e vulnerabilidades: estudo de áreas contaminadas habitadas em Portugal e no Brasil*. Tese de doutoramento em Sociologia. Coimbra: Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Fernandes, Lúcia de Oliveira (2009), "Processo decisório do REACH- a nova política europeia dos químicos", *Revista Ambiente & Sociedade*, 12 (1), 189-202.
- Freitas, Carlos Machado de; Porto, Marcelo Firpo de Souza; Freitas, Nilton; Pivetta, Fátima; Arcury, Arline; Morira, Josino; Machado, Jorge Mesquita Huet (2001), "Chemical safety and governance in Brazil", *Journal of Hazardous Materials*, 86, 135-151.
- Funtowicz, Silvio; Ravetz, Jerome Raymond (1997), "Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais", *História, Ciências, Saúde*, IV, 219-230.
- Haraway, Donna (1988), "Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective", *Feminist Studies*, 14 (3), 575-99.
- Hofrichter, Richard (2000), "Introduction: critical perspectives on human health and the environment", in Richard Hofrichter (ed.), *Reclaiming the environmental debate: the politics of health in a toxic culture*. Cambridge: MIT Press, 1-16.
- Irwin, Alan (1995), *Ciência cidadã um estudo das pessoas: especialização e desenvolvimento sustentável*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Jasanoff, Sheila (2004), *States of knowledge. The co-production of science and the social order*. Londres: Routledge.
- Porto, Marcelo Firpo de Souza (2012), *Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ-Fundação Oswaldo Cruz. [2ª edição]
- Porto, Marcelo Firpo de Souza; Fernandes, Lúcia de Oliveira (2006), "Understanding risks in socially vulnerable contexts: the case of burning wastes in cement kilns in Brazil", *Safety Science*, 44 (3), 241-257.
- Steingraber, Sandra (1998), *Living downstream: An ecologist looks at cancer and the environment*. Londres: Virago Press.
- UNEP (2012), *Global chemicals outlook - towards sound management of chemicals*, UNEP - United Nations Environmental Program.
- Winchester, Peter (1992), *Power, choice and vulnerability: a case study in disaster management in South India*. Londres: James & James.

Reforma psiquiátrica: contexto brasileiro e aproximações ao caso português¹

Liliane Brandão Carvalho,² Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza
lilianebcarvalho@gmail.com

Anna Karynne da Silva Melo,³ Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza
karynnemelo@unifor.br

Mauro Serapioni,⁴ Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra
mauroserapioni@ces.uc.pt

Maria Lúcia Magalhães Bosi,⁵ Universidade Federal do Ceará
malubosi@ufc.br

Resumo: Brasil e Portugal têm vivido nas últimas décadas um processo contínuo de revisão das práticas no campo da saúde mental. A reforma no Brasil tem visado a superação do modelo de psiquiatria clássica, imprimindo uma prática de desinstitucionalização. Em Portugal, o tema da desinstitucionalização se faz presente, em termos legais, desde a década

¹ Este trabalho foi originalmente apresentado por Anna Karynne da Silva Melo e Liliane Brandão Carvalho no Seminário realizado no Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra como requisito para a finalização do estágio doutoral no referido Centro (sob a supervisão do Prof. Doutor Mauro Serapioni).

² Professora assistente e supervisora de estágio em clínica do curso de graduação em psicologia da Universidade de Fortaleza. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla (UECE/ UFC/ UNIFOR), tendo realizado estágio doutoral no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará e Especialista em Psicologia e Práticas de Saúde pela Universidade de Fortaleza.

³ Professora adjunta do curso de graduação de Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará e mestre em Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Filosofia e Epistemologia da Psicologia pela Universidade de Fortaleza. Psicoterapeuta e supervisora Clínica.

⁴ Doutor em Sociologia e Investigador do Centro de Estudos Sociais onde integra o núcleo de Políticas Sociais, Trabalho e Desigualdade (POSTRADE). Tem desenvolvido investigação na área da participação cidadã nos sistemas de saúde, voluntariado, desigualdades sociais e saúde e metodologia e investigação qualitativa, áreas nas quais tem publicado nacionalmente e internacionalmente. Leciona em vários programas doutorais e de mestrado na área da saúde, em Portugal, Espanha, Itália e Brasil.

⁵ Professora titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Mestre em Ciências Sociais e Doutora em Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz). Pós-Doutorada pelo Center for Critical Qualitative Health Research, da Universidade de Toronto. Pesquisadora em distintos grupos de pesquisa. Lidera o Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde (LAPQS/UFC).

de 1960. Objetiva-se neste artigo discutir teoricamente a reforma no Brasil com suas principais características, fazendo-a dialogar com o caso português, a partir de uma investigação exploratória realizada em Coimbra. A proposta portuguesa é a de enfatizar a promoção dos cuidados comunitários e integrar no sistema geral de saúde. Porém, o encerramento dos hospitais psiquiátricos não foi acompanhado de uma paralela criação de estrutura locais assistenciais. No Brasil tem-se privilegiado o cuidado em serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial, que devem promover a reinserção social. Percebe-se nos dois contextos uma preocupação em integrar a saúde mental na atenção básica concretizando a proposta da desinstitucionalização com uma ênfase na intervenção comunitária.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica, Serviços de saúde, Cuidado comunitário, Brasil, Portugal.

1. Introdução

Brasil e Portugal vêm vivenciando, nas últimas décadas, um processo contínuo de revisão das práticas no campo da saúde mental. Nesse contexto, a reforma no Brasil emerge com o objetivo de superar o modelo de psiquiatria clássica, imprimindo um projeto de desinstitucionalização e novas modalidades de cuidado em serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS, além de prestarem atendimento clínico diário, devem promover a reinserção social das pessoas com transtornos mentais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

Em Portugal, o tema da desinstitucionalização se faz presente, em termos legais, desde a década de 1960. Atualmente, a reforma encontra-se num momento de transição, com a proposta de enfatizar a promoção dos cuidados ao nível comunitário e os esforços de integrar a saúde mental no sistema geral de saúde português. Porém, o encerramento dos hospitais psiquiátricos não vem sendo acompanhado de uma paralela e necessária criação de estruturas locais assistenciais.

Tendo em vista os dois processos assinalados, este artigo tem por objetivo apresentar as bases da reforma no Brasil, apontando as suas principais características, e articular pontes de diálogo entre a experiência brasileira e a portuguesa. Num primeiro momento, abordaremos o contexto da reforma psiquiátrica brasileira para, de seguida, expor a experiência de Portugal. No intuito de apresentar o atual contexto português do campo da saúde mental, foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde mental para apreender a sua percepção e compreensão sobre a realidade portuguesa. No final, problematizaremos as aproximações sem intenção de estabelecer comparações formais, nem encerrar a amplitude dessas discussões nestas linhas.

2. Brasil: Reforma psiquiátrica

O contexto da reforma psiquiátrica foi constituído a partir da discussão da concepção de loucura como doença mental e do modo hegemônico de entendimento e tratamento daqueles considerados loucos, submetidos a relações desiguais e estigmatizadoras (Foucault, 2006). Outro ponto relevante nesse processo é o fomento a reflexões sobre o cuidado praticado pela psiquiatria clássica, no período da Segunda Guerra Mundial (Amarante, 1995). O período pós-guerra foi palco para o surgimento de práticas e experiências como: comunidades

terapêuticas, na Inglaterra; psicoterapia institucional, na França; a experiência da psiquiatria de setor, que priorizava a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria, também na França, e a psiquiatria comunitária ou preventiva, nos Estados Unidos, que tinha como foco as ações de tratamento e prevenção (*Ibid.*). Ainda no pós-guerra, dada a maior preocupação com políticas sociais, a instituição manicomial foi questionada como espaço de produção de doença (Dimenstein *et al.*, 2009).

Essas experiências trazem avanços e questionamentos, mas, ainda, centram-se no modelo psiquiátrico e suas instituições. Em meados dos anos 50, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu na Inglaterra e nos Estados Unidos, e um pouco mais tarde na Europa Continental, um consenso internacional referente à necessidade de mudanças profundas na assistência psiquiátrica com vistas a construir novas estratégias políticas para a saúde mental (Novella, 2010).

É agora oportuno evidenciarmos que o caso brasileiro da reforma incorporou questões originadas de cada uma daquelas experiências internacionais, notadamente, conforme se reconhece, mais inspirado no movimento italiano e na antipsiquiatria, projetos nos quais se questionava o próprio saber psiquiátrico e as suas práticas (Amarante, 2007; Nunes *et al.*, 2008). A partir dessas perspectivas, ocorreu, por um lado, a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, e por outro, a eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos.

No Brasil, o movimento da reforma foi sendo germinado na segunda metade da década de 1970, facilitado pela luta em prol da redemocratização do país, mediante o surgimento dos modelos das comunidades terapêuticas e associado ao movimento da psiquiatria comunitária e preventiva, que instituía a ideia de saúde mental em oposição à doença mental e propunha intervenções na comunidade (Amarante, 1995; Tenório, 2002). Acrescentem-se a isso as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e seu caráter privatista, bem como denúncias de fraudes nos financiamentos e de abandono, violência e maus tratos aos internos dos hospícios, conforme nos aponta Tenório (2002: 32): “não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos e desvios”.

Nos anos de 1980, surgiram experiências institucionais inovadoras de um tipo de cuidado de saúde mental, duas das quais consideradas marcos inaugurais e paradigmáticos: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo (1987), e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos/SP (1989). Da intervenção da Casa de Saúde Anchieta, criou-se uma rede de cuidado, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), implantado no município de Santos, funcionando 24 horas. Também foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.

Em 1989 foi apresentado o Projeto de Lei (Projeto deputado Paulo Delgado), que tramitou durante 12 anos nas casas legislativas brasileiras, tendo sido sancionado em 2001 como lei de saúde mental (Lei 10.216), sendo uma referência para a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e para a progressiva extinção dos manicômios. A lei federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (Brasil, 2005).

Consoante diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década de 90, define uma nova política de saúde mental que redireciona, paulatinamente, os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo apoiado em serviços de base comunitária, ou seja,

serviços que ofereçam cuidados na comunidade, em articulação com seus próprios recursos. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental públicos e territorializados,⁶ ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado.

Para além da regulamentação legal e normativa, a reforma nos últimos 20 anos tem ocorrido “[...] paralelamente à tramitação da revisão legislativa e sem dela depender para alcançar resultados já significativos” (Tenório, 2002: 54).

No Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, 15 anos depois de Caracas (Brasil, 2005), a III Conferência Nacional de Saúde Mental é apontada como a que consolida a reforma psiquiátrica como política de governo, conferindo aos CAPS valor estratégico no processo de mudança do modelo de assistência, defendendo a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabelecendo o controle social como garantia do avanço da reforma psiquiátrica no Brasil.

A reforma psiquiátrica pode ser também conceituada como o conjunto de transformações de práticas, saberes e valores culturais e sociais (Brasil, 2005). Os principais atores da reforma são os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), os trabalhadores em saúde e, principalmente, os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos. Um dos pontos centrais na reforma é o processo de desinstitucionalização. Consoante Amarante (1995), a expressão *desinstitucionalização* aparece nos Estados Unidos no contexto do projeto preventivista para designar o conjunto de medidas de des-hospitalização. Para o autor, des-hospitalizar é parte da reforma, é uma etapa. É também descentralizar o recurso concentrado no sistema hospitalar; portanto, implica des-hospitalizar o dinheiro.

A proposta agora era operacionalizar a “tentativa de superação do cenário histórico de desassistência e maus tratos no campo da saúde mental.” (Dimenstein *et al.*, 2009: 64) para transformar a relação entre sociedade e loucura ao pôr em xeque não só as instituições psiquiátricas tradicionais, mas também os conceitos e saberes que legitimam suas práticas e apontam para projetos atuais de construção de um *novo lugar social* para as pessoas em sofrimento (Amarante, 2007; Yasui e Costa-Rosa, 2008). Eis porque a desinstitucionalização é considerada a premissa ética fundamental da reforma, haja vista ter como interesse “desconstruir a exclusão e a lógica manicomial concreta e simbólica que pauta não apenas os dispositivos psiquiátricos, mas atravessa também as relações sociais e culturais com a loucura” (Godoy e Bosi, 2007: 295).

No Brasil, o processo de desinstitucionalização ocorreu com a redução progressiva de leitos em todos os hospitais psiquiátricos; com o programa de avaliação dos serviços hospitalares que buscavam avaliar a estrutura física, a dinâmica de funcionamento com seus fluxos e os processos terapêuticos dos hospitais; e com a implantação de residências terapêuticas, de moradias na área urbana para pessoas portadoras de transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou não e hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade.

No contexto brasileiro, os grandes desafios da reforma eram: fortalecer as políticas de saúde voltadas à saúde mental, consolidar e ampliar uma rede de atenção de base comunitária

⁶ Território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária (Brasil, 2011).

e territorial, implementar uma política de saúde mental e aumentar os recursos orçamentários direcionados à saúde mental. A partir desses desafios, o governo tem como metas a redução de forma pactuada e programada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade, a qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e pelas Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG).

A busca é pela inclusão de ações da saúde mental na atenção básica, implementando uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas, mantendo um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica. Acrescente-se a promoção de direitos dos usuários e seus familiares, incentivando a participação no cuidado, garantindo tratamento digno e de qualidade ao "louco" infrator, superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário e, simultaneamente, avaliando continuamente todos os hospitais psiquiátricos.

A reforma psiquiátrica no Brasil vislumbra uma ampla mudança no atendimento público em Saúde Mental: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade. Propõe como espaços de atendimentos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os ambulatorios, os hospitais gerais e os centros de convivência. As internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos Caps/24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte devem ser progressivamente substituídos (Brasil, 2011).

Para tanto, a estrutura organizacional da reforma tem o seguinte dispositivo: os CAPS, que têm a função de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos com objetivos de inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersectoriais, bem como regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005). Existem cinco tipos de CAPS (I, II, III, Capsi, Caps ad), cada um com uma clientela diferenciada (adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool e drogas) a depender do contingente populacional a ser coberto (pequeno, médio e grande porte) e do período de funcionamento diurno ou 24h.

A Política Nacional de Saúde Mental propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica/Saúde da Família substituam o modelo tradicional medicalizante e excludente. Para tanto, faz-se necessária a articulação da rede de cuidados visando à integralidade na atenção. No Brasil, a atenção básica/Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários.

Uma rede efetiva é aquela composta por diversos dispositivos: os CAPS, os serviços de residências terapêuticas, o Programa de Volta Para Casa, a saúde mental na atenção básica, os ambulatorios, os leitos em hospitais gerais, e em centro de convivência para pessoas com algum tipo de transtorno mental, e deve ser capaz de efetivamente controlar a porta de entrada das internações, reduzir as internações e o tempo médio de permanência das internações. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se como de base comunitária, tendo como ação central, o matriciamento.

O matriciamento é a integração entre saúde mental e atenção primária. É um modelo de cuidado colaborativo, ou ainda, um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Trata-se de uma horizontalização das ações e serviços do sistema de saúde. A sua estruturação ocorre com dois tipos de equipes: a equipe de referência e a equipe de apoio matricial. Campo e Domitti (2007: 400) afirmam que o “[...] apoio matricial e a equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do

trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”. O matriciamento proporciona retaguarda especializada de assistência e suporte técnico-pedagógico. Trata-se de um vínculo interpessoal e de um apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população.

3. O caso português

Portugal é um dos primeiros países europeus a adotar uma lei nacional fundada nos princípios da psiquiatria de sector como forma de organização assistencial.⁷ Com isso, teve-se a criação de centros de saúde distritais; o aparecimento da psiquiatria social; a ligação com a atenção primária; a criação de serviços descentralizados; o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação social e a legislação de apoio ao emprego.

A reforma em Portugal pode ser dividida em fases. A primeira fase, que foi até 1963, apresentou um modelo asilar/institucional numa estrutura assistencial, oferecendo pouca acessibilidade. Porém, com a lei 2006 de 1945 inicia-se um processo de desenvolvimento extrainstitucional dos serviços de saúde mental com a criação de 30 dispensários nos principais centros urbanos. Esta lei também preconizava a colaboração com os médicos de saúde pública e os médicos escolares (Hespanha *et al.*, 2012: 42).

Na segunda fase, entre os anos de 1963 e 1989, tem-se o aparecimento dos serviços comunitários com a lei 2118/abril/63 e a criação de centros de saúde mental em diferentes distritos. A lei, inspirada pelo *Mental Health Act*, promulgada por Kennedy, estabelecia a prevenção em psiquiatria, a atuação extra hospitalar, a valorização da relação doente-terapeuta, o trabalho em equipe, somados à acessibilidade e à criação do Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil nas regiões. Em 1964 dá-se a criação dos centros de cuidados primários mentais. Nesse período, como assinala Hespanha (2010), Portugal aderiu à ideia da desinstitucionalização, “[...] sem que no entanto, se tenha verificado, como em outros países, uma discussão acalorada sobre o tema ou o surgimento de movimentos antimanicomiais” (Hespanha, 2010: 139). A ideia primordial da reforma era oferecer um conjunto completo de serviços que amparasse o doente desde a prevenção até a reabilitação, com o objetivo de resgatar o caráter terapêutico da psiquiatria, ao mesmo tempo em que contestava o asilo como espaço de cura (Vidal *et al.*, 2008). Contudo, o apoio político e institucional, assim como os recursos para implementar esta reforma, foram insuficientes.

Na terceira fase, entre 1990 e 1995, interrompe-se o processo de reestruturação, com a suspensão dos programas e o corte de recursos. Em 1992, o decreto-lei 127/92/julho extinguiu os centros de saúde mental e transferia as atribuições destes para os hospitais gerais, centrais e distritais, com o objetivo de uma integração dos cuidados de saúde mental no sistema nacional de saúde geral. Assim, os centros infantis e juvenis vão para os hospitais de pediatria. No campo da reabilitação, houve a necessidade da criação de centros de dia e estruturas residenciais que possibilitaram a revisão do modelo de organização dos serviços.

⁷ No sentido de que uma equipe multidisciplinar se torna responsável pelos problemas de saúde mental em uma determinada área geográfica (Hespanha *et al.*, 2012). Trata-se da inserção de instituições intermediárias na rede de cuidado com saúde mental, oferecendo um conjunto de serviços desde a prevenção até a reabilitação (Vidal *et al.*, 2008).

A década de 1990 foi marcada pela integração dos cuidados de saúde mental nos serviços gerais de saúde, tendo-se realizado, nesse mesmo período, uma conferência nacional com propostas base para lei de saúde mental, e que designadamente se propunha estabelecer princípios gerais da política de saúde mental e regulamentar o internamento no país. A lei retoma o modelo de intervenção comunitária já preconizado na lei base de 1963, que tinha como princípios: cuidados de saúde mental em nível comunitário; cuidados menos restritivos; internamento, quando necessário, em hospitais gerais; assegurar estruturas residenciais e centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional. O decreto-lei 127/92 integrava os centros aos hospitais gerais, enfatizava os serviços comunitários e propunha uma concentração na reabilitação e na integração social.

Finalmente, no período entre 1996 e 2006, se deu a retomada da reforma e sua consolidação com a elaboração do Plano de Saúde Mental e sua aplicação na Conferência de 1995. Nesse momento, desenvolveu-se maior ênfase na rede de serviços comunitários, na melhoria nas condições residenciais nos hospitais psiquiátricos e na reabilitação psicossocial. O decreto-lei 36/98 regulamentava a organização dos serviços e criava um sistema de referência. O modelo de referência proposto era o do cuidado na comunidade, entendendo que os serviços locais são a base, associados a centros de cuidados primários e hospitais (Hespanha, 2010).

Em 2001 ocorreu a criação da rede de refenciamento hospitalar de psiquiatria e saúde mental que garantia o acesso dos doentes aos serviços e instituições prestadoras dos cuidados de saúde (*Ibid.*). Essa rede de referenciamento é um sistema que regulamenta as relações de complementaridade e apoio técnico entre as instituições hospitalares e busca garantir o acesso dos doentes aos serviços e instituições prestadoras dos cuidados de saúde, sustentado por um sistema integrado de informação interinstitucional. Logo em seguida, em 2004, ocorreria uma revisão do documento de criação da rede citada acima com a abrangência de áreas específicas tais como: Rede de psiquiatria de Adultos; Rede de psiquiatria da infância e da adolescência; Rede de psiquiatria de urgências; Psiquiatria forense; instituições sociais; censo psiquiátrico e plano nacional de saúde mental. O termo *hospitalar* foi retirado, pois a perspectiva da rede de cuidados prestados às populações era mais ampla, estando incluídas igualmente as componentes dos cuidados de saúde primários e os cuidados comunitários (Portugal, 2004).

Em 2004 acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com a intenção de colocar o tema na agenda da saúde pública; em 2006 cria-se a Comissão Nacional para reestruturação dos serviços de saúde mental, cujo objetivo era propor um plano de ação e recomendações. Já em 2007, essa mesma comissão publicou o Plano Nacional de Saúde Mental.

O Plano de Ação 2007-2016, ainda em execução, traz como ideia a saúde mental como prioridade de saúde pública e a intervenção comunitária como novo paradigma de cuidados de saúde mental. Esse plano aponta alguns obstáculos a serem superados: a escassez de materiais e recursos humanos e a oposição das organizações médicas psiquiátricas. Constatava-se, nesse documento, que os serviços locais de saúde mental praticamente inexistem (Portugal, 2008; Hespanha, 2010; Portugal e Nogueira, 2010).

O Decreto-lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, contempla a criação de unidades e de equipas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM), possibilitando a criação de respostas residenciais de carácter reabilitativo para doentes mentais graves com incapacidade psicossocial e em situação de dependência, através da articulação com os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados na denominada rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). Com a linha de financiamento, designada “Programas Inovadores do Plano

Nacional de Saúde Mental (PNSM)”, teve-se o apoio para a constituição de equipes de saúde mental comunitária e o desenvolvimento dos serviços em nível local (Portugal, 2010).

A situação atual da reforma em Portugal demonstra que o internamento continua consumindo a maioria dos recursos, em torno de 83%; há a necessidade de um orçamento específico para a saúde mental; a existência de carência de médicos, especialmente psiquiatras para a clientela infantil e adolescente; há necessidade de aumentar a rede comunitária ao nível das estruturas, nomeadamente a criação de residências com distintos graus de autonomia e áreas de atendimento-dia; a necessidade de incrementar a realização de programas de promoção/prevenção; estabelecer programas de formação para profissionais-chave para trabalhar na comunidade e para os clínicos gerais ao nível dos cuidados de saúde primários; criação de novas equipes de saúde mental infantil e juvenil; implementar e desenvolver boas práticas certificadas para as equipes de saúde mental na comunidade e estabelecer programas de prevenção contra o estigma, suicídio, depressão e apoio a grupos vulneráveis (OPSS, 2010).

O Plano de Saúde Mental (2007-2016) português apresenta alguns princípios defendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como: a acessibilidade a todas as pessoas; a responsabilidade de um setor geo-demográfico, ou seja, a garantia de cuidados essenciais sem que a pessoa precise se distanciar muito da sua localidade; a integração de um conjunto diversificado de unidades e programas, incluindo o internamento em hospital geral; a existência de uma coordenação em comum; a participação de familiares, utentes e diferentes entidades da comunidade; a articulação com os cuidados primários; a colaboração do setor social e das ONG's; e a prestação de contas dos cumprimentos dos objetivos (Portugal-Presidência do Conselho de Ministros, 2008).

Como assinala o Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS, 2010), é possível constatar na situação da saúde mental em Portugal que falta planejamento e apoio na melhoria de serviços, o que fez com que Portugal se atrasasse com relação aos demais países europeus. Como desdobramento, temos a insuficiência grave na acessibilidade, equidade e qualidade dos serviços. Segundo o relatório, somente uma pequena parcela da população tem acesso aos serviços e os recursos estão concentrados nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra. Acrescenta, ainda, haver uma desproporção na distribuição de psiquiatras entre hospitais gerais, psiquiátricos e departamentos de psiquiatria, e o internamento continua a consumir a maioria dos recursos.

Com relação à comunidade, o relatório acusa haver um reduzido desenvolvimento de serviços comunitários, não dispondo de equipes de saúde mental comunitária. Além dessas questões, há problemas de acessibilidade aos cuidados especializados, de reinternamentos, ou seja, existência de problemas de continuidade de cuidados e de equipes de saúde mental que têm um número escasso de psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos. Portanto, conclui o relatório, há um nível baixo de qualidade dos serviços de ambulatório (OPSS, 2010).

Esta situação é confirmada pelo recente Estudo Nacional Epidemiológico sobre Saúde Mental (Almeida e Xavier, 2013), que mostra uma elevada prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal, sendo a segunda mais alta a nível europeu, depois da Irlanda, diferenciando-se significativamente dos outros países do sul da Europa, que apresentam prevalências menores que os países do norte da Europa. A qualidade de cuidado é igualmente considerada inadequada, já que somente um terço dos casos receberam cuidados que cumpriam com os critérios requeridos, mais frequentes nos serviços especializados do que na medicina geral e familiar (Almeida e Xavier, 2013: 50).

A perspectiva de saúde pública e a cultura de avaliação de serviços sempre foram frágeis na área da saúde mental em Portugal, seja em relação aos recursos financeiros, seja quanto aos recursos humanos, os quais se encontram distribuídos de uma forma muito desigual entre regiões, hospitais e outras unidades de saúde. Os centros dos serviços locais instalados nas instituições hospitalares, não cumprindo a determinação de os transformar em centros de responsabilidade, impediram qualquer tentativa consistente de desenvolvimento das redes de cuidados na comunidade, bem como a falta de clareza nas contratações nos hospitais e a intensa atuação das instituições de ordem religiosa. Outros aspectos foram também relevantes para a consistência do desenvolvimento das redes, tais como: a reduzida participação de utentes e familiares; a escassa produção científica; a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis e a ausência de programas de promoção/prevenção (Portugal, 2008).

O Plano de Saúde Mental (2007-2016) tem como valores a saúde mental indivisível da saúde em geral, a ênfase nos direitos humanos, a atenção do cuidado na comunidade, a coordenação e integração de cuidados, a abrangência dos cuidados, a intensa participação comunitária, a proteção dos grupos especialmente vulneráveis, a acessibilidade e equidade e a recuperação das pessoas portadoras de doença mental.

A estrutura do plano recomenda Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) com consulta externa; um serviço de urgência para o internamento de pacientes agudos e crônicos; a existência de um Hospital-Dia e de um Serviço de Saúde Mental da criança e do adolescente; de uma unidade para alcoologia; e de uma intervenção comunitária para doentes de evolução prolongada.

Os serviços para os adultos ocorrem na rede nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM). Os atendimentos são transferidos para novos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental de Hospitais Gerais (DPSM), cuja ação é promover o desenvolvimento de equipas multidisciplinares ou unidades de saúde mental comunitária. Os programas contidos nessa rede são voltados para doentes graves – como os Doentes Mentais Graves (DMG) – que buscavam a reabilitação e desinstitucionalização; os de ligação com a Saúde da Família, os de apoio a doentes idosos e os de prevenção para suicídio e depressão. O plano também propunha um Serviço Regional de Saúde Mental (SRSM) com programas regionais de internamento para doentes inimizáveis e para os chamados “doentes difíceis”. Com o plano, os hospitais psiquiátricos passaram por uma reestruturação e uma redução de leitos.

Os serviços voltados à infância e adolescência se apresentam em três níveis: o de cuidados de saúde primários com grupos ou núcleos de apoio à saúde mental infantil nos centros de saúde e unidades de saúde familiar; o de serviços especializados locais, que são serviços/unidades especializados de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência integrados em hospitais gerais; e o de serviços especializados regionais como os serviços de urgência, as unidades de internamento em serviços próprios e os núcleos de intervenção em áreas específicas e faixa etárias também específicas.

No que diz respeito à saúde mental e à atenção primária, vê-se a necessidade de definição clara das responsabilidades diferenciadas do cuidado da psiquiatria especializada. Para isso, criaram-se os projetos transversais; um programa de formação continuada e de formação em saúde mental comunitária. O plano tem a pretensão de que, até 2016, todos os serviços locais de saúde mental sejam assegurados por DPSM de hospitais gerais.

O plano conclui que não é possível desenvolver a reabilitação e a desinstitucionalização se não existirem na comunidade equipas que apoiem os doentes e as famílias. E, finalmente, não é possível desenvolver novos serviços mais próximos das pessoas se a maior parte dos recursos continuar concentrada no tratamento intra-hospitalar.

4. Um estudo exploratório no distrito de Coimbra

4.1. Objetivos e metodologia

Com o intuito de nos aproximar ao contexto da saúde mental em Portugal sob a ótica de profissionais da saúde mental, realizamos uma pesquisa de campo exploratória em serviços de saúde da região de Coimbra. Os serviços investigados foram uma instituição psiquiátrica, organizada segundo o modelo de hospital-dia, tendo sido anteriormente uma referência asilar da cidade; e um centro de saúde em um distrito da cidade. A escolha das referidas instituições se deu, respectivamente, no caso da instituição psiquiátrica, pelo histórico de um serviço hospitalar tradicional que migrou para um modelo de atenção, e no caso do centro de saúde, por sua gestão inovadora e ativista das políticas públicas de saúde mental da reforma psiquiátrica do país.

Para tal empreitada, utilizamos como técnica de recolha de dados no trabalho de campo, entrevistas individuais em profundidade junto a quatro profissionais de saúde mental que aceitaram colaborar com este estudo. O período de realização das entrevistas, com suas transcrições e categorizações, decorreu entre os meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012.

A análise do material de campo foi embasada na lente qualitativa interpretativa-crítica que busca compreender o sentido do discurso e das experiências desveladas a partir das falas dos sujeitos participantes, articulando-as com a concretude das práticas, ou seja, o contexto, no qual se configuram tais produções subjetivas. A partir dessa análise, construíram-se quatro categorias: *situação atual de transição, modelo de atenção, o serviço e as dificuldades*.

4.2. Análise e discussão dos resultados

Uma primeira categoria elencada nos depoimentos é a *Situação Atual de Transição*, que se refere ao processo de mudança, ainda experienciado pelos profissionais do modelo asilar/institucional para o intersectorial e comunitário. Vejamos os trechos de falas abaixo:

Hoje se vive, em Portugal, certa incerteza institucional quanto à fusão obrigatória desse hospital [hospital-dia] [...] [O que] Há em Coimbra [é] a psiquiatria de ligação, quando alguns psiquiatras vão a centros de saúde e não são da equipa comunitária. (Informante A)

Serviços comunitários: está a começar! As equipas hospitalares (médicos, assistente e enfermeira) são divididas em zonas – a dita psiquiatria de setor – e realizam as visitas. (Informante B)

A saúde mental está em transformação [...] a marca ainda é de burocratização – uma referenciação meramente burocrática. Foi aprovado que deve haver unidades de saúde mental nas unidades da saúde da família, desativando os hospitais [...]; o modelo não existe propriamente [...]. [A proposta] não é colocar o psiquiatra na comunidade – isso não dá resultado (já se fez no passado), pois o médico de família pode fazer. O que se fez no passado foi uma ação de ligação que se fixa no hospital; o que se quer é que isso seja de ligação de fato entre profissionais e não só uma ligação burocrática como é hoje. (Informante C)

O processo de reforma psiquiátrica no plano de 2007-2016 é o seguinte: hospital geral → centros de saúde mental → equipas que se deslocam ao território. (Informante D)

Vemos que para os profissionais de saúde mental ainda há muito o que fazer, pois consideram que, apesar da vigência do plano de ação, a sua efetividade é lenta e com dificuldades de implantação devido à própria incerteza do modelo proposto.

Historicamente, reconhecemos que a reformulação da noção de loucura como doença mental e o modo hegemônico de entendimento e tratamento do louco são pontos seminais para uma compreensão de como ocorreu o processo da reforma psiquiátrica nos seus diversos contextos (Foucault, 2006).

Destacamos que na Europa, Portugal foi o país pioneiro na implementação de uma lei nacional baseada nos princípios da setorização, através da criação de centros de saúde distritais, da ligação com a atenção primária e de esforços voltados para a descentralização de serviços e reabilitação social.

Dentre as fases do processo da reforma, de um modelo asilar, institucional e assistencial, Portugal vai passando por um momento de ênfase em serviços comunitários para maior consolidação das práticas de cuidado na comunidade. A reforma indicava que os serviços deviam ser compostos por equipes multidisciplinares e que os serviços ambulatoriais eram baseados em centros de cuidados primários e hospitalares. Acrescentava ainda que a criança e o adolescente deviam ser cuidados por uma equipe especializada e os hospitais psiquiátricos tinham a tarefa de apoiar as equipes locais (Hespanha, 2010).

Outra categoria que se destacou é o *Modelo de Atenção*, que envolve as concepções e práticas desenvolvidas no contexto da saúde mental investigado, tal como revelada a seguir:

Aqui no hospital [hospital-dia] há internamento para tratamento ou internamento para reabilitação? É um misto. Não existe internamento para agudos e sim pós crise e de ambulatorios. O de agudos é quando o indivíduo está descompensado e se interna dois ou três dias e são os pacientes de urgência. Em Coimbra, só há uma urgência: hospital universitário. Depois vão para internamento na clínica de agudos, depois para os programas. (Informante A)

Muitas vezes, o hospital dia serve como o “último recurso” (maior ênfase), ou seja, quando não há mais nada a fazer. Antes de chegar no hospital-dia, passam ou podem passar por serviços psicológicos, consultas externas, consultas psicoeducacionais, consulta de distúrbios alimentares, consulta geral, a de distúrbios pós-traumáticos. Vão para o hospital dia quando não têm resposta terapêutica ou quando a socialização está muito afetada. [O que acontece é que] o conceito de saúde mental é muito confundido com doença mental. Não há muita valorização de saúde mental. O plano é, por exemplo, de doença mental, é do curativo, não do preventivo. (Informante B)

As fronteiras entre saúde comunitária e saúde mental não estão bem definidas [...] A ideia é o ‘mix’: cuidado de saúde primários mais prática de internação psiquiátrica – caso fique só no posto de saúde, o psiquiatra corre o risco de ficar como médico geral (o que já ocorreu no passado). A ideia é sair de uma ligação burocrática e passar para uma ligação de gente! (maior ênfase). [Mas] a questão hoje em Portugal são recursos humanos e financiamento. O modelo ainda é centrado no hospital, onde se centra a maior parte dos recursos humanos e onde é feito ainda o pagamento, o financiamento por atendimento, ou seja, quanto mais atendimentos no hospital mais financiamento. Não há interesse ou financiamento para a saúde comunitária. (Informante C)

Na região de Coimbra, funcionam muito as instituições hospitalares. O aspecto positivo (da Reforma) é a integração da saúde e o aspecto negativo é o enquadramento medicalizado. (Informante D)

A partir das falas evidenciamos, no contexto português investigado, um certo desencontro entre o avanço nas concepções teóricas anunciadas nos documentos e planos de ação e a prática exercida no cotidiano dos profissionais, haja vista uma ênfase maior na doença mental e, conseqüentemente, em um modelo curativo de cuidado.

Com os princípios gerais apresentados no Plano Nacional de Saúde Mental, expostos anteriormente, tem-se a intenção da inclusão social, da equidade dos cuidados, da promoção de saúde, da descentralização dos serviços mentais e da integração da saúde mental no sistema geral de saúde. Para tal, os cuidados em saúde mental estão centrados nos serviços

locais de saúde, predominantemente em hospitais gerais, serviços regionais e hospitais psiquiátricos (Barros *et al.*, 2011).

O Serviço é outra categoria desvelada nos depoimentos e faz referência às atividades rotineiras desenvolvidas nas instituições investigadas, conforme exposto adiante:

No hospital-dia há muitas atividades de grupos e outras diferentes de acordo com a disponibilidade da equipa. [Há uma] diminuta presença da família [nas atividades propostas pela instituição]. (Informante A)

As atividades são divididas entre os profissionais da equipa. Cada paciente tem um plano, mas as ações são muito sedimentadas. A reunião de caso clínico é com toda a equipa e semanal. [É] objetivo do trabalho: fomentar competência no paciente para controle de ansiedade, para autonomia da vida diária, integração laboral e ocupacional. [Portanto,] aqui o trabalho da equipa “depende das pessoas” (maior ênfase). Na “teoria é de equipa, mas na prática depende das pessoas que estão”, o quanto se é interdisciplinar ou multiprofissional. Muitas vezes depende de quem está na gestão. (Informante B)

A [área da] saúde mental se centra [ainda] muito na doença. O foco devia ser na equipa e na promoção. (Informante C)

O serviço está pouco no território, o que há é como um departamento, por exemplo, departamento de psiquiatria. O que há é um departamento de psiquiatria nos hospitais universitários com orientação médica. As urgências estão no hospital geral. (Informante D)

Constatamos, nessa categoria, uma rotina mais ocupada com trabalhos em grupos e em equipa, privilegiando maior diálogo e construção coletiva das intervenções, embora ainda seja mais concentrado no contexto hospitalar, portanto de pouca extensão no território.

A grande proposta, contida no Plano Nacional de Saúde Mental, das ações e serviços de saúde mental portugueses busca criar ações residenciais de reabilitação para pessoas com adoecimentos graves com incapacidade psicossocial e em situação de dependência, articulando com os serviços locais de saúde mental.

A efetivação dessas ações tem-se dado mediante a criação de unidades e de equipas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental, abrangendo áreas e redes específicas como: a psiquiatria de adultos, da infância e da adolescência, de urgências, a forense, as instituições sociais.

Os serviços têm-se ocupado com o desenvolvimento de práticas de cuidado em equipas de saúde mental na comunidade voltadas aos programas de prevenção contra o estigma, suicídio, depressão e apoio a grupos vulneráveis (Portugal, 2010).

E, como última categoria, encontramos nas falas *Dificuldades* inerentes ao cotidiano de um serviço de saúde mental, de acordo com os excertos:

Aqui, não existe equipa suficiente para acompanhar mais de um grupo de doentes mais graves que demandam mais acompanhamento individual. Não existem outros programas de reabilitação fora do hospital-dia. (Informante A)

As equipas comunitárias têm a ideia de alargar um pouco as atuações, mas não acho que sejam substitutivas. Não se sabe o que eles fazem, não há partilhas do trabalho! A cultura portuguesa não é muito facilitadora de saúde mental. Há muita discriminação, machismo, violência contra as mulheres. (Informante B)

Há, em Portugal, uma desproporção no aproveitamento de recursos humanos. Falta mentalidade, cultura de equipa. Trabalha-se muito só; aqui a cultura é muito individualista. Parece que todos estão de portas fechadas, dentro do modelo hospitalocêntrico. (Informante C)

A reforma é dos profissionais para a comunidade, há uma ausência da fala das associações dos pacientes. (Informante D)

Identificamos a presença de uma dificuldade relacionada com os recursos humanos considerados atores chave do processo de revisão em curso da reforma na saúde mental no país.

Dentre as dificuldades reveladas no contexto investigado, o internamento ainda se mantém como sendo o aglutinador da maioria dos recursos, sejam humanos ou financeiros, da área da saúde mental (Almeida e Xavier, 2003), o que nos leva a pensar na existência da precariedade orçamentária e de profissionais médicos psiquiatras.

Há ainda dificuldades relacionadas ao incremento de programas de promoção e prevenção, de formação profissional com habilidade para desenvolver trabalhos na comunidade com clientela infantil e juvenil, e ações contra o estigma, suicídio, depressão e apoio a grupos vulneráveis (Portugal, 2010).

Nas falas dos informantes, é recorrente a referência à falta de planejamento e apoio na melhoria de serviços, comprometendo os avanços na área, bem como a acessibilidade, equidade e qualidade dos serviços. Constatamos também nesta investigação a desproporção na distribuição de profissionais nos vários serviços da rede, tais como psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos.

5. Algumas considerações

A partir da investigação realizada, reconhecemos existir tanto avanços quanto desafios nos contextos brasileiro e português. No Brasil, apontamos como avanços a estrutura organizacional, a integração entre atenção básica e saúde mental e maior implantação de serviços substitutivos. Nossos desafios são o risco de manutenção do modelo medicalizante nos serviços substitutivos, a acessibilidade, integralidade e referência na rede, pouca articulação e cooperação intersetorial e formação de recursos humanos, além do risco de “Capsização”.⁸

Em Portugal, os avanços são a integração entre setores da saúde com o serviço geral de saúde, o progressivo, embora ainda insuficiente, aumento da cobertura dos serviços no território, não mais limitados somente a Lisboa, Porto e Coimbra, além da elaboração de um Plano Nacional. Os desafios são a ausência de participação da comunidade, o hiato entre discurso e prática, a pouca discussão da desinstitucionalização, a restrição das especialidades nas equipes, a pouca equipe no território e a formação de recursos humanos.

Encontramos ainda convergências significativas nos contextos analisados, tais como a necessidade de demarcação do que se entende como loucura, a proposta de desinstitucionalização, a proposta de um itinerário mais focado na intervenção comunitária, a integração saúde mental e atenção primária, a preocupação na formação de recursos humanos e a pouca discussão social quanto à estigmatização da doença mental.

Entre as dissonâncias, ressaltamos aspectos contextuais, vinculados ao plano histórico, político e econômico. A reforma no campo da saúde mental no Brasil advém, em parte, dos

⁸ Termo sinônimo para alguns autores e atores sociais, no Brasil, de reestruturação ou modernização de serviços, ou ainda, de reformulação técnico-assistencial do dispositivo Caps, o que descaracterizaria a Reforma Psiquiátrica brasileira (Amarante, 2003).

trabalhadores, familiares, usuários e da comunidade. Em Portugal, advém dos profissionais, técnicos e governo. Assim, no Brasil há maior participação da comunidade, enquanto em Portugal se observam discussões técnico-científicas mais extensas entre os atores da reforma e a estrutura organizacional. No Brasil há descentralização dos serviços e no país europeu a relação é entre atenção primária x saúde mental x hospital Geral. No país latino-americano a relação é atenção primária x saúde mental x intervenção comunitária. Em ambos os países há valores similares que regem a reforma, tais como: direito dos usuários, serviços comunitários, abrangência dos serviços, acessibilidade e equidade, dentre outros.

O Brasil tem tido avanços significativos com relação à efetivação de ações desses valores com os serviços substitutivos, principalmente com os Caps e o matriciamento e há maior participação da comunidade. Em Portugal, para efetivar a reabilitação e a desinstitucionalização, faz-se necessário: desenvolver programas integrados na comunidade, formar equipas na comunidade, desenvolver novos serviços mais próximos das pessoas e familiares e diminuir a concentração dos recursos no tratamento hospitalar.

Referências Bibliográficas

Almeida, José Miguel Caldas; Xavier, Miguel (2013), *Estudo Nacional Epidemiológico sobre Saúde Mental. 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Consultado a 4 de julho de 2014, disponível em http://www.fc.m.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf

Amarante, Paulo (1995), *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, Paulo (2003), "A (clínica) e a reforma psiquiátrica", in Paulo Amarante (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 45-66.

Amarante, Paulo (2007), *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Barros, Pedro Pita *et al.* (2011). "Health system review", *Health Systems in Transition*, 13(4), 1-156.

Brasil - Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE/Coordenação Geral de Saúde Mental (2005), "Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil", Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília.

Brasil - Ministério da Saúde (2011), "Portal da saúde", acessado a 13 de dezembro de 2011, disponível em www.portalsaude.saude.gov.br.

Campo, Gastão Wagner de Sousa; Domitti, Ana Carla (2007), "Apoio matricial e equipe de referência: metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde", *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (2), 399-407.

Dimenstein, Magda *et al.* (2009), "O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental", *Saúde e Sociedade*, 18 (1), 63-74.

Foucault, Michel (2006), *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.

Godoy, Maria Godoy Curubeto; Bosi, Maria Lúcia Magalhães (2007), "A Alteridade no discurso da reforma psiquiátrica brasileira face à Ética Radical de Lévinas", *Physis*, 17 (2), 289-299.

Hespanha, Pedro (2010), "A reforma psiquiátrica em Portugal: desafios e impasses", in Fontes, Breno; Fonte, Eliane Maria Monteiro da (orgs), *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 137-162.

Hespanha, Pedro; Portugal, Sílvia; Nogueira, Cláudia; Pereira, José Morgado; Hespanha, Maria José (2012), *Doença mental, instituições e família. O desafio da desinstitucionalização em Portugal*. Coimbra: Almedina.

Novella, Enric J. (2010), "Mental health care and the politics of inclusion: A social systems account of psychiatric deinstitutionalization", *Theoretical Medicine Bioethics*, 31(6), 411–427.

Nunes, Mônica *et al.* (2008). "A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (1), 188-196.

Portugal - Direção-Geral da Saúde/Direção de Serviços de Planeamento/Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (2004), *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Portugal-Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008), *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Portugal (2010), Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro, Diário da República nº 19, Série 1º. Disponível em <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/f9c07368984c8cae08ec9d3e0c9ca030.pdf>

Portugal-Presidência do Conselho de Ministros (2008), Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Diário da República, nº 47, I série de 6 de março de 2008.

Portugal, Sílvia; Nogueira, Cláudia (2010), "Se não o hospital, então onde? Respostas sociais para a desinstitucionalização da doença mental", in Fontes, Breno; Fonte, Eliane Maria Monteiro da (orgs), *Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 223-253.

OPSS-Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010), *Desafios em tempos de crise. Relatório de Primavera*. Coimbra: Mar de Palavras.

Tenório, Fernando (2002), "A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito", *História, Ciências, Saúde*, 9 (1), 25-59.

Vidal, Carlos Eduardo Leal *et al.* (2008), "Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos", *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1), 70-79.

Yasui, Sílvio; Costa-Rosa, Abílio (2008), "A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental", *Saúde em Debate*, 32 (78/79/80), 27-37.

Globalização, Migrações e Saúde Mental: imigrantes da Europa de Leste em Portugal

Ana Monteiro,⁹ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)
anapaula@esenfc.pt

Resumo: O impacto dos processos migratórios na saúde mental dos indivíduos e populações tem sido objeto de múltiplas abordagens teóricas e metodológicas. Este artigo pretende apresentar, de forma sintetizada, os resultados parcelares de uma investigação empírica mais abrangente. A investigação incidiu sobre 566 imigrantes russófonos oriundos de países da Europa de Leste, 296 do sexo masculino e 270 do sexo feminino, com uma média de idades de 36,3 anos. Os dados foram colhidos de janeiro de 2005 a março de 2006 em centros locais e nacionais de apoio ao imigrante. Foi utilizado o General Health Questionnaire-28 (Goldberg e Hillier, 1979) e um questionário sociodemográfico. A análise estatística desenvolvida evidenciou correlações estatisticamente significativas entre fatores pessoais, elementos estruturais da sociedade de acolhimento, fatores inerentes ao processo migratório e níveis de saúde mental/ risco de morbilidade psiquiátrica na população inquirida. 10,4% dos sujeitos apresentava probabilidade de patologia psiquiátrica com prevalência de queixas somáticas, ansiedade e insónia.

Palavras-chave: Imigrantes Europa de leste, Saúde Mental, Vulnerabilidade, Processos migratórios.

1. Introdução

Os fluxos migratórios internacionais têm tendência a aumentar exponencialmente e a diversificar-se, constituindo um desafio para as sociedades de acolhimento, pontos de chegada e partida de novas diásporas. Existem atualmente 232 milhões de migrantes internacionais (3,2% da população mundial) e 59% vivem em regiões desenvolvidas. A Europa e Ásia acolhem dois terços de todos os migrantes internacionais em todo o mundo – a Europa continua a ser a região de destino mais procurada, com 72 milhões de migrantes internacionais em 2013 (ONU, 2013). Outro dado relevante é que existem 35 milhões de

⁹ Doutorada em Ciências Biomédicas e mestre em Sociologia pela Universidade de Coimbra. Licenciada em Enfermagem, tem a especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Atualmente é Professora-Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E).

migrantes globais com idade inferior a 20 anos e 40 milhões entre as idades de 20 e 29. Ou seja, as crianças e os jovens representam mais de 30% de todos os migrantes do mundo (ONU, 2014). Nos últimos anos da década de 90 do século XX, a geografia da imigração em Portugal sofreu transformações muito profundas, a nível de recrutamento e padrões de fixação geográfica de imigrantes em Portugal, com o aumento e afluxo exponencial de novos grupos de imigrantes. As populações imigrantes da Europa de Leste são um fluxo migratório recente, com especificidades linguísticas, culturais e sociodemográficas face à população portuguesa, que representam um novo desafio à estrutura dos serviços de saúde em Portugal. A literatura sobre este tema e a análise de alguns indicadores focados no acesso aos cuidados de saúde de comunidades imigrantes residentes em Portugal mostram que, apesar de se terem registado avanços significativos na legislação, continua a não existir uma avaliação detalhada das condições de saúde dos imigrantes em Portugal e dos fatores que condicionam o seu *status* global de saúde mental.

As migrações internacionais são parte integrante de um fenómeno mais vasto – o processo de globalização, caracterizado pela exponencial expansão, aceleração e aprofundamento das interconexões à escala mundial de todos os aspetos da vida social contemporânea. A globalização implica uma reconfiguração da organização espacial das relações e transações sociais (definidas em termos da sua extensão, intensidade, velocidade e impacto) que geram fluxos transcontinentais ou intrarregionais, assim como redes de atividades e interação (Held e McGrew, 1999; Almeida, 2011).

O indicador-chave destes processos é o rápido aumento das conexões e fluxos transnacionais de todos os tipos: financeiros, comerciais, de ideias e sistemas de conhecimento, de artefactos culturais, de comunicação, de mercados, bens e serviços, de pessoas, através de redes transnacionais. Estas redes são complexas e podem assumir inúmeras configurações, com implicações nas dinâmicas de saúde à escala local e global (Held *et al.*, 1999; Castles, 2005, Monteiro, 2012). De facto, a globalização e os fenómenos migratórios podem gerar enormes mudanças em termos não apenas sociais mas subjetivos e na própria mundividência individual orientada para paradigmas globais. A um nível mais íntimo e pessoal, a própria noção de identidade torna-se mais ampla, mais fragmentária, percorrida por espaços e intersubjetividades múltiplas (Cohen, 2005; Almeida, 2011). Os clássicos paradigmas propostos para compreender ou interpretar os processos de integração da diferença instituída, quando o foco de análise são pessoas em processos de transição geográfica e existencial, parecem fragilizados. As formas emergentes de redes de sociabilidade e de criação de identidades num mundo global é uma experiência de desapropriação, de incerteza no (des)encontro de alteridades, de abertura à imprevisibilidade e de possibilidades de identidades partilhadas (Almeida, 2011). Os fenómenos migratórios contemporâneos e os seus impactos na saúde mental devem ser analisados numa perspetiva sistémica, integrados no contexto dos processos de globalização (económica, política, tecnológica e cultural) que caracteriza as sociedades atuais. Todas as complexas dimensões da globalização têm impactos diretos e indiretos nas formas de organização social e na saúde mental dos indivíduos, das organizações e dos grupos, à escala local e global (OMS, 2001; IOM, 2013). Por outro lado, as necessidades específicas das populações migrantes em termos de saúde mental ultrapassam as fronteiras dos tradicionais sistemas de saúde locais e implicam uma abordagem multissetorial e transnacional (OMS, 2013).

2. Migrações e Saúde Mental

As dinâmicas da migração são complexas e o conceito chave para explicar a relação entre migração em contextos de globalização económica e maior incidência de problemas de saúde mental é a desigualdade (IOM, 2003).

As pessoas imigrantes em processos de transição migratória enfrentam uma série de desafios com implicações concretas no seu estado global de saúde e bem-estar psicológico. Alguma investigação empírica evidencia o intenso *stress* “*biofisiológico*” resultante de mecanismos de adaptação a condições ambientais diferentes num curto espaço de tempo – variações climáticas, temperatura ambiente, tipo de alimentação, níveis de poluição, níveis de estimulação sensorial (Aycan e Berry, 1996). Outros estudos descrevem experiências de *stress* de aculturação, perturbações psicológicas e emocionais relacionadas com experiências de desenraizamento cultural e barreiras linguísticas, esboroamento da identidade comunitária, perda de redes de suporte social ou sensação de estranhamento relacionada com dificuldades de integração sociocomunitária nos países de acolhimento (Monteiro, 2009). Por outro lado, os imigrantes nas sociedades de acolhimento, especialmente nos casos de migração económica, tendem a constituir grupos minoritários, estando mais expostos a fenómenos de discriminação e segregação social. O preconceito racial e étnico, a pobreza e o baixo estatuto socioeconómico estão relacionados com maior incidência de perturbações psiquiátricas. As populações migrantes são especialmente vulneráveis a estes fatores de risco e existem grupos específicos dentro destas populações, como as crianças, os refugiados, os deslocados dentro do próprio país, as mulheres e os idosos que têm um risco acrescido de doenças psiquiátricas (Broman, 1996; OMS, 2001).

A investigação empírica sobre a saúde mental de populações imigrantes é complexa e tem sido objeto de múltiplas abordagens teóricas e metodológicas. No entanto, existe algum consenso teórico sobre as principais dificuldades na investigação empírica sobre saúde mental e doença psiquiátrica em populações migrantes, nomeadamente o facto de a pesquisa/investigação clínica utilizar amostras tendencialmente homogéneas, onde são excluídas as especificidades das minorias étnicas e populações imigrantes de grupos minoritários. Por outro lado, os imigrantes tendem a apresentar baixos índices de resposta em inquéritos epidemiológicos ou sociológicos relacionados com questões de saúde e a monitorização de imigrantes ilegais ou sem documentos é extremamente difícil ou mesmo impossível. Um outro fator estrutural que dificulta a investigação epidemiológica é o facto de a linguagem e terminologia científica estandardizada utilizada nos instrumentos de colheita de dados pode ter diferentes significados para grupos diferenciados -imigrantes, grupos étnicos minoritários (Juhász, Makara e Taller, 2010).

A validade cultural dos diagnósticos psiquiátricos aplicados a populações específicas, implica que os critérios nosológicos sejam remodelados ou mesmo reestruturados em função das diversas matrizes culturais em análise (Kleinman, 1988a). Existe sempre a possibilidade de haver um desvio conceptual e analítico quando uma determinada patologia é classificada/diagnosticada num determinado contexto cultural, tendo por base categorias diagnósticas produzidas por outra cultura, isto é, conduzindo a uma falácia categorial (Kleinman, 1980, 1988b). A falta de homogeneidade metodológica entre estudos sobre diferentes culturas, particularmente na identificação de casos, pode resultar na incapacidade em separar fatores metodológicos de fatores substantivos quando é observada variabilidade em comparações transculturais. Diversos pesquisadores têm desenvolvido estratégias para integrar essas perspetivas numa metodologia de pesquisa global que seja culturalmente válida e generalizável. Abordagens epidemiológicas e antropológicas têm sido combinadas

para incluir questões abertas em instrumentos de pesquisa, para modificar algoritmos diagnósticos adaptando-os à fenomenologia da cultura local, para adicionar questões culturalmente relevantes a questionários estruturados, na condução de metodologias de *focus group* ou de trabalho etnográfico antecedendo levantamentos epidemiológicos (Canino, Lewis-Fernandez e Bravo, 1997). A combinação das perspectivas *etic* e *emic* permitiu conciliar as tradições antropológica e epidemiológica, de forma a incorporar a flexibilidade cultural na metodologia de investigação, sem sacrificar a generalização transcultural dos resultados (Quartilho, 2001; Helman, 2003; Monteiro, 2011).

A revisão integrada e sistemática de literatura indicia que os imigrantes estão, de um modo geral, expostos a riscos acrescidos para a saúde mental (Monteiro, 2009; De Maio, 2010). O processo migratório é complexo e exigente do ponto de vista dos recursos individuais e a investigação empírica indicia que a experiência migratória pode estar associada a uma maior vulnerabilidade psiquiátrica relacionada com fatores stressogénicos, expressa em piores indicadores de saúde mental nas populações imigrantes e risco acrescido de desenvolver doenças mentais como a esquizofrenia, depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de stress pós-traumático (Bhugra, 2001, 2003; Monteiro, 2009, 2011).

3. Migrações e Saúde Mental: Imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal

O desafio deste trabalho de investigação consistiu em analisar as questões de saúde mental em contextos migratórios tendo como foco de atenção um contingente migratório específico – a população imigrante russófona oriunda da Europa de Leste residente em Portugal.

Numa primeira fase da investigação realizou-se um estudo exploratório de cariz qualitativo, com recurso à entrevista semiestruturada como instrumentos de colheita de dados e cujos materiais colhidos foram objeto de análise qualitativa. A finalidade do estudo consistiu na obtenção de informações para o aperfeiçoamento do projeto de investigação e na identificação das variáveis mais importantes para a investigação (Hill e Hill, 2000). O estudo decorreu de 1 setembro a 10 de dezembro de 2004. Foram realizadas cinco entrevistas: a imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal; a coordenadores de Associações de Imigrantes, que, pela sua experiência no terreno e contacto direto com estas populações estão particularmente informados sobre as suas dificuldades e problemas de saúde e ainda a dois elementos de organizações portuguesas que dão apoio jurídico e sociais as estas populações. No tratamento dos dados colhidos no estudo exploratório (entrevista) foi utilizada a análise de conteúdo (Bardin, 1977). Desta análise qualitativa, das entrevistas realizadas, emergiram alguns achados que corroboraram o *background teórico* sobre as questões de imigração e Saúde Mental e também os dados empíricos resultantes de alguns trabalhos de investigação já existentes sobre as condições sociodemográficas e a acessibilidade aos serviços de saúde por parte das populações oriundas da Europa de Leste a residir em Portugal.

O estudo exploratório preliminar utilizando uma abordagem qualitativa permitiu identificar um conjunto de questões centrais de investigação relacionadas com a saúde mental dos imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal que foram sistematizadas em dois eixos: a existência de sofrimento psicológico interpretado como stress, relacionado com contextos migratórios específicos e a perda ou rutura de redes de suporte social. Com base nestes dados do estudo exploratório, ancorados na revisão da literatura sobre o tema estruturaram-se as questões centrais da investigação e foram selecionados /construídos os instrumentos de referência para a colheita de dados.

3.1. Técnicas, instrumentos e procedimentos

Foi realizado um estudo de tipo descritivo-correlacional, tendo como objetivos caracterizar o estado global de saúde mental de imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal e caracterizar especificidades sociodemográficas desta população imigrante r que possam ter impacto no seu *status* de saúde mental. Pretendia-se que os resultados obtidos pudessem contribuir para promover a transculturalidade e a sensibilidade cultural na prática de cuidados de Saúde Mental em Portugal.

O estudo incidiu sobre uma população de 566 imigrantes oriundos de vários países da Europa de Leste. A colheita de dados foi realizada em 12 Centros Locais de Apoio ao Imigrante, sob a tutela do Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), em vários distritos do país. A amostra, de conveniência, foi constituída por todos os indivíduos russófonos, imigrantes da Europa de Leste, que acessem aos Centros entre 31 Janeiro de 2005 a 31 de Março de 2006 e voluntariamente anuissem a responder ao questionário. A investigação incidiu sobre 566 imigrantes russófonos com um projeto migratório em Portugal, oriundos de países da Europa de Leste, com mais de 15 anos, dos quais 296 do sexo masculino e 270 do sexo feminino, com uma média de idades de 36,3 anos, com um mínimo de 15 e um máximo de 66 anos

Neste estudo foram utilizados, entre outros instrumentos, a versão russa do General Health Questionnaire-28 (Goldberg e Hillier, 1979, versão de Kaz the Jong, 2004) para avaliar o *status* de saúde mental e a incidência de morbilidade psiquiátrica. Foi também aplicado um questionário sociodemográfico. Os instrumentos de colheita de dados foram submetidos a um processo de validação transcultural e realizados estudos de fiabilidade e consistência interna (Monteiro, 2009a). O valor do coeficiente de consistência interna *Alpha de Cronbach* do GHQ28, versão russa, foi de .868 para a escala total. Para as quatro subescalas do GHQ28, os valores do *Alpha de Cronbach* foram de, respetivamente – Sintomas/queixas somáticos, .779; Ansiedade e insónia .851; Disfunção social, .845 e Depressão severa, .812. Estes valores indiciam uma boa consistência interna em todas as subescalas. No estudo da dimensionalidade da escala, a análise fatorial foi forçada para quatro componentes, dado que a estrutura original da escala apresenta estas dimensões. A análise convergiu para uma solução com quatro fatores que explicam 52,6% da variância total. Este estudo confirmou a estrutura fatorial do GHQ-28 versão russa, com quatro fatores bem definidos e uma distribuição de sete itens por cada fator, coincidentes com a proposta pelos autores do questionário original, à exceção do item 1 (Monteiro, 2009a).

3.2. Resultados

3.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Apresentam-se, na Tabela 1, os dados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra. Relativamente à distribuição da amostra por género, verificou-se que se tratava de uma população maioritariamente do sexo masculino, característica de uma imigração de cariz económico. No entanto, nesta amostra indicia-se uma tendencial equiparação dos géneros em alguns grupos etários, devido a um aumento da imigração feminina, em grande parte devido ao reagrupamento familiar. A amostra situa-se maioritariamente no grupo etário dos 30 aos 40 anos (45,9%) e dos 19 aos 29 anos (22,1%), o que coincide com a caracterização desta população noutros estudos, como uma migração essencialmente de tipo económico (Baganha, 2003; Fonseca *et al.*, 2005).

O estado civil casado (65,7%) predomina nesta amostra, o que coincide com outros estudos de caracterização sociodemográfica desta população imigrante. Embora a situação de conjugalidade seja referida pela literatura como um fator associado a uma boa saúde mental, em populações migrantes este indicador pode ter outro significado, pois alguns destes indivíduos encontram-se separados do seu cônjuge e da sua família de pertença, pelo que este facto pode indicar uma maior vulnerabilidade em termos de saúde mental e integração social. Relativamente à nacionalidade e país de origem, é de realçar a diversidade da população inquirida em termos de nacionalidade. Destaca-se a população oriunda da Ucrânia (65,9%), o que está de acordo com todos os estudos existentes de caracterização sociodemográfica deste contingente migratório. Quanto ao nível de escolaridade da amostra, 42,4 % detém formação académica superior (licenciatura, mestrado e doutoramento) e 42,4% um curso médio profissionalizante. Estes dados confirmam a tendência de outros estudos que caracterizam a população imigrante da Europa de Leste como apresentando um nível de escolaridade superior ao de outros contingentes migratórios e mesmo à população portuguesa em geral (Rosa, 2005; Baganha, Marques e Góis, 2006).¹⁰

¹⁰ Trata-se portanto de uma população altamente qualificada, quer do ponto de vista da escolaridade quer do ponto de vista das competências profissionais, enquadrando-se no contexto que a literatura das migrações descreve como *highly skilled migration*. O desafio económico e social consiste em integrar esta mão-de-obra altamente qualificada e com um potencial elevado, permitindo-lhe uma mobilidade social ascendente (Rosa, Seabra e Santos, 2004; Monteiro, 2006; Baganha, Marques e Góis, 2006).

Tabela 1. Características sociodemográficas genéricas da Amostra

		n	%
Sexo	Masculino	296	52,3
	Feminino	270	47,7
Idade	Menos de 18 anos	7	1,2
	19 a 29	125	22,1
	30 a 40	260	45,9
	41 a 50	123	21,7
	Mais de 50	49	8,7
Estado Civil	Casado	372	65,7
	Solteiro	98	17,3
	Viúvo	15	2,7
	Divorciado	57	10,1
	União de Facto	24	4,2
Nacionalidade	Rússia	95	17,17
	Ucrânia	366	65,94
	Moldávia	44	7,92
	Outra	36	6,48
Religião	Católica	64	11,53
	Ortodoxa	446	80,36
	Muçulmana	17	3,06
	Outra	13	2,34
	Agnóstico	14	2,52
Escolaridade	Ensino básico	13	2,34
	Ensino secundário ou profissional	308	55,95
	Licenciatura, Mestrado e Doutoramento	234	42,4
Tempo de permanência em Portugal	Menos de 6 meses	16	2,8
	De 6 a 12 meses	25	4,4
	De 12 a 36 meses	71	12,5
	De 37 a 60 meses	226	39,9
	Mais de 60 meses	228	40,3
Região de residência	Zona Norte	9	1,6
	Grande Porto	302	53,4
	Região Centro	146	25,8
	Lisboa e Vale do Tejo	51	9,0
	Alentejo	26	4,6
	Algarve	32	5,7

3.2.2. Status de saúde mental e morbidade psiquiátrica

O *status* global de saúde mental foi avaliado utilizando o General Health Questionnaire GHQ-28 (Goldberg e Hillier, 1979) em que, quanto mais elevada a cotação obtida, pior o nível de saúde mental. Para determinar o impacto dos fatores sociodemográficos na saúde mental dos indivíduos inquiridos, procedeu-se à análise bivariada entre o *score* total do GHQ-28 e as variáveis sociodemográficas determinadas por questionário. Na tabela 2 apresentam-se apenas os resultados considerados mais relevantes.

Tabela 2. Resultados da análise bivariada entre o score total do GHQ-28 e variáveis sociodemográficas

		N	Média	Desvio Padrão	p
Tempo de permanência em meses	Menos de 6	14	1,43	1,99	0,005 ⁽²⁾
	De 6 a 12	22	2,00	1,95	
	De 12 a 36	70	1,16	2,44	
	De 37 a 60	218	1,49	2,62	
	Mais de 60	217	1,99	3,37	
SNS	Sim	452	1,56	2,78	0,105 ⁽¹⁾
	Não	88	2,19	3,40	
Domínio português	Não sabe ler português	290	1,75	3,07	0,724 ⁽³⁾
	Domínio básico	83	1,57	2,79	
	Domínio bom	162	1,54	2,58	
Situação laboral	Desempregado	130	2,03	3,10	0,011 ⁽²⁾
	Sem contrato de trabalho	70	1,39	2,57	
	Com contrato de trabalho	331	1,55	2,88	
	Trabalhador por conta própria	10	2,50	2,80	

(¹) Teste t; (²) Teste de Kruskal-Wallis; (³) ANOVA

Verifica-se que existem diferenças significativas ($p=0.005$) nos *scores* das diversas categorias de **tempo de permanência** em Portugal - os imigrantes que residem em Portugal entre 6 meses e um ano e os que residem há mais de cinco anos no nosso país, apresentam níveis de *score* superiores (2.00 e 1.99 respetivamente), indiciando maior probabilidade de patologia psiquiátrica. Os *scores* totais dos GHQ-28 tinham diferenças estatisticamente significativas ($p=0.011$) relativamente à **situação laboral**. Os trabalhadores por conta própria são aqueles que apresentam *scores* totais superiores (2.50). Nas restantes variáveis não existiram diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$) entre as categorias constituintes das mesmas, pelo que se optou por apresentar uma tabela simplificada com os dados.

Utilizando o ponto de corte sugerido pelos autores do questionário, indicador da probabilidade de se tratar de um caso psiquiátrico (Goldberg e Hillier, 1979), a tabela seguinte representa a distribuição da amostra por casos com patologia psiquiátrica.

10.4% dos inquiridos apresentam elevada probabilidade de ter patologia psiquiátrica enquanto os restantes 89,6% não apresentam patologia evidente (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da amostra por presença de caso psiquiátricos GHQ-28 Goldberg e Hillier, 1979

Patologia GHQ-28	N	%
Não	485	89,6
Sim	56	10,4
Total	541	100,0

Nos imigrantes com patologia predominavam as queixas somáticas, seguidas de ansiedade e insónia, disfunção social e por último, depressão grave (Monteiro, 2009 a).

Em seguida, procedeu-se a uma análise bivariada para avaliar a correlação entre as variáveis sociodemográficas e existência de “*casos psiquiátricos*” determinada pelo ponto de corte do GHQ-28 (Tabela 4). Das variáveis sociodemográficas analisadas somente duas estavam correlacionadas com significância estatística com existência de casos psiquiátricos: as qualificações profissionais ($p=0.021$) e a utilização do Serviço Nacional de Saúde em Portugal ($p=0.007$). Relativamente às qualificações profissionais, observou-se que os imigrantes que exercem profissões não qualificadas em Portugal apresentam uma maior percentagem de patologia (12.5%) enquanto que o grupo dos que exercem profissões qualificadas reportam uma menor incidência de patologia (5.0%). Em relação à utilização do Serviço Nacional de Saúde, o grupo de imigrantes que já tinha utilizaram o SNS em Portugal apresenta uma percentagem de patologia predita pelo GHQ-28 de 6.4%. Os imigrantes que nunca *acederam ao serviço nacional de saúde apresentavam uma percentagem superior em mais do dobro* (14.8%) de patologia psiquiátrica prevista pelo GHQ-28.

Tabela 4. Resultados da análise bivariada entre a patologia GHQ-28 e variáveis sociodemográficas.

		Patologia GHQ -28		Total	$p^{(1)}$	
		Não	Sim			
Sexo	Masculino	N	248	34	282	0,174
		%	87,9%	12,1%		
	Feminino	N	237	22		
		%	91,5%	8,5%		
Idade (anos)	Menos de 18	N	6	0	6	0,843
		%	100,0%	0,0%		
	19 a 29	N	109	12	121	
		%	90,1%	9,9%		
	30 a 40	N	223	24	247	
		%	90,3%	9,7%		
	41 a 50	N	104	14	118	
		%	88,1%	11,9%		
	Mais de 50	N	41	6	47	
		%	87,2%	12,8%		
Estado civil	Casado	N	321	35	356	0,399
		%	90,2%	9,8%		
	Solteiro	N	88	8	96	
		%	91,7%	8,3%		
	Viúvo	N	12	2	14	
		%	85,7%	14,3%		
	Divorciado	N	46	6	52	
		%	88,5%	11,5%		
	União de facto	N	18	5	23	
		%	78,3%	21,7%		
Nacionalidade	Rússia	N	85	9	94	0,334
		%	90,4%	9,6%		
	Ucrânia	N	313	42	355	
		%	88,2%	11,8%		
	Moldávia	N	40	3	43	
		%	93,0%	7,0%		
	Outros	N	33	1	34	
		%	97,1%	2,9%		
Religião	Católica	N	57	8	65	0,425
		%	87,7%	12,3%		
	Ortodoxa	N	390	42	432	
		%	90,3%	9,7%		
	Muçulmana	N	16	1	17	
		%	94,1%	5,9%		
	Outra	N	10	1	11	
		%	90,9%	9,1%		
	Agnóstico	N	11	3	14	
		%	78,6%	21,4%		

Região de residência	Norte	N	272	26	298	0,608
		%	91,3%	8,7%		
	Centro	N	124	15	139	
		%	89,2%	10,8%		
	Lisboa e Vale do Tejo	N	43	6	49	
		%	87,8%	12,2%		
Alentejo	N	20	5	25		
	%	80,0%	20,0%			
Algarve	N	26	4	30		
	%	86,7%	13,3%			
Escolaridade	Ensino básico	N	12	2	14	0,742
		%	85,7%	14,3%		
	Ensino secundário ou profissional	N	260	32	292	
		%	89,0%	11,0%		
	Licenciatura ou superior	N	213	22	235	
		%	90,6%	9,4%		
Coabitação	Família	N	406	35	441	0,681
		%	92,1%	7,9%		
	Outros	N	84	6	90	
		%	93,3%	6,7%		
Alojamento	Casa própria	N	37	4	41	0,707
		%	90,2%	9,8%		
	Casa arrendada	N	333	25	358	
		%	93,0%	7,0%		
	Quarto arrendado	N	116	9	125	
		%	92,8%	7,2%		
	Outros	N	12	2	14	
		%	85,7%	14,3%		
SNS	Sim	N	423	29	452	0,007
		%	93,6%	6,4%		
	Não	N	75	13	88	
		%	85,2%	14,8%		
Situação laboral	Desempregado	N	116	14	130	0,102
		%	89,2%	10,8%		
	Sem contrato de trabalho	N	68	2	70	
		%	97,1%	2,9%		
	Com contrato de trabalho	N	307	24	331	
		%	92,7%	7,3%		
Trabalhador por conta própria	N	8	2	10		
	%	80,0%	20,0%			
Profissão em Portugal	Não qualificado	N	140	20	160	0,021
		%	87,5%	12,5%		
	Qualificado	N	247	13	260	
		%	95,0%	5,0%		
	Altamente qualificado	N	11	1	12	
		%	91,7%	8,3%		

(1) Teste do Qui-Quadrado

Nos sujeitos com patologia psiquiátrica predominam as queixas somáticas, seguidas de ansiedade e insónia, disfunção social e por último, depressão grave:

Tabela 5. Distribuição da amostra com patologia por subescalas do GHQ-28

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Queixas Somáticas	56	0,00	7,00	3,196	2,153
Ansiedade e insónia	56	0,00	5,00	1,768	1,727
Disfunção social	56	0,00	6,00	1,446	2,071
Depressão grave	56	0,00	6,00	1,125	1,706

3.3. Discussão de resultados

Relativamente à incidência de morbilidade psiquiátrica, 10,4% dos imigrantes inquiridos apresentava elevada probabilidade de patologia avaliada pelo ponto de corte do GHQ-28 (Tabela 2), com uma prevalência de queixas somáticas, ansiedade e insónia (Tabela 5).

Da análise estatística bivariada e multivariada foram identificados um conjunto significativo de fatores sociodemográficos que influenciam o *status* de saúde mental da população inquirida e a incidência de patologia psiquiátrica avaliado pelo GHQ-28 (Tabela 3 e Tabela 4).

Os dados obtidos permitiram identificar um conjunto de fatores que influenciam a saúde mental dos imigrantes inquiridos. Estes fatores, por uma questão de construção analítica, podem ser agrupados em três eixos fundamentais que a literatura tem classicamente relacionado com as condições de saúde em populações imigrantes: *características da sociedade de acolhimento; fatores pessoais e fatores inerentes ao processo migratório*.

Entre os *fatores estruturais da sociedade acolhimento* destacam-se a *região de residência e a acessibilidade ao serviço nacional de saúde*. A região de residência estava correlacionada, com significância estatística, quer com o nível global de saúde mental, quer com a incidência de morbilidade psiquiátrica (Tabela 3 e Tabela 4). Apesar de algumas variações entre as várias regiões do país, globalmente os dados apontam para uma maior vulnerabilidade dos imigrantes da Europa de Leste que residem na região do Alentejo.

A região do Alentejo tem sido referida pela literatura e na pesquisa epidemiológica como estando relacionada com piores indicadores de saúde mental na população portuguesa, nomeadamente como sendo a região do país com os piores índices de suicídio e depressão, particularmente na população com 65 anos ou mais. As várias teses explicativas destes dados epidemiológicos apontam para uma complexidade de explicações multifatoriais, onde se destacam os aspetos socioculturais (Saraiva *et al.*, 2004). O facto de imigrantes a residir em Portugal apresentarem igualmente maior vulnerabilidade psiquiátrica nesta região do país parece sugerir que fatores estruturais de desenvolvimento económico e condições específicas de desenvolvimento regional, como o isolamento, a desertificação, a pobreza, a densidade populacional, as poucas oportunidades de emprego, a baixa religiosidade, as redes de apoio social e de apoio em saúde, mais do que as especificidades culturais, podem explicar uma maior prevalência de patologia psiquiátrica. Esta possibilidade merece ser aprofundada e em ulteriores pesquisas.

Neste estudo, a prévia utilização do Serviço Nacional de Saúde estava correlacionada, com significância estatística, com uma menor incidência de morbidade psiquiátrica avaliada pelo ponto de corte do GHQ-28. Os imigrantes que nunca acederam ao serviço nacional de saúde português apresentam o dobro de patologia psiquiátrica relativamente aos sujeitos que já tinham acedido ao SNS (Tabela 4). Estes dados podem significar que uma maior acessibilidade aos recursos em saúde é um fator protetor da saúde mental em contextos migratórios. Podem também indiciar que os imigrantes com acentuado sofrimento psicológico e eventual patologia psiquiátrica têm mais dificuldade em aceder ao serviço nacional de saúde, devido a barreiras linguísticas, burocráticas e culturais

Relativamente a *fatores pessoais*, o sexo, a idade e a escolaridade, embora sem significado estatístico, são fatores com impacto na saúde mental neste grupo de imigrantes inquiridos. O nível de escolaridade é umas das características sociodemográficas que a literatura mais frequentemente reporta como estando associada a condições globais de saúde, nomeadamente de saúde mental. Desde logo porque a escolaridade é determinante do *status* socioeconómico, em que, níveis mais elevados de escolaridade correspondem, regra geral, a melhores condições socioeconómicas e a melhores condições de saúde. Índices mais elevados de escolaridade surgem associados a melhores níveis de saúde mental e menor vulnerabilidade ao *stress*, indiciando que, mesmo em condições em que o nível de escolaridade não se traduz num correspondente nível socioeconómico, um nível de escolaridade elevado continua a ser um importante fator protetor em termos de saúde mental, enquanto característica individual que permite articular um potencial de estratégias, recursos e mecanismos de *coping*.

Outro elemento pessoal que emergiu no nosso estudo como tendo impacto na saúde mental dos imigrantes foi a pertença a determinadas confissões religiosas. A *religião* articula-se de forma muito complexa com o *status* de saúde mental, particularmente em contextos migratórios, visto que os processos de integração sócio comunitária, ou a construção de estratégia identitárias em contextos de comparação micro e macro grupal podem estar associados a práticas religiosas ou a sistemas organizados de crenças.

Alguns estudos sociológicos e na área da psiquiatria transcultural, indicam que a pertença a certas crenças religiosas pode também moldar os esquemas mentais individuais e a própria estrutura da personalidade, existindo relação entre uma maior ou menor vulnerabilidade psiquiátrica e a pertença a determinadas crenças religiosas (Bastide, 1969). Assim, a pertença e expressão de determinadas práticas religiosas enquanto elemento cultural estruturante de mundividência e interação social pode ser um elemento protetor em termos de menor incidência de comportamentos como o alcoolismo, o consumo de drogas ou o suicídio, no sentido inverso, estar associado a níveis mais elevados de sofrimento psicológico, ansiedade e depressão.

A pertença a uma religião, a prática religiosa regular ou o contacto com organizações religiosas podem também ser um elemento de sociabilidade e de ativação de redes de apoio social o que podem ser especialmente relevante em contextos migratórios (Monteiro, 2009, b). Neste estudo observou-se que existia uma correlação estatisticamente significativa entre a saúde mental e a variável religião, sendo os imigrantes católicos e os agnósticos quem apresentava pior *status* de saúde mental (Tabela 4).

De entre os **fatores relacionados com o processo migratório**, emergiram com especial relevância, *o tempo de permanência no país de acolhimento, a situação laboral, e o status socioprofissional*. Observou-se que existia uma correlação estatisticamente significativa entre a saúde mental e a variável tempo de permanência em Portugal. Observou-se que os imigrantes residentes em Portugal entre 6 meses e um ano, e os que tinham chegado há mais

de cinco anos eram quem apresentava pior *status* de saúde mental e maior probabilidade de patologia psiquiátrica (Tabela 3 e Tabela 4).

Verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa entre a Saúde Mental e a situação laboral, em que os imigrantes com contrato de trabalho apresentavam níveis superiores de saúde mental face aos imigrantes desempregados (Tabela 3).

Classicamente, o estatuto jurídico de desempregado tem sido associado a baixos níveis de saúde mental e /ou a maiores níveis de *stress*. Apesar de alguns dados contraditórios ou mesmo paradoxais, a generalidade da investigação empírica reportada pela literatura tende a apontar uma correlação positiva entre a situação de estar empregado e melhores níveis de saúde mental em indivíduos imigrantes. No entanto, nas populações imigrantes os fatores laborais não se restringem à situação da formalidade jurídica de existência ou não de contrato de trabalho regularizado, mas podem ter impactos mais complexos por resultarem de correlações multifatoriais. Não é apenas a situação jurídica de ter ou não um contrato de trabalho formal que condiciona diretamente os níveis de saúde mental, mas todo o conjunto do impacto que o desempenho de determinadas tarefas laborais tem na saúde do indivíduo, desde determinantes biológicos e psicossociais relacionados com a atividade laboral, passando pelo impacto que esta tem nos estilos de vida, padrões comportamentais e estatuto socioeconómico.

No nosso estudo as principais diferenças significativas identificadas são mais evidentes entre os imigrantes desempregados e os que têm uma relação laboral estável, com contrato de trabalho. Verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa entre a Saúde Mental e a situação laboral, em que os imigrantes com contrato de trabalho apresentavam níveis superiores de saúde mental face aos imigrantes desempregados.

Situação que merece melhor investigação é o grupo dos imigrantes que se definiu como *trabalhadores por conta própria*, sem dependência jurídica ou funcional de outra entidade empregadora. Este conjunto de imigrantes, embora minoritário na nossa amostra, foi o que apresentou *scores* totais superiores de cotação no GHQ-28 (2.50, $p= 0,011$) indiciando pior saúde mental (Tabela 3). Foi também o grupo que apresentou maior incidência de morbilidade psiquiátrica relativamente aos outros grupos, avaliada pelo ponto de corte do GHQ-28 (20,0%), embora neste caso sem existir uma correlação estatisticamente significativa (Tabela 4).

Esta situação parece indiciar uma maior fragilidade de imigrantes nestas circunstâncias, o que pode ser explicado eventualmente por maior *stress* laboral. Classicamente, a literatura sobre saúde ocupacional considera que ter atividades laborais de menor estatuto do que aquelas para a qual se está qualificado, é um risco potencial para a saúde mental (Aycan e Berry, 1996). Outros estudos sugerem que, os indivíduos que imigram podem vir a ter, nos países de acolhimento, níveis mais intensos de *stress* ocupacional ou mesmo situações de *burnout*, devido a condições específicas laborais que interferem com a saúde

4. Conclusões

Este estudo revela que embora os processos de transição em contextos migratórios possam estar associados a uma maior vulnerabilidade psicológica e impliquem uma dimensão pessoal de características estruturais de resiliência, de recursos da personalidade e estratégias de *coping*, estão também condicionados por aspetos macroestruturais da sociedade de acolhimento.

A identificação de alguns nexos de causalidade e de elementos preditores de patologia psiquiátrica ou de vulnerabilidade ao *stress*, pode contribuir para políticas mais globais e

estruturada sobre programas de acolhimento e promoção da saúde mental em populações imigrantes russófonas. Questões-chave como o reconhecimento de habilitações académicas e qualificações profissionais; a aprendizagem da língua portuguesa na vertente escrita; as questões da reunificação familiar, a acessibilidade ao serviço nacional de saúde e o tempo de permanência em Portugal, parecem ter especial relevância nesta população altamente qualificada, apesar das variações culturais e da sua diferenciação face à população portuguesa.

Os dados estudo permitem caracterizar o *status* global de saúde mental da população inquirida. Porém a existência de casos psiquiátricos nesta população não aparece ontologicamente associada à condição de imigrante, mas correlacionada com um conjunto diversificado de fatores complexos que se interpenetram. As análises estatísticas e as abordagens epidemiológica não esgotam as leituras possíveis de uma realidade complexa como a imigração, nem exauram sistematicamente as possibilidades interpretativas de sujeitos que se constroem em processos de transição.

O acolhimento de populações imigrantes altamente qualificadas do ponto de vista académico e científico mas também no domínio da arte, música e da cultura, como são, em geral os imigrantes da Europa de Leste pode ter um impacto extremamente positivo na sociedade portuguesa, não apenas do ponto de vista socioeconómico e demográfico, mas também sociocultural. Encontrar respostas concretas para as suas necessidades específicas de integração social mas também as necessidades específicas de saúde mental ultrapassa as fronteiras dos tradicionais sistemas de saúde locais e implica uma abordagem multissetorial.

Referências Bibliográficas

Almeida, Ana Paula (2011), “Migrantes somos todos - da estranheza do (des)encontro às identidades partilhadas”, *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 30 (2), 191-196.

Aycan, Zeynep; Berry, John W. (1996), “Impact of employment-related experiences on immigrants' psychological well-being and adaptation to Canada”, *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 28(3), 240-251.

Baganha, Maria Ioannis (2003), “The unforeseen wave: migration from Eastern Europe to Portugal”, in M. I. Baganha e M. L. Fonseca (eds.), *New Waves: Migration from Eastern to Southern Europe*. Lisboa: Luso American Foundation, 23-40.

Baganha, Maria Ioannis; Marques, José Carlos; Góis, Pedro (2006), “Trajectórias Migratórias: os imigrantes do Leste europeu”, in Nação e Estado: Entre o Global e o Local, 281 - 301. Porto: Afrontamento.

Bardin, Laurence (1977), *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bastide, Roger (1965), *Sociologie des maladies mentales*. Paris: Flammarion.

Bhugra, Dinesh (2000), “Migration and schizophrenia”, *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 407, 68-73.

Bhugra, Dinesh (2003), “Migration and depression”, *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 418, 67-72.

Broman, Clifford (1996), “The health consequences of racial discrimination: A study of African Americans”, *Ethnicity and Disease*, 6 (1-2), 148-153.

Canino, Glorisa; Lewis-Fernandez, Roberto; Bravo, Milagros (1997), “Methodological challenges in cross-cultural mental health research”, *Transcultural Psychiatry Research Review*, 34, 163-184.

Castles, Stephen (2005), *Globalização, transnacionalismo e novos fluxos migratórios – dos trabalhadores convidados às migrações globais*. Lisboa: Fim de Século.

Cohen, Robin (2005), “Globalização, migração internacional e cosmopolitismo quotidiano”, in António Barreto (coord.), *Globalização e Migrações*. Lisboa: ICS, 25-43.

De Maio, Fernando (2010), “Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada”, *Journal of Equity on Health*, 9, 27.

Fonseca, Maria Lucinda; Esteves, Alinda; McGarrigle, Jennifer; Silva, Sandra (2007), Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: Uma perspectiva geográfica e política. *Imigração e Saúde* Lisboa: ACIDI, 27-52.

Goldberg, David; Hillier, V. F. (1979), “A scaled version of the General Health Questionnaire”, *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Held, David; McGrew, Anthony (eds.) (1999), *Global Transformations. Politics. Economics and Culture*. Cambridge: Polity Press.

Helman, Cecil (ed.) (2003), *Doctors and Patients: An Anthology*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Hill, Manuela Magalhães; Hill, Andrew (2000), *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

IOM - International Organization for Migration (2013), *World Migration Report 2013 – Migrant Well-being and Development*. Geneva: IOM.

IOM - International Organization for Migration. World Migration (2003), *Managing Migration - Challenges and responses for people on the move*. Geneva: IOM.

Jong, Kaz de; Van der Kam, Saskia; Ford, Nathan; Hargreaves, Sally; Van Oosten, Richard; Cunningham, Debbie; Boots, Gerry; Andrault, Elodie; Kleber, Rolf (2004), The trauma of Chechnya’s ongoing war on internally displaced people The Trauma of ongoing War in Chechnya. Quantitative assessment of living conditions, and psychosocial and general health status among war displaced in Chechnya and Ingushetia. *Conflict and Health* 2007, 1:4.

Juhász, Judit; Makara, Péter; Taller, Ágnes (2010), *Possibilities and limitations of comparative research on international migration and health. Promoting Comparative Quantitative Research in the Field of Migration and Integration in Europe (PROMINSTAT)*. Working Paper No. 09. Brussels: European Commission.

Kleinman, Arthur (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of London: California Press.

Kleinman, Arthur (1988a), *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.

Kleinman, Arthur (1988b), *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.

Monteiro, Ana Paula (2006), Imigração e saúde: imigrantes da Europa de Leste a residir em Portugal, *Referência*, 2 (10),9-20.

Monteiro, Ana Paula (2009a), *Imigração e Saúde Mental. Vulnerabilidade ao stress, percepção de suporte social e saúde mental em Imigrantes da Europa de Leste em Portugal*. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. a)

Monteiro, Ana Paula (2009b), “Percepção de apoio social e saúde mental em contextos migratórios: imigrantes russófonos a residir em Portugal”, *Revista Referência*, 10, 35-46.

Monteiro, Ana Paula; Vaz Serra, Adriano (2011), “Vulnerability to Stress in Migratory Contexts: A Study with Eastern European Immigrants Residing in Portugal”, *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13 (4), 690 - 696.

Monteiro, Ana Paula; Vaz Serra, Adriano (2013), “Psychometric properties of the Russian version of the stress vulnerability questionnaire - 23QVS (Serra, 2000), in a sample of 556 Russian-speaking immigrants in Portugal”, *European Psychiatry Journal*, 28, 1, 1.

OMS - Organização Mundial da Saúde (2001), *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding*. New Hope. Geneve: OMS.

OMS - Organização Mundial da Saúde (2013), *Mental Health Action Plan 2013-2020*.Geneve.OMS

OMS-Organização Mundial da Saúde (2004), *Report of the 7th Meeting of the European National Counterparts for the WHO Mental Health Programme*. Geneve: OMS.

ONU (2013), *International Migration Report 2013. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations*. New York: United Nations:

ONU (2014), *World Youth Report 2013.Youth Migration and Development*. Consultado a 20 de fevereiro de 2014, disponível em http://www.unworldyouthreport.org/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&task=category&id=29&Itemid=219.

Quartilho, Manuel José (2001), *Cultura, Medicina e Psiquiatria: Do Sintoma à Experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.

Rosa, Maria João (2005), *(Des)encontro entre as migrações internacionais (laborais) e qualificações (escolares): o caso dos europeus de Leste a residir em Portugal*. Lisboa: SociNova Migration/Universidade Nova de Lisboa.

Rosa, Maria João Valente; Seabra Hugo; Santos, Tiago (2004), *Contributos dos Imigrantes na Demografia Portuguesa. O Papel das Populações de Nacionalidade Estrangeira*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas -ACIME.

Saraiva, C. B. (2006), *Estudos sobre o Para-suicídio – O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Edição de Autor.

El impacto de la crisis en el sistema sanitario español¹

Marta Aguilar Gil,² Universidad de Sevilla, Departamento de Sociología, Sevilla-España
maguilar6@us.es

José María Bleda García,³ Universidad de Castilla-La Mancha, Departamento de Filosofía - Área de Sociología, Toledo-España
jose.bleda@uclm.es

Resumen: El gobierno de España aprobó en 1986 la Ley General de Sanidad que estableció el marco normativo de actuación sanitaria, veinte años después se revisó y se contempló la necesidad de su adecuación a las necesidades de la población, iniciándose un debate público en la sociedad española para buscar un pacto por la sanidad. Debate que ha sido interrumpido por la llegada al poder de los políticos conservadores, que amparándose en la crisis económica actual han llevado a cabo una política de recortes económicos que están repercutiendo en la sostenibilidad del sistema sanitario español, han producido una elevada conflictividad social y un cuestionamiento de la sanidad pública y del estado del bienestar.

Palabras Clave: Sistema sanitario español, Estado del bienestar, Crisis económica.

¹ Esta intervención realizada en el Centro de Estudios Sociais de la Universidade de Coimbra, en enero de 2013, fue desarrollada posteriormente para presentarse como comunicaciones orales en el XI Congreso Español de Sociología (Madrid, julio, 2013) y en ESA 11 th Conference (Turín, agosto, 2013), así como un artículo en la Revista Praxis Sociológica (nº 18, marzo, 2014).

² Doctora y Licenciada en Sociología por la Universidad Pontificia de Salamanca y Graduada en Trabajo Social por la Universidad Pontificia de Comillas. Master Business Administration Executive por el ICADE. Actualmente es profesora de Sociología del Departamento de Sociología de la Universidad de Sevilla. Sus principales líneas de investigación son la evaluación de políticas públicas, sociología de la salud y sociología de la educación.

³ Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid y Doctor en Sociología. Ha desempeñado cargos de dirección y gestión en centros sanitarios y sociales. Sus principales líneas de investigación son: sociología de Universidad de Castilla-La Mancha y Director de la Revista Praxis Sociológica.

Las políticas sanitarias ante la globalización

A partir de los años noventa cuando la globalización se acelera, esta trae consigo cambios muy profundos a nivel mundial en lo relativo a lo económico, lo político y lo social. Las políticas sanitarias no son ajenas a estos cambios por lo que también se ven influenciadas por este fenómeno, a partir de entonces se empieza a contraponer el modelo del Estado neoliberal y el modelo del Estado del bienestar; debate que aún sigue en la actualidad.

Si hacemos una revisión histórica a nivel global sobre los modernos sistemas de salud, podemos apreciar como la política es primordial a la hora de la conformación de un sistema de salud. Alcántara (2002: 24) señala que “los grupos de presión, los movimientos sociales y los partidos políticos han tenido una gran influencia sobre la formulación de las políticas de salud por parte del estado”. La salud pasó de ser un aspecto individual donde cada cual respondía por si mismo en la medida de sus posibilidades o dependía de la caridad, a ser considerado un derecho social para todos los ciudadanos distribuyendo los recursos de una manera justa. El reconocimiento de estos beneficios sociales fue debido a un largo proceso de conflictos sociales. En Europa a finales del siglo XIX y principios del XX “la clase trabajadora y el movimiento obrero influyeron enormemente en la consecución del estado de bienestar y en los programas nacionales de salud”, tal y como indica Navarro (1998: 851).

Los orígenes del intervencionismo estatal habría que remontarlos en Alemania a finales del siglo XIX, donde Bismark se vio obligado a implantar el seguro obligatorio de enfermedad debido a las protestas y al auge de la clase trabajadora organizada en el partido socialdemócrata y tal y como afirma Bleda (2002: 11), después de la segunda Guerra Mundial este modelo se fue implantando en los países más desarrollados y sobre todo en Europa, empieza la edad de oro del *welfare state* (1945-1975). En Gran Bretaña, por ejemplo, en 1948 con la llegada al poder del partido laboralista se implantó el Servicio Nacional de Salud en todos sus niveles, con impuestos generales y de cobertura universal. En los años cincuenta y sesenta el Estado de Bienestar se consolida, en esta etapa la política social, tal y como dice Rodríguez Cabrero (1992: 22), era concebida como un instrumento autónomo de reforma social en el marco de un capitalismo regulado. Después en los años setenta se inicia la edad de plata del *welfare state* (1976-2007) debido al estancamiento de la economía, estas políticas reformistas entran en crisis y surgen las teorías neomarxistas y neoliberales (Moreno, 2012). Los neoliberales consideran que el Estado de Bienestar entra en crisis debido a su sobrecarga, ya que ésta, conlleva un sector público improductivo y un gasto ilimitado, consideran que lo mejor para su permanencia y mejora es la privatización de recursos. Los neomarxistas en cambio consideran que la crisis no está en el Estado de Bienestar sino en la esencia del capitalismo. En la década de los ochenta se empieza a hablar de crisis del Estado de Bienestar y se plantean nuevas alternativas de protección social, unos hablan de la involucración e institucionalización de los agentes sociales y otros creen que los sistemas de protección social han de desarrollarse dentro de un crecimiento sostenido, con flexibilidad, descentralizado, eficiente y adecuado al neoliberalismo.

Ante esta situación es conveniente analizar como a partir de los años noventa, la globalización ha introducido una serie de cambios en las políticas sanitarias a nivel global. Uno de esos cambios es la llegada de nuevos actores al sistema de salud relacionado con la pérdida de poder de las viejas estructuras de los estados nacionales que tenían la capacidad de desarrollar esas políticas sanitarias. Por ejemplo, a partir de esa década, las instituciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) relacionadas con la prestación de salud, tal y como afirman Buse y Walt (2000: 183), comenzaron a incrementar sus actividades referidas a las políticas sanitarias conjuntamente con diversas empresas privadas, lo que significó un

aumento de la influencia del sector privado en dichas actividades y en la propia ONU. Se pensó que era bueno para el desarrollo sanitario crear alianzas entre el sector público y privado, estableciendo alianzas como “un medio para reunir a un conjunto de actores en pos de la meta común de mejorar la salud de las poblaciones sobre la base de funciones y principios acordados mutuamente” (OMS, 1999, citado en Buse y Walt, 2000: 184). Pero la experiencia en nuestros días nos dice que los objetivos de la globalización corporativa, como la búsqueda de eficiencia y el incremento de la productividad, no van en consonancia con aspectos tales como el desarrollo humano y la lucha contra la pobreza, dos cuestiones fundamentales que se asignan a los Estados en general. Para ilustrar lo anteriormente señalado podemos indicar como la investigación de nuevos medicamentos, por ejemplo, está más influida por intereses comerciales que por el interés en la salud pública, de tal manera que el mercado “puede ser bueno” para lograr eficiencia, pero no para crear equidad.

La liberalización del sistema sanitario en contraposición al Estado de Bienestar

Tal y como hemos afirmado en el apartado de arriba, la entrada de corporaciones privadas al sistema sanitario en Europa basándose en el modelo de Estado neoliberal surgió como respuesta a la llamada “Crisis del Estado de Bienestar” a partir de la década de los ochenta.

Con el Estado de Bienestar se intentó buscar un modelo que tuviera sensibilidad social. A partir de esta situación, cobró fuerza y vigor el principio de la igualdad, que resultaba incompatible con el mercado autorregulado, proponiendo que el Estado debe asumir la carga de eliminar todos los obstáculos que objetivamente impiden a los ciudadanos menos pudientes gozar de los derechos políticos y sociales formalmente reconocidos. Para que un modelo como el anterior fuera exitoso era imprescindible que generara riqueza. En teoría, según Keynes, la misma surgiría como resultado de la aplicación de una economía de consumo, produciendo la génesis “de una sociedad opulenta con extraordinarias capacidades productivas, las cuales hacen posible que el Estado pueda destinar una cuota considerable del rédito nacional a fines sociales”. (Pellinaci, 1988: 112). Con la caída de la Unión Soviética se produjo una gran confusión ideológica a nivel global dando paso al triunfo del capitalismo con un modelo neoliberal. Los principales actores en un mundo neoliberal son y serían las grandes empresas multinacionales que controlan las finanzas, el comercio y la industria informática global y se extienden a lo largo y ancho del mundo penetrando en las cada vez más débiles y difusas fronteras de la mayoría de los Estados. En el terreno de la salud y la seguridad social específicamente, “los tratados de libre comercio han fortalecido a dos poderosos actores económicos, que son la industria aseguradora y el tradicional complejo médico-industrial” (Laurell, 2000: 74). A estos actores económicos les conviene la impotencia estatal en los asuntos económicos para poder entonces ejercer un control casi absoluto en dicha área.

Debido a esta confrontación antagónica entre el Estado todo proveedor y el Estado observador pasivo ante el mercado y contemplador de la supremacía de lo económico sobre lo político, pueden plantearse alternativas intermedias y conciliadoras. En este sentido, es interesante considerar la búsqueda de un mejor equilibrio y complementación, en que un Estado activo regula y orienta las innegables ventajas del mercado en la producción de bienes individuales, reduce la inestabilidad e incertidumbre de los mercados financieros, y garantiza la provisión de bienes públicos o socialmente requeridos, entre los cuales la salud se ubica

como una necesidad básica y vital. Esta sería una opción orientada a la protección social necesaria en un régimen político democrático.

Esta situación se refleja en España de forma parecida, si bien hay que tener en cuenta que no es hasta la transición española cuando se empieza a disfrutar del Estado del Bienestar. A finales del franquismo la Ley de Bases de la Seguridad Social (1963) estableció un sistema de aseguramiento de tipo *bismarkiano*; posteriormente bajo los primeros gobiernos de la democracia y sobre todo con la integración de España en la Comunidad Económica Europea (1986) las políticas sociales fueron ampliándose a gran parte de la población de manera similar a los países centroeuropeos y nórdicos. Aunque con la peculiaridad de que en España al transferirse las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas casi la mayoría de los españoles pudieron beneficiarse de una mayor accesibilidad y una mejora en la atención sanitaria.

Nuevos tiempos, viejos debates (2008-2013)

Al cumplirse los veinte años de la puesta en marcha de la Ley General de Sanidad (14/1986) se iniciaron en España una serie de debates sobre lo ocurrido en esa etapa, planteándose la necesidad de revisar la norma, corregir los problemas que se estaban detectando en la aplicación de la misma y adaptarla a los nuevos tiempos. Fruto de estos debates es el *Pacto por la Sanidad* que se generó en el gobierno progresista de Rodríguez Zapatero, cuyo objetivo era consensuar propósitos comunes para todo el Sistema Nacional de Salud. La estructura de este pacto global en materia sanitaria fue presentada en septiembre del 2008, por el entonces Ministro de Sanidad, Bernat Soria, contemplándose su meta en reivindicar el papel fundamental de Sistema Nacional de Salud como pilar del estado del bienestar y como uno de los patrimonios comunes del país que, no sólo debería ser garante de una asistencia sanitaria de calidad, sino que también debería ser un elemento de riqueza e innovación para la economía española.

Desde entonces hasta 2011, el *Pacto por la Sanidad* sufrió varios avatares, pasó por varias comisiones del Congreso de Diputados, del Senado, se debatió en el Consejo Interterritorial, participaron en su discusión numerosas organizaciones profesionales en la elaboración del mismo; cada vez que hay un cambio de gobierno o de ministro de sanidad (ya sea progresista, ya sea conservador) lo primero que hacen es decir que el *Pacto por la Sanidad* es importantísimo, que se ponen manos a la obra, pero con el paso de los años aún se sigue debatiendo sobre qué hacer. En lo que sí están de acuerdo todos es que el sistema es frágil y que es necesario un acuerdo de todos de los agentes de salud implicados para lograr un consenso en un pacto de estado en sanidad.

Por otro lado, también se está planteando la necesidad de una nueva ley de sanidad. Desde una posición progresista (Rey del Castillo, 2006), la reforma se fundamenta en los siguientes aspectos: condiciones de la cobertura sanitaria, organización territorial, financiación, régimen de personal, las relaciones con los proveedores de tecnología sanitaria y de medicamentos; todo ello con la finalidad de garantizar el Sistema Nacional de Salud como un instrumento de cohesión social y con la meta de prestar una atención sanitaria universal e igualitaria a todos los españoles.

Sin embargo, desde que a finales del año 2011 el gobierno español pasa a manos del partido conservador (PP) el debate y las actuaciones que se están llevando a cabo están suponiendo un cuestionamiento del Sistema Nacional de Salud. Desde los primeros momentos los conservadores, amparándose en la crisis económica, plantean nuevas actuaciones para reformar la Ley General de Sanidad, la descentralización de la sanidad en las

Comunidades Autónomas y la sostenibilidad del sistema, en definitiva proponen modificar el modelo sanitario desarrollado hasta ese momento, poniendo sobre la mesa el viejo debate dicotómico entre lo público y lo privado. La actuación más importante se dio en abril del 2012, pues el gobierno conservador aprobó, mediante un Real Decreto⁴ (es decir, sin llevarlo a su discusión al Parlamento Español), la Ley 16/2012 que, entre otras cosas, considera que es necesario llevar a cabo una intervención urgente debido a:

La ausencia de normas comunes en el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogos, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación. Se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias. Se hace, pues, imprescindible la adopción de medidas urgentes que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que este problema persista.⁵

Los aspectos que tiene en cuenta esta Ley están relacionados con la asistencia sanitaria, la cartera de servicios, la prestación farmacéutica, la financiación del sistema, los recursos humanos y la salud pública. Se puede decir que es una “nueva ley de sanidad”, pues afecta casi a todo lo fundamental del Sistema Nacional de Salud.

Esta nueva norma fundamentalmente apuesta por un nuevo modelo de atención sanitaria, que en opinión de muchas organizaciones (profesionales, ciudadanas, sindicales, políticas) su intento es privatizar el sistema sanitario. De hecho las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular ya han iniciado ese nuevo modelo; por ejemplo, la Comunidad Valenciana, en Agosto de 2012, ha iniciado el proceso para la adjudicación a empresas privadas de la gestión de la logística no sanitaria de los Departamentos de Salud, con el fin de profundizar en un sistema de colaboración público-privado, lo que según el Consejero de Sanidad de esa comunidad autónoma, no afectará a la prestación sanitaria de los ciudadanos, ni tampoco a las relaciones laborales de los profesionales sanitarios. Y, las comunidades autónomas gobernadas por los socialistas (País Vasco, Andalucía) están dando pasos, bien para denunciar las actuaciones que están debilitando el Sistema Nacional de Salud, bien para blindar de alguna manera los sistemas regionales de salud, e incluso por la inconstitucionalidad de algunas de estas medidas, puesto que modifican normas, derechos y competencias.

Desde la aprobación de esta norma ha habido muchas manifestaciones en su contra, pues se teme un desmantelamiento del sistema sanitario público, hasta ahora basado en la universalidad, la equidad, la calidad y la gratuidad. Múltiples organizaciones sanitarias (Organización Médica Colegial, la Sociedad Española de Atención Primaria y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), sindicatos de clase y profesionales, organizaciones de ciudadanos y de usuarios del sistema, etcétera, han puesto en marcha diversas actuaciones para denunciar ese desmantelamiento del sistema sanitario público. Opinan que las medidas contempladas en el Real Decreto pueden hacer que los avances llevados a cabo en las tres últimas décadas se desvanezcan pudiendo volver cincuenta años

⁴ Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones.

⁵ Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones, BOE nº 98, de 24 de abril de 2012, página 31278.

atrás, y que con esas actuaciones no se resolverán los problemas actuales del Sistema Nacional de Salud, sino que éste será más caro económicamente y conllevará a una mayor desigualdad social; en definitiva, habrá un retroceso y pérdida de derechos ciudadanos, lo que corresponde a un modelo ideológico neoliberal, en el que lo material está por encima de la salud.⁶

Antes de la crisis del Estado del Bienestar en 2007 en España había una generalización del sistema sanitario público con una cobertura próxima a la totalidad de la ciudadanía, si bien hacía tiempo se había iniciado una extensión de la gestión privada selectiva de servicios sanitarios. El caso más importante fue el de la privatización de la gestión de los servicios sanitarios públicos en la Comunidad Autónoma de Valencia, en el Área sanitaria de Alzira. Experiencia que en el año 2012 la Comunidad de Madrid intenta emular con la privatización de la gestión en siete hospitales públicos, lo que ha supuesto un rechazo general de los profesionales sanitarios y el apoyo ciudadano a las movilizaciones; desde este movimiento social (“*marea blanca*”) se cuestiona el nuevo modelo de gestión fundamentalmente por su temor a un empeoramiento de los servicios sanitarios y a un aumento de las desigualdades sociales que se pueden producir, pues consideran que la propuesta de privatización no garantiza la sostenibilidad del sistema, no va a servir para ahorrar significativamente y va a empeorar el funcionamiento del sistema sanitario, llegando a plantear que no es la sanidad lo que pelagra, sino que es el Estado del Bienestar quien está en riesgo.

En el año 2013 los presupuestos sanitarios en las Comunidades Autónomas han disminuido por tercer año consecutivo, lo que está conllevando a un gran malestar social. Malestar que se ve reflejado en diversos estudios e informes. Un estudio de la empresa Metroscopia realizado en enero de 2013 refleja que el 73% de los ciudadanos españoles está al borde del estallido social a causa del nivel de paro y de pobreza existente. En una encuesta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) se muestra el rechazo de los profesionales sanitarios a las reformas privatizadoras, el 96,7% estima que ellos pueden aportar soluciones que eviten la privatización de los servicios sanitarios. En el Barómetro social que realizó el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2012) se señala que la sanidad ha pasado de ser el año pasado el duodécimo problema de los españoles a ser actualmente el tercero. Y, por último, otro dato que demuestra este malestar es el aumento de las quejas ciudadanas a la institución del Defensor del Pueblo en los aspectos referidos a la reducción de las prestaciones sanitarias, en la exclusión de colectivos del ámbito de la protección de la sanidad pública, la financiación de los medicamentos, la supresión de centros de urgencia de atención primaria y la insuficiente dotación de personal sanitario. A este descontento ciudadano habría que añadirle el cuestionamiento de las normativas elaboradas por el actual gobierno conservador, pues todas las Comunidades Autónomas que no tienen el signo político conservador han recurrido la actual reforma a la máxima instancia judicial, el Tribunal Constitucional.

Sin embargo, esta oposición social, profesional y política no está influyendo en las decisiones del gobierno central y de los gobiernos autonómicos conservadores para que se siga adelante con el proceso de recortes sanitarios, ya que estos se van extendiendo a otras comunidades como Cataluña, Castilla-La Mancha, Galicia o Valencia.

⁶ El Presidente de la OMC ha propuesto la creación de una organización médica común europea para frenar una mercantilización de las prácticas médicas y una medicalización excesiva de la sociedad.

Esta situación de malestar en la mayoría de la ciudadanía española, que ha pasado en un breve periodo de tiempo de una edad de oro de *welfare state* a una edad de bronce, o lo que es lo mismo de una época de seguridad a una de incertidumbre, es un ejemplo más de la sociedad del riesgo *beckiana* y de la incertidumbre global.

Conclusiones

Con los nuevos tiempos en España, principalmente por la crisis económica y social que se está atravesando y por la llegada al gobierno de los conservadores, se está diseñando un nuevo escenario en el que aparecen los viejos debates dicotómicos entre lo público y lo privado. Todas las instituciones y organizaciones afectadas por la sanidad coinciden en que es necesario un cambio del Sistema Nacional de Salud, pero si bien los cambios son imprescindibles, éstos deberían hacerse de una manera consensuada entre todos los agentes de salud y deberían ir más allá del color del partido que gobierne.

Referencias

- Alcántara, G. (2002), *Democracia cosmopolita, Estado moderno y nación*. Monografía, Maestría en Ciencias Políticas. Mérida, Venezuela: CEPSAL, ULA (Mimeo).
- Bleda, J. M. (2002), *El Estado del Bienestar en la Comunidad de Castilla-La Mancha*. Toledo: Ediciones Parlamentarias de Castilla-La Mancha.
- Buse, K.; Walt, G. (2000), “Global public-private partnerships for health: part I. A new development in health”, *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 49-561.
- CIS (2012), *Barómetro Social*, Estudio nº 2951. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Laurell, A. C. (2000), “Globalización, políticas neoliberales y salud”, in Briceño-León, R.; De Souza, M. y Coimbra, C. (Coords.), *Salud y equidad: una mirada desde las Ciencias Sociales*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz, 73- 84.
- Moreno, L. (2012), *La Europa Asocial*. Madrid: Península.
- Navarro, V. (1998), “Sistemas de salud en los países desarrollados”, in Martínez, F.; Castellanos, P. L.; Navarro, V., *Salud Pública*. Ciudad de México: McGraw-Hill, 847-860.
- Pellinaci, L. (1988). Estado de bienestar. En: Bobbio, N. y Matteuci, N., *Diccionario de Ciencia Política*. Ciudad de México: Siglo XXI [6ª edición].
- Rey del Castillo, J. (2006), *La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud*, Informe nº 8/2006, Laboratorio Alternativas, Madrid.
- Rodríguez Cabrero (1992), “Fundamentos teóricos de la política social”, in Moreno, L. y Pérez, M., *Política social y estado del bienestar*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 21-44.



Impacto da crise no sistema de saúde – Portugal⁷

Pedro Lopes Ferreira,⁸ Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
pedrof@fe.uc.pt

Resumo: Portugal está a atravessar uma crise financeira, económica e social muito séria. Esta crise, que também afeta outros países europeus da Zona Euro e fora dela, está a ter consequências drásticas na saúde e no sistema de saúde do país. As causas desta crise tiveram muito a ver com falhas intrínsecas, de enquadramento, regulação e supervisão dos sistemas financeiros e com limitações estruturais da zona Euro, atingindo naturalmente países com a economia e governança mais débeis.

Relativamente aos efeitos de uma crise socioeconómica na saúde existe uma vasta e crescente base de conhecimento. A proteção contra os efeitos negativos da crise deve assentar, no entanto, em políticas ativas de emprego, proteção contra o endividamento e numa política ativa de promoção do acesso aos serviços de saúde.

Nada disto temos em Portugal. Não existe qualquer sistema de monitorização dos efeitos da crise na saúde.

Palavras-chave: Sistema de saúde, Efeitos da crise, Portugal.

⁷ Na apresentação que serviu de base a este artigo o autor seguiu de perto o último Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2012).

⁸ Professor Associado com agregação da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Diretor do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e membro da equipa coordenadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Integra a Comissão de Ética para a Investigação Científica (CEIC) e é co-chair do Comité Regional Ibero-Americano da International Society for Quality of Life Research (ISOQOL).

Introdução

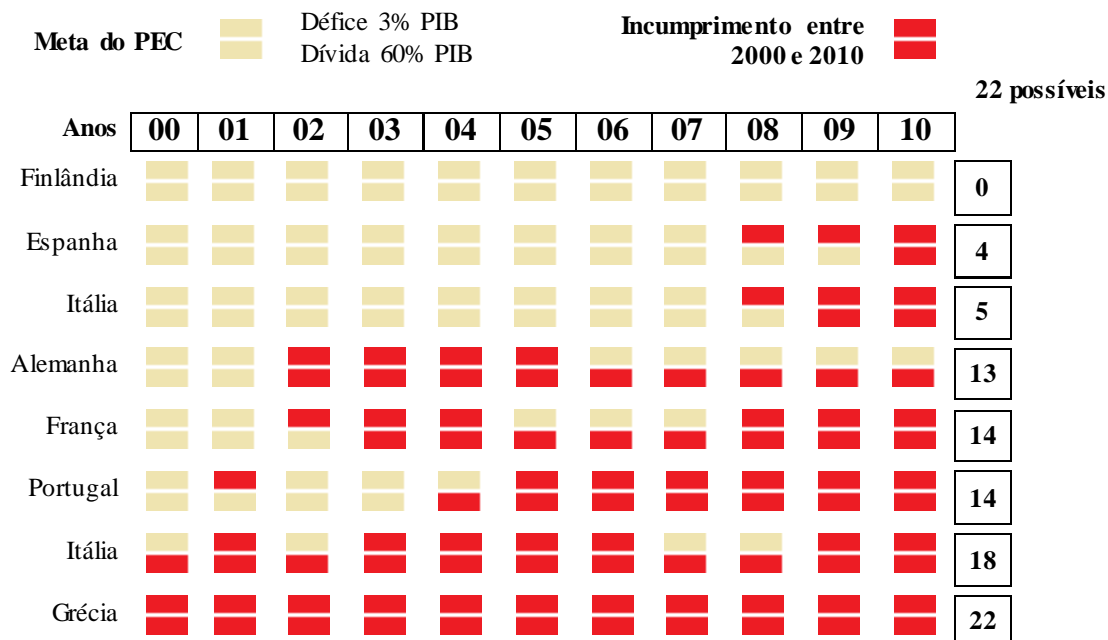
Portugal está a atravessar uma crise financeira, económica e social muito séria. O mesmo acontece com a Grécia e com a Irlanda e, mais recentemente, com a Espanha e com a Itália. Apesar de uma forma menos notória, esta crise atinge também outros países europeus da zona Euro (como a Holanda, a França e a Estónia) e fora dela (como a Hungria).

Uma crise desta importância afeta necessariamente a saúde e o sistema de saúde do país. Por isso, o que acontece na saúde depende, em grande parte, da qualidade da resposta política e social à crise instalada. Contudo, uma resposta adequada a esta crise não pode também deixar de depender do entendimento rigoroso das suas causas.

As causas da crise

Convém lembrar que esta é uma crise, desencadeada pelos sistemas financeiros, que convergiu de falhas graves na gestão do Euro e que atingiu mais intensamente países económica e socialmente mais frágeis. De facto, o aparecimento de produtos financeiros tóxicos e falhas de enquadramento, regulação e supervisão criaram as condições para uma subversão do papel económico e social do sistema financeiro e para uma "financeirização" da economia. Por outro lado, algumas limitações estruturais da zona Euro, sem políticas económicas ou fiscais comuns vieram potenciar a situação.

A situação foi agravada pela inadequação das respostas nacionais, europeias e internacionais. De facto, para assegurar a estabilidade da zona Euro, a União Europeia (UE) definiu critérios precisos para o défice (3% do PIB) e para a dívida pública (60% do PIB). A figura 1 mostra o grau de cumprimento e incumprimento dessas metas por parte de países membros da UE, durante os 11 anos que mediaram entre 2000 e 2010.



Fonte: Eurostat, 2011.

Figura 1. Pacto de Estabilidade e Crescimento

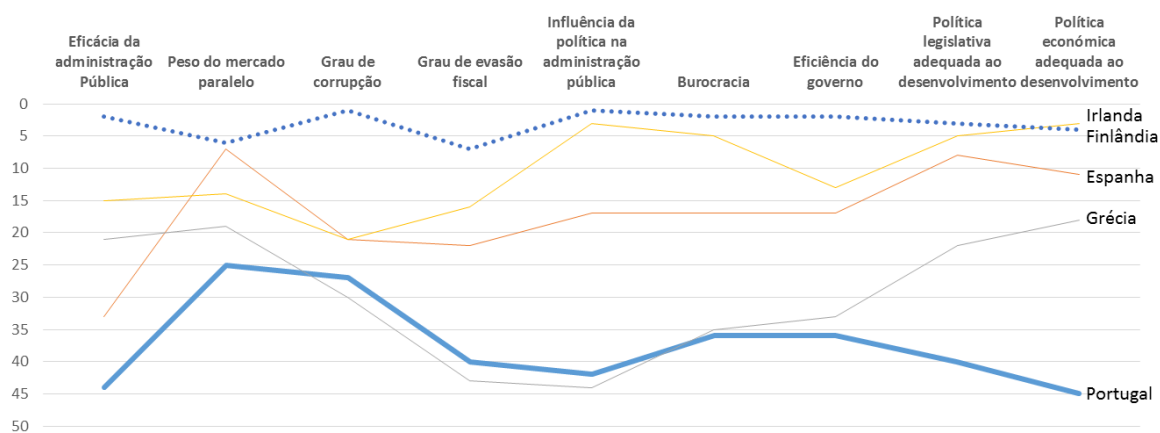
Como se pode ver, não fomos o único país que nestes anos não cumpriu as metas do défice ou da dívida. Assim, podemos (e devemos perguntar): Como foi possível tão elevado nível de incumprimento e por que é que ele foi aparentemente tão bem tolerado? A resposta a esta pergunta é fundamental para compreender as causas da crise em curso.

Em 2008, a chamada crise financeira do "subprime" e as suas consequências imediatas ou mais tardias obrigaram alguns governos europeus a financiar com fundos públicos a crise nos seus sistemas financeiros. Nessa altura, a Comissão Europeia (CE) anuiu a um aumento do endividamento dos estados membros para esse fim.

Por outro lado, a falta de crescimento económico faz, só por si, com que a percentagem dos gastos sociais no PIB cresça também (em valor absoluto). É evidente que não há progressos na proteção social sem crescimento económico.

A história europeia do último século também parece demonstrar que não há crescimento económico sustentável sem coesão social. Deve atentar-se, por isso, no crescimento económico e na proteção social como duas faces da mesma moeda e olhar com particular atenção para aqueles fatores que influenciam negativamente quer o desenvolvimento económico quer a boa gestão dos sistemas de proteção social. São eles (1) o pouco apego ao conhecimento; (2) o limitado espírito empreendedor nos setores económico e social; (3) o baixo nível de capital social; (4) os enraizados dispositivos de captura do bem público por interesses particulares; e (5) as redes de troca de favores em detrimento da promoção do mérito.

A boa governança é outro fato essencial. Na figura seguinte compara-se a posição de Portugal com a de outros países no que respeita à qualidade da governança.



Fonte: IMD, 2001.

Figura 2. Qualidade da governança em cinco países europeus

Qualquer que seja o indicador analisado pode ver-se a posição extremamente desfavorável de Portugal penalizando o desenvolvimento económico e a proteção social.

Na figura 3 apresenta-se, por outro lado, a baixa natalidade de Portugal, que continua a descer e que, associada à crescente emigração dos portugueses mais qualificados, se pode também transformar numa ameaça ao crescimento económico e à sustentabilidade dos sistemas de proteção social. Como se pode observar, Portugal possui uma das mais baixas taxas de natalidade da Europa, continuando a diminuir.

	1980	1990	2000	2003	2009
EU-27	:	:	:	1.47	1.60
BE	1.68	1.62	1.67	1.66	1.84
BG	2.05	1.82	1.26	1.23	1.57
CZ	2.08	1.90	1.14	1.18	1.49
DK	1.55	1.67	1.77	1.76	1.84
DE	:	:	1.38	1.34	1.36
EE	:	2.05	1.38	1.37	1.62
IE	3.21	2.11	1.89	1.96	2.07
EL	2.23	1.40	1.26	1.28	1.52
ES	2.20	1.36	1.23	1.31	1.40
FR	1.95	1.78	1.87	1.87	1.98
IT	1.64	1.33	1.26	1.29	1.42
CY	:	2.41	1.64	1.50	1.51
LV	:	:	:	1.29	1.31
LT	1.99	2.03	1.39	1.26	1.55
LU	1.50	1.60	1.76	1.62	1.59
HU	1.91	1.87	1.32	1.27	1.32
MT	1.99	2.04	1.70	1.48	1.44
NL	1.60	1.62	1.72	1.75	1.79
AT	1.65	1.46	1.36	1.38	1.39
PL	:	2.06	1.35	1.22	1.40
PT	2.25	1.56	1.55	1.44	1.32
RO	2.43	1.83	1.31	1.27	1.38
SI	:	1.46	1.26	1.20	1.53
SK	2.32	2.09	1.30	1.20	1.41
FI	1.63	1.78	1.73	1.76	1.86
SE	1.68	2.13	1.54	1.71	1.94
UK	1.90	1.83	1.64	1.71	1.96

Fonte: Eurostat, 2009

Figura 3. Taxa de mortalidade nos países da UE27

Country	Most people N Can be trusted			Social Trust x Vol.Org	
Sweden (SE)	993	0.65	0.93	2.80	1.82
Denmark (DK)	1010	0.75	0.90	2.38	1.79
Netherlands (NL)	1026	0.62	0.84	2.21	1.37
Finland (FI)	1032	0.61	0.76	1.53	.93
Luxembourg (LU)	384	0.31	0.78	1.87	.58
United Kingdom (UK)	1290	0.36	0.56	1.06	.38
Ireland (IE)	1067	0.34	0.59	1.07	.36
Austria (AT)	995	0.33	0.59	1.02	.34
Belgium (BE)	960	0.30	0.58	1.14	.34
Germany (DE)	1505	0.34	0.56	0.98	.33
Slovenia (SI)	1023	0.24	0.57	0.94	.23
France (FR)	982	0.22	0.56	0.90	.20
Spain (ES)	1001	0.36	0.29	0.46	.17
Estonia (EE)	991	0.33	0.37	0.53	.17
Malta (MT)	493	0.22	0.44	0.73	.16
Italy (IT)	1031	0.22	0.33	0.48	.11
Cyprus (CY)	466	0.19	0.39	0.60	.11
Portugal (PT)	1048	0.24	0.25	0.32	.08
Czech Republic (CZ)	1110	0.17	0.36	0.47	.08
Hungary (HU)	991	0.25	0.21	0.26	.07
Slovakia (SK)	1295	0.16	0.38	0.42	.07
Greece (EL)	1009	0.18	0.26	0.31	.06
Latvia (LV)	984	0.15	0.27	0.35	.05
Lithuania (LT)	1005	0.14	0.22	0.28	.04
Romania (RO)	986	0.17	0.19	0.24	.04
Bulgaria (BG)	870	0.20	0.16	0.18	.04
Poland (PL)	1020	0.10	0.25	0.34	.03
EU15	15297	0.33	0.51	0.93	.31
EU25	24774	0.30	0.47	0.82	.25
NMS10	9390	0.15	0.28	0.38	.06
Total	27008	0.29	0.45	0.80	.23

Fonte: EU, 2004

Figura 4. Índice de capital social

Por fim, a figura 4 evidencia o baixo índice de capital social em Portugal, constituindo uma limitação quer para as dinâmicas de crescimento económico quer para as de proteção social. Reparar que Espanha tem cerca de metade do valor da Irlanda e que Portugal e a Grécia cerca de metade do valor da Espanha.

Efeitos da crise na saúde

Existe uma vasta e crescente base de conhecimento sobre os efeitos de uma crise socioeconómica na saúde. Para além dos efeitos negativos, existem alguns efeitos “protetores”, por exemplo, o facto de existir menos circulação automóvel resulta em menos acidentes e seus consequentes efeitos negativos.

A proteção contra os efeitos negativos da crise deve assentar, no entanto, em políticas ativas de emprego, proteção contra o endividamento e numa política ativa de promoção do acesso aos serviços de saúde. Nada disto temos em Portugal. A intervenção precoce neste âmbito é fundamental e, quanto mais cedo se intervier, melhor. Ilustrando isto, os efeitos da crise socioeconómica, nomeadamente, na saúde mental são bem conhecidos. As principais manifestações são precoces e caracterizam-se por perda de autoestima, depressão-ansiedade e risco de comportamentos suicidas. No desencadear destas manifestações o desemprego e endividamento têm um papel particularmente importante.

Porém, em Portugal as primeiras respostas são apresentadas três anos depois do início da crise e cerca de um ano após o seu profundo agravamento (recessão intensa pós Troika). Consubstanciaram-se numa reunião de peritos sobre suicídio (Abril 2012), no endividamento da habitação e no programa emprego-jovem (Maio-Junho 2012).

Assustadora é, por exemplo, a evolução das infeções por VIH nos consumidores de drogas injetáveis na Grécia. Neste país registou-se um considerável aumento da prevalência de infeção pelo vírus da SIDA nos toxicodependentes em consequência do aumento de comportamentos de risco e da retração nas medidas de saúde pública. É David Stuckler, professor de sociologia da Universidade de Cambridge que afirma “Estamos a assistir a alguns sinais preocupantes e alarmantes que são não apenas da crise financeira, mas parecem diretamente ligados à austeridade. Um aumento de 50% em infeções HIV, uma duplicação de homicídios e morte, um enorme aumento no uso de heroína e prostituição e, ainda, relatos de pessoas que deliberadamente se auto infetam com HIV para ter acesso aos benefícios públicos” (Stuckler *et al.*, 2009, 2011).

Outro aspeto alarmante é a taxa de mortalidade entre as pessoas mais idosas. Há precisamente um ano observou-se em Portugal, assim como noutros países europeus, um aumento da taxa de mortalidade neste grupo populacional (Mazick *et al.*, 2012). No entanto, entre nós, não foi estabelecida qualquer relação entre a crise económica e este excesso de mortalidade de inverno e não foram estudadas as diferenças socioeconómicas dos padrões da mortalidade. Apesar disto, é importante realçar que o estudo também revela que somente em Espanha e Portugal se observou um excesso de mortalidade significativo para o grupo etário dos 15 aos 64 anos.

Por outro lado, existe evidência sobre a relação entre o sofrimento mental, sobretudo em situação de crise económica prolongada, e as suas repercussões físicas, influenciando o sistema cardiovascular e imunológico. Podem verificar-se acréscimos de risco de hipertensão arterial, enfarte do miocárdio, acidente cerebrovascular, diabetes e infeções. Este efeito é ainda mais demarcado nas classes sociais menos favorecidas (SESPAS, 2011).

Falando agora dos serviços de saúde, do acesso e da qualidade gostava de lembrar o exemplo da Irlanda. A análise, feita pelos investigadores do Trinity College de Dublin, da relação entre a crise económica e saúde, assenta no conceito de resiliência (Thomas *et al.*, 2013). Segundo estes autores, há três tipos de resiliência:

- Resiliência protetora - Numa primeira fase, o país tentou (e conseguiu) proteger o sector da saúde dos cortes orçamentais.
- Resiliência adaptativa - Numa segunda fase, com a intervenção da Troika, a Irlanda deixou de conseguir excluir o setor da saúde dos cortes orçamentais e apostou nos ganhos de eficiência. Adaptou-se à situação fazendo mais, com os mesmos recursos, conseguindo ganhos de eficiência notáveis. Feita esta adaptação, com a persistência da situação orçamental preocupante, já se começa a entrar numa fase em que os cortes orçamentais começam a afetar a resposta dos serviços.
- Resiliência transformadora - consiste, essencialmente, em aproveitar a crise para transformar o sistema. Neste sentido, a Irlanda procurou tirar proveito desta crise para anunciar e procurar realizar reformas importantes:
 - Estabelecer um seguro público para o universalismo,
 - Reforma dos cuidados de saúde primários;

Porém, nas circunstâncias atuais, não conseguiram progressos satisfatórios em nenhum destes objetivos.

Enquanto foi possível, a Irlanda protegeu o sector da saúde dos cortes orçamentais. No entanto, a partir da intervenção da Troika não foi possível continuar a excluir o setor da saúde das medidas restritivas.

Conclusão

Em Portugal não dispomos de um sistema de monitorização dos efeitos da crise na saúde. Deste modo, não é possível acompanhar com dados objetivos os reais efeitos da crise na saúde dos portugueses. No entanto, apresentam-se de seguida alguns exemplos que ilustram os efeitos da crise na saúde veiculados pela comunicação social.

- De acordo com dados do INE, em 2010 os valores do suicídio (1101) foram mais elevados do que os acidentes com transportes (1015);
- No que diz respeito à evolução dos principais indicadores assistenciais nos hospitais (cirurgias, consultas, urgências) e nos centros de saúde (consultas, SAPs) existem algumas indicações de que pode haver uma diminuição da produção;
- Relativamente aos comportamentos de risco, o presidente do Instituto da Droga e da Toxicoddependência declarou, na comunicação social, que a crise está a provocar um aumento do “consumo de desespero” de droga em ex-toxicodependentes e a um aumento do pequeno tráfico para ganhar dinheiro;
- Foi publicitado o relatório anual da segurança rodoviária e, apesar da sinistralidade rodoviária ter vindo a diminuir desde 2008, os valores dos atropelamentos com fuga aumentaram consideravelmente, pela primeira vez, em 2011. Estes foram apenas alguns tópicos para levantar a discussão.

Referências Bibliográficas

European commission (2004), *Eurobarometer, 61*, consultado a 24 de julho, disponível em http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb61/eb61_first_res_en.pdf.

Eurostat (2012), *Statistics Database*. Brussels, European Commission.

IDM - Institute for management development (2001), *The World Competitiveness Yearbook 2001*. Lausanne: IMD.

Mazick, A.; Gergonne, B.; Nielsen, J.; Wuillaume, F.; Virtanen, M.J.; Fouillet, A.; Uphoff, H.; Sideroglou, T.; Paldy, A.; Oza, A.; Nunes, B.; Flores-Segovia, V.N.; Junker, C.; McDonald, S. A.; Green, H.K.; Pebody, R.; Mølbak, K. (2012), “Excess mortality among the elderly in 12 European countries, February and March 2012”, *Eurosurveillance*, 17, 14.

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Escoval, A.; Lopes, M.; Ferreira, P. L. (coords) (2102), *Crise & saúde. Um país em sofrimento. Relatório de Primavera 2012*. Coimbra: Mar da Palavra.

SESPA - Sociedad Española de Salud Pública Y Administración Sanitaria (2011), *El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla*. Barcelona: SESPAS.

Stuckler, D.; Basu, S.; Suhreke, M.; Coutts, A.; McKee, M. (2009), “The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis”, *Lancet*, 374, 9686, 315-323.

Stuckler, D.; Basu, S., Suhrcke, M.; Coutts, A.; McKee, M. (2011), “Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data”, *Lancet*, 378, 9786, 124-125.

Thomas S, Keegan C, Barry S, Layte R, Jowett M, Normand C. (2013), “A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case”, *BMC Health Services Research*, 13, 450.

Impacto da crise no sistema de saúde de Itália

Mauro Serapioni,¹ Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra
mauroserapioni@ces.uc.pt

Resumo: Muitos estudos confirmam que os períodos de crise económica têm um impacto predominantemente negativo sobre a saúde. Nos países do sul da Europa, as medidas de austeridade têm-se centrado no corte das despesas e dos serviços essenciais garantidos, provocando a redução do acesso aos serviços públicos. Em Itália, a redução do financiamento do governo nacional está sendo compensada, principalmente, com o aumento dos copagamentos e com cortes ou não substituição de profissionais reformados. Diversas investigações têm identificado indícios de um aumento de indicadores adversos para a saúde, particularmente nos grupos sociais mais desfavorecidos. Entre outros efeitos da crise importa considerar tanto o aumento das desigualdades geográficas de saúde entre as diversas regiões do país como a redução da despesa pública em benefício da despesa privada e dos seguros de saúde.

Palavras-chave: Crise, Sistemas de saúde, Desigualdades de saúde, Europa do Sul, Itália.

1. Introdução

A recessão global afetou os sistemas de saúde de modo variável. Muitos estudos confirmam que os períodos de crise económica têm um impacto predominantemente negativo sobre a saúde e as desigualdades de saúde (Costa *et al.*, 2012; Stuckler *et al.*, 2011; Marmot e Bell, 2008). Nos países do sul da Europa, as medidas de austeridade têm-se centrado no corte de despesa e de serviços essenciais garantidos, tais como a redução de leitos hospitalares, a pressão sobre salários, o encerramento de unidades de saúde, o aumento das taxas moderadoras e a revisão de políticas sobre medicamentos. Muitas destas medidas têm provocado a redução do acesso aos serviços públicos e um aumento dos gastos para o cuidado de saúde. Em Inglaterra, Espanha e Grécia, por exemplo, os serviços nacionais de saúde têm-se voltado para tipologias de sistemas de saúde que não garantem mais uma cobertura

¹ Doutor em Sociologia e Investigador do Centro de Estudos Sociais onde integra o núcleo de Políticas Sociais, Trabalho e Desigualdade (POSTRADE). Tem desenvolvido investigação na área da participação cidadã nos sistemas de saúde, voluntariado, desigualdades sociais e saúde e metodologia e investigação qualitativa, áreas nas quais tem publicado nacionalmente e internacionalmente. Leciona em vários programas doutorais e de mestrado na área da saúde, em Portugal, Espanha, Itália e Brasil

universal (Materia, 2013). Em Itália, diversas investigações têm também identificado indícios de um aumento de indicadores adversos para a saúde, particularmente nos grupos sociais mais desfavorecidos, especialmente os desempregados, que são um dos alvos mais sensíveis (Costa *et al.*, 2012; Belvis, 2012).

Neste texto, após ter resumido o processo de reforma do Serviço Nacional de Saúde de Itália, serão apresentadas as peculiaridades e os pontos críticos dos sistemas de saúde dos países do sul da Europa antes de serem afetados pela atual crise financeira e económica. Em seguida serão brevemente descritos os principais efeitos das anteriores crises económicas em diferentes sistemas de saúde da Ásia e da Europa para, finalmente, analisar o impacto da atual crise no sistema de saúde de Itália e na sua população.

2. O processo de reforma do sistema de saúde italiano

O *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN) foi criado em 1978 para substituir um sistema de saúde fortemente fragmentado em mais de 100 operadoras de planos e seguros de saúde. A reforma de 1978, pela primeira vez, introduziu a universalização dos cuidados de saúde e desenvolveu um processo de descentralização. A introdução do novo SSN representou um grande avanço para os sectores mais débeis da sociedade italiana; contudo, o sistema mostrou sinais de mau funcionamento e de ineficiência. O aumento da insatisfação por parte de sectores da sociedade e o contínuo aumento da despesa sanitária durante a década de 1980 levou o governo, em 1992, a ‘reformular’ a reforma sanitária.

A denominada “segunda reforma sanitária” introduziu algumas formas de mercado interno e encaminhou um processo de descentralização, transferindo as responsabilidades do Estado para as regiões. Porém, esta reforma atingiu parcialmente os objetivos de racionalização e de maior eficiência do sistema e somente nas regiões do norte do país. Nas regiões do sul, o processo de reforma não avançou o suficiente devido à falta de interesse político e de capacidades administrativas adequadas. Muito destes problemas foram objeto de uma “terceira reforma”, por volta de 1999, a qual tentou reforçar o papel do Estado na regulação do *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), reduzindo ao mesmo tempo o seu papel a favor de uma crescente autonomia das regiões.

A terceira reforma pode, assim, ser considerada uma reação do governo central (do Ministério de Saúde) ao fortalecimento das regiões, com vista a restabelecer objetivos nacionais comuns a todas as regiões e a contrabalançar a autonomia financeira por elas adquiridas. Entretanto, em decorrência da mudança no quadro político no país, esta reforma não chegou a ser implementada. A partir do ano de 2000, uma série de intervenções legislativas contribuiu para a realização do “federalismo fiscal” no sector sanitário. A revisão constitucional de 2001 redefiniu os poderes entre as esferas do governo, atribuindo às regiões as competências legislativas e ao Estado a prerrogativa de estabelecer os níveis essenciais de assistência. Nos anos sucessivos, manteve-se o conflito entre Estado e regiões. Entretanto, a oferta e a qualidade dos serviços de saúde nas diferentes regiões é já bastante heterogénea e corre-se o risco que tal disparidade continue a aumentar. Assim, o SSN enfrenta os seus tradicionais problemas: o da qualidade e da eficiência, ao qual acresce o risco de aumentarem das desigualdades regionais em termos de prestação de cuidados de saúde (Maino, 2001; Ferrera, 2006). De facto, há evidências de que o processo de descentralização do sistema de saúde (definido “Federalismo fiscal”) não tem contribuído para reduzir a tradicional diferença de desempenho entre os sistemas regionais de saúde da Itália do Sul e aqueles da Itália do Centro e do Norte (Figura 1), diferença que provavelmente não tem equivalência em outro sistema de saúde dos países da Europa Ocidental. Pelo contrário, parece que nos últimos anos

as diferenças aumentaram (Vicarelli e Pavolini, 2012). Em Itália, continuam os autores, o debate sobre descentralização e federalismo parece estar desinteressado do impacto deste processo sobre a questão da equidade, preocupação esta bem presente em outros países europeus (Vicarelli e Pavolini, 2012).



Figura 1. As 20 regiões italianas

3. Os sistemas de saúde do sul da Europa antes da crise financeira

Um dos traços distintivos do modelo de proteção social da macrorregião da Europa do Sul refere-se aos sistemas de saúde, que apesar da sua fragmentação institucional, são caracterizados por uma abordagem universalista. Além dos fatores sociopolíticos, os sistemas de saúde desta macrorregião apresentam outras características comuns: i) não coerência entre as promessas universalistas do SNS e as dificuldades financeiras encontradas no processo de implementação; ii) ineficiência e baixos níveis de competências gerências; iii) papel desenvolvido pelos recursos não profissionais nos sistemas de saúde; iv) inadequado grau de direitos garantidos aos utentes pelo respetivo sistema de saúde (tabela 1); v) baixos níveis de

participação cidadã e vi) baixo nível de satisfação dos cidadãos com seu sistema de saúde (tabela 2).

Tabela 1. Europatient Empowerment Index (Europa dos 15)

Dimensões	Direitos doentes	Informação	Avaliação Tecnol. Saúde	Incentivos financeiros	Pontuação total	Classificação
Dinamarca	370	260	80	67	777	1
Alemanha	370	200	53	120	744	2
Finlândia	352	240	53	93	739	3
Holanda	352	220	53	107	732	4
França	389	180	53	80	702	5
Áustria	352	200	53	80	685	6
Bélgica	389	100	53	120	662	7
Suécia	333	180	53	93	660	8
Luxemburgo	407	140	27	80	654	9
Reino Unido	278	220	80	67	644	10
Itália	333	160	53	67	613	11
Irlanda	278	180	53	93	604	12
Grécia	370	120	27	40	557	13
Espanha	278	140	53	67	638	14
Portugal	222	160	27	80	489	15

Fonte: Health Consumer Powerhouse – Bruxells, 2009.

Tabela 2. Satisfação dos cidadãos com os respetivos sistemas de saúde (Europa dos 15)

País	Satisfeito e muito satisfeito	Neutral	Insatisfeito e muito insatisfeito
Áustria	92,1	4,0	3,9
Bélgica	89,4	6,0	4,6
Dinamarca	92,2	3,0	4,8
França	84,1	10,6	5,4
Holanda	77,9	8,5	13,6
Finlândia	77,7	8,5	13,8
Luxemburgo	75,9	11,7	12,4
Reino Unido	74,6	9,3	16,2
Irlanda	69,8	9,6	20,7
Súécia	67,8	13,0	19,2
Alemanha	65,0	15,8	19,1
Espanha	55,3	30,0	14,7
Portugal	50,6	21,7	27,6
Itália	49,0	24,2	26,8
Grécia	48,0	24,8	27,2

Fonte: Bleich, Özaltin e Murray, 2009.

A pesar dessas limitações e dificuldades, estes países alcançaram índices de esperança de vida e indicadores do estado de saúde que os colocaram nas primeiras posições a nível internacional. Eles beneficiaram de todas as melhorias das condições de vida e de cuidado de saúde que advêm tanto do desenvolvimento socioeconómico das últimas décadas como dos padrões de saúde favoráveis dos países mediterrâneos. Contudo, estes indicadores de saúde escondem situações de heterogeneidade interna como resultado das desigualdades tanto na distribuição de recursos materiais, educação e *status* social, como no acesso ao cuidado de saúde. Tudo isso produz, obviamente, disparidade de exposição aos principais fatores de risco para a saúde. Nesta situação, já bastante complexa, o impacto da atual crise financeira – considerando tanto os efeitos diretos de curto prazo, como os efeitos indiretos de médio e

longo prazo (Dávila Quintana e Lopez-Valcárcel, 2009) – e a redução do orçamento destinado aos sistemas de saúde públicos pode ter acentuado as desigualdades de saúde, reduzindo ulteriormente o acesso e a utilização de serviços preventivos e afetando ainda mais os sujeitos mais débeis e menos dotados de recursos e capital social.

4. Efeitos da crise no sistema de saúde e na saúde da população

As anteriores crises económicas mais estudadas sugerem que a saúde auto-percecionada e a saúde mental da população poderiam piorar como resultado do stresse da crise. Algumas investigações têm realçado que a perda de trabalho, assim como a precariedade laboral têm consequências para a saúde (Marmot e Bell, 2009; Stuckler et al., 2009a; Dávila Quintana e Lopez-Valcárcel, 2009). Quando o stresse relacionado com desemprego, insegurança económica ou precariedade é duradouro, o seu impacto na saúde mental é maior. Outros estudos mostram que a contração da economia afeta a saúde por distrair ou impedir as pessoas de aderir às medidas preventivas (Catalano, 2009). Igualmente, tem sido assinalada uma correlação entre a perda do trabalho e depressão, ansiedade, abuso de drogas e comportamento antissocial (Catalano, 2009).

No entanto, o efeito da crise económica sobre a saúde da população depende muito do contexto institucional, especialmente do estado de bem-estar e seus mecanismos de proteção dos cidadãos. Na Coreia do Sul durante a crise monetária asiática da década de 1990, por exemplo, houve um forte aumento no suicídio, embora a mortalidade geral continuasse a diminuir. A mesma crise económica afetou de forma diferenciada a Malásia, Indonésia e Tailândia. A Malásia não aplicou as recomendações do FMI para reduzir a despesa com a proteção social (Stuckler *et al.*, 2009a) e a crise não teve portanto o mesmo impacto que na Indonésia e na Tailândia. Na Rússia, após o colapso da União Soviética, a expectativa de vida caiu vertiginosamente e caiu novamente com a crise do rublo de 1998 (Marmot e Bell, 2009). Outros países do este da Europa que saíram do comunismo no início de 1990 conseguiram reduzir as consequências adversas das reformas económicas rápidas em virtude do facto que muitas pessoas serem membros de organizações sociais, como sindicatos, grupos religiosos, ou clubes desportivos (Stuckler *et al.*, 2009b). Em virtude do seu Estado Providência, a grande crise económica que afetou a Finlândia no início dos anos 90 não teve efeitos negativos sobre a saúde nem sobre as desigualdades em saúde (Lahelma *et al.*, 2002).

Entretanto, importa assinalar também os referidos efeitos positivos da crise pela literatura analisada. Nesse sentido, alguns pesquisadores afirmam que durante os períodos de crise económica poder-se-ia normalmente esperar a redução de doença, como resultado da redução do stresse de trabalho, da diminuição da exposição aos incidentes no trabalho e da diminuição de acidentes de trânsito, possivelmente devido à diminuição dos fatores de pressão, tais como as atividades de produção e de consumo (Costa *et al.*, 2012; Catalano, 2009; Stuckler *et al.*, 2009a).

5. A situação italiana

Em resposta à crise financeira do 2008 e aos imperativos sobre o orçamento público impostos pela Comissão Europeia e pelo Banco Central Europeu, o governo italiano reduziu as transferências destinadas aos governos regionais e locais para as intervenções a favor da deficiência, da infância, dos migrantes e outras políticas sociais. Como resultado das políticas de austeridade, no período 2012-2015, o financiamento do SSN vai sofrer um corte de cerca de 30 bilhões de euros (Granaglia, 2013). Esta redução no financiamento do governo nacional

está sendo compensada principalmente com um aumento dos copagamentos, com cortes ou não substituição de profissionais reformados, e com medidas de redução de custos para diminuir as despesas farmacêuticas. De facto, a partir de outubro de 2011, as regiões aumentaram as taxas moderadora tanto para visitas com especialistas credenciados públicos e privados (até 25 euros por cada visita) como para consulta nos serviços de urgência hospitalares, que são consideradas inapropriadas (até 25 euros) (Belvis *et al.*, 2012). Isenções definidas pelo Ministério da Saúde para utentes de baixos rendimentos, para pacientes com deficiência, idosos e doentes crónicos permanecem em vigor. De acordo com Geddes (2012), os cortes decididos a nível central e as novas taxas moderadoras minam o direito constitucional à saúde e à assistência. De facto, em tempo de crise, a redução do rendimento disponível poderia resultar numa dificuldade em pagar as taxas moderadoras, com a consequência de uma diminuição da atividade receitada pelos profissionais de saúde ou uma renúncia à sua execução (Costa *et al.*, 2009). Assim, as primeiras análises disponíveis em algumas regiões, referentes aos anos 2011 e 2012, assinalam uma diminuição significativa no volume de cuidados especialistas prestados, incluindo visitas especializadas, exames laboratoriais e exames instrumentais (Costa *et al.*, 2009). Nesse sentido a taxa moderadora não tem somente a função de contenção da procura de cuidados, mas surge como um imposto sobre o consumo, o que pode exortar as pessoas a procurar a oferta privada, que muitas vezes pode parecer mais vantajosa. De acordo com as estimativas do Governo, o montante da despesa privada adicional devido ao copagamento dos serviços prestados pelo SSN poderia alcançar 4,5 bilhões de dólares em 2012, e cerca de 140 dólares por italiano (Belvis *et al.*, 2012).

Outras medidas de contenção de custos adotadas referem-se à redução: i) do número de leitos hospitalares, de 4,5 a 4,2 por 1000 habitantes in 2009, atingindo uma taxa que está bem abaixo da média europeia de 5,5 por 1000 habitantes; ii) dos internamentos hospitalares (através da adoção de critérios de adequação para evitar internamentos desnecessárias); iii) e do tempo médio de permanência nos hospitais (Belvis *et al.*, 2012).

Estimar os efeitos da crise na saúde não é uma operação simples nem imediata. Os dados epidemiológicos, tais como a morbidade ou a mortalidade só podem ser recolhidos com um atraso de 2 a 5 anos, enquanto os dados financeiros estão disponíveis em pouco tempo. Apesar destas dificuldades, já existem alguns dados que apontam para uma deterioração dos indicadores de saúde: aumento dos transtornos mentais, reduzido acesso à saúde bucal, incremento de doenças associadas à pobreza (Lora *et al.*, 2011; Belvis *et al.*, 2009). Além disso, há também evidências de uma diminuição no tempo gasto em atividades físicas (especialmente nas regiões do sul de Itália) e um aumento de prática insalubres, tais como o consumo de comida não saudável (*junk food*) e de abuso de álcool entre jovens e mulheres (Belvis *et al.*, 2009). Outros setores da população particularmente expostos ao risco dos efeitos da crise sobre a saúde são os idosos e as pessoas que vivem sozinhas, os imigrantes e as mães solteiras com filhos dependentes.

6. Conclusões

Na conclusão deste trabalho duas questões, estritamente relacionadas com o impacto da crise económica, merecem ser realçadas: as diferenças regionais de saúde e o incremento do setor privado. A desigualdade geográfica de saúde constitui um elemento observado em todos os países do sul da Europa (Serapioni, 2014), mas que no caso de Itália assume uma dimensão relevante devido ao facto de que as regiões do sul apresentam valores mais desfavoráveis tanto no que diz a respeito à qualidade dos cuidados como na prevalência dos diversos

indicadores de saúde. Há o risco, por outras palavras, de que a crise contribua para incrementar as diferenças entre os diversos sistemas regionais de saúde da Península e que, conseqüentemente, aumente também o já grande fluxo de pacientes que emigram do sul para o centro-norte de Itália. Relativamente à questão do impacto da crise no setor privado, vários estudiosos têm enfatizado que a redução da despesa pública implicará necessariamente um aumento do gasto privado, em benefício das companhias de seguro e dos planos de saúde privados. De facto, é hegemónica, hoje em dia nos países da Europa do Sul, a receita e as recomendações de integrar o sistema de saúde público em formas assistenciais privadas e do terceiro sector. Nesse sentido, está em curso uma redefinição da intervenção pública com o objetivo de reorientar a procura para o setor privado da economia. Reaparece a ideia, mas seria melhor dizer a ideologia, de que as soluções para os problemas e os custos dos cuidados de saúde deveriam ser encontrados no alargamento do espaço privado da economia.

Referências Bibliográficas

Belvis, Antonio G.; Ferrè, Francesca; Specchia, Maria Lucia; Valerio, Luca; Fattore, Giovanni; Ricciardi, Walter (2012), “The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector”, *Health Policy* 106, 10-16.

Bleich, Sara; Özaltın, Emre; Murray, Christopher JL (2009), “How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?”, *Bull World Health Organ*, 87, 271–278.

British Medical Journal, 11 April 2009, Volume 338.

Catalano, Ralph (2009), “Health, Medical Care, and Economic Crisis”, *New England Medical Journal*, 360, 8, 749-751.

Costa, Giuseppe; Marra, Michele; Salmaso, Stefania (2012), “Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia”, *Epidemiol Prev*, 36 (6), 337-366.

Dávila, Quintana C; González López-Valcárcel B. (2009), “Crisis económica y salud”, *Gaceta Sanitaria*, 23, 261-265.

Ferrera, Maurizio (2006), *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*. Bologna: Il Mulino.

Geddes, Marco (2012), “Viva la Spending review! Viva il Servizio Sanitario Nazionale!”, *Saluteinternazionale.info*, consultado a 15 de julho de 2014, disponível em <http://www.saluteinternazionale.info/2012/07/w-la-spending-review-w-il-servizio-sanitario-nazionale/>

Granaglia, Elena (2013), “In difesa del Servizio Sanitario Nazionale”, *Saluteinternazionale.info*, consultado 15 de julho de 2014, disponível em <http://www.saluteinternazionale.info/2013/02/in-difesa-del-servizio-sanitario-nazionale-2/>

Health Consumer Powerhouse (2009), *The Empowerment of the European Patients 2009. Options and implications*. Brussels: Health Consumer Powerhouse.

Lahelma, Eero; Kivelä Katariina; Roos Eva; Tuominen Terhi; Dahl Espen; Diderichsen Finn, *et al.* (2002), Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Social Science & Medicine*, 55, 609-25.

Lora, Antonio; Barbato, Angelo; Cerati, Giorgio; Erlicher, Arcadio; Percudani, Mauro (2012), “The mental health system in Lombardy, Italy: access to services and patterns of care”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 447-454.

Maino, Franca (2001), *La politica sanitaria*. Bologna: Il Mulino.

Marmot, Michael; Bell, Ruth (2009), “How will the financial crisis affect health?” *British Medical Journal*, 338, doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b1314>.

Materia, Enrico (2012), “Chi paga il conto della crisi globale”, *Saluteinternazionale.info*, 16 consultado a 23 de setembro de 2013, disponível em <http://www.saluteinternazionale.info/2013/09/chi-paga-il-conto-della-crisi-finanziaria-globale/>

Serapioni, Mauro (2014), “As desigualdades sociais de saúde nos países do Sul da Europa”. Comunicação apresentada no VIII Congresso de Sociologia, Universidade de Évora, 14-16 de Abril de 2014.

Stuckler, David; Basu, Sanjay; Suhrcke, Marc; Coutts, Asams; McKee, Martin (2009a), “The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis”, *Lancet*, 374, 315-323.

Stuckler, David; King, Lawrence; McKee, Martin (2009b), “Mass privatisation and the post-communist mortality crisis”, *Lancet*, 373, 399-407.

Stuckler, David; Basu, Sanjay; Suhrcke, Mark; Coutts, Adams; McKee, Martin (2011), “Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data”, *Lancet*, 378, 124-125.

Vicarelli, Giovanna; Pavolini, Emanuele (2012), “Is decentralization good for your health? Transformations in the Italian NHS”, *Current Sociology*, 60, 472-488.

Saúde e diferenças de género: uma perspetiva diversa

Rita Bianchieri,¹ Departamento de Ciências Políticas, Universidade de Pisa.
rita.bianchieri@sp.unipi.it

Resumo: Em medicina, o termo género tem sido frequentemente utilizado como sinónimo de diferenças de sexo, perdendo o seu potencial heurístico como determinante da saúde, mas, pelo contrário, é necessário levar em conta vários fatores relacionados com as desigualdades de papel, de acesso a recursos e lugares de tomada de decisão. A ciência, considerada neutra e objetiva, num mundo sem mulheres, tinha hierarquizado as mesmas doenças da mesma forma que a relação homem-mulher. Contrariamente a esta lógica, procura-se reforçar a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, contra as “cercas” epistemológicas, e destacar a relação dialética entre a produção de saberes e a sociedade. Sendo a saúde um conceito multidimensional, este requer novas metodologias para interpretar as complexas implicações teóricas e práticas. Neste artigo, este paradigma é aplicado à compreensão dos riscos no local de trabalho.

Palavras-chave: Saúde, Género, Epistemologia, Multidisciplinaridade, Papéis.

1. Introdução

Desde há alguns anos que a medicina de género tem assumido uma certa importância em Itália, mas, apesar desse avanço em relação à consideração do *masculino* como neutro, tal ainda não é suficiente para superar a utilização do género como sinónimo de diferença entre os sexos e, como resultado, ainda não se abriu para a leitura dos vários fatores que explicitam o potencial heurístico.

Trata-se de superar a opacidade, mesmo a terminológica, de um debate estéril entre oposição natureza/cultura e herança cultural que decorre da construção rígida da identidade de homens e mulheres.

¹ Rita Bianchieri é professora no Departamento de Ciência Política da Universidade de Pisa. Há muitos anos que desenvolve estudos e investigações sobre género e igualdade de oportunidades, tendo publicado monografias e inúmeros artigos sobre o assunto, com especial referência para o mercado de trabalho, a família e as dinâmicas envolvidas na saúde. Neste setor ocupou cargos institucionais, tanto em nível local e regional, como em nível nacional. Atualmente é coordenadora científica do projeto europeu TRIGGER, que visa transformar as instituições académicas através da genderização dos conteúdos das disciplinas e a promoção das carreiras das mulheres.

Por outras palavras, têm vindo a ser observadas diferenças na incidência das doenças, na sintomatologia e nas respostas à medicação. Falta, portanto, uma avaliação no que diz respeito ao género como determinante de saúde (Biancheri, 2014a). É portanto difícil explicar o aparente paradoxo da razão porque as mulheres vivem mais, mas vivendo um terço das suas vidas em condições de saúde que não são boas – como tem assinalado o Instituto Italiano de Estatística (ISTAT, 2013) (Fig. 1) – sem com isto nos estarmos a referir às suas condições de vida.

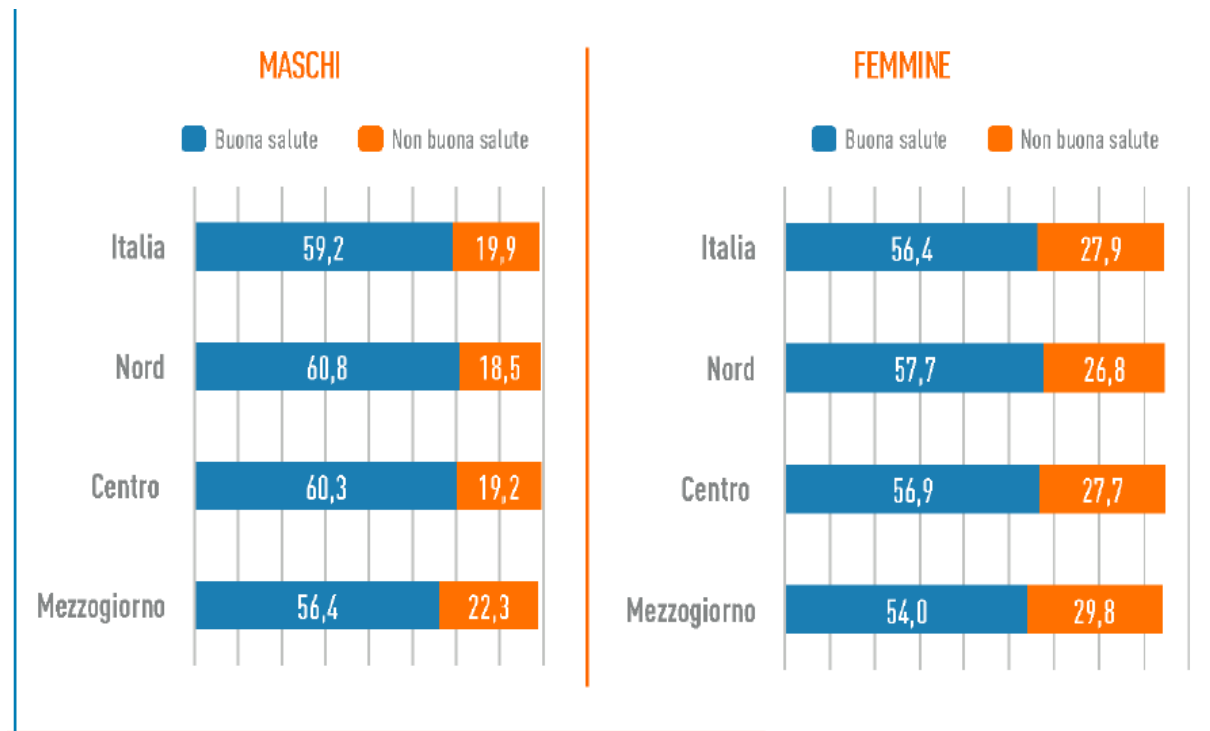


Figura 1. Condições de saúde auto percebida entre Homens e Mulheres

Estamos, portanto, perante caminhos ainda pouco explorados e ainda longe da sistematização de um quadro conceptual em que não prevaleça o aspeto biológico, embora existam contaminações frutuosas com conhecimentos produzidos em outras áreas (Biancheri, 2014 b).

Se olharmos para a história da medicina e, em particular, para as formas como têm sido interpretadas as diversidades do sistema reprodutivo, encontramos muitas das ideias que influenciam a relação hierárquica entre os sexos. Por exemplo, um argumento típico foi o da histeria, tratada segundo os cânones de uma abordagem sexista, sem nunca se tentar realmente compreender as causas implícitas subjacentes às restrições impostas por um destino de exclusão social e de submissão. Este diagnóstico, portanto, sofria de uma abordagem ideológica que assumia a inferioridade das mulheres como uma coisa natural. O carácter emocional, desprovido de racionalidade masculina, produzia estas doenças mentais, cuja etiologia permaneceu totalmente inexplorada.

Alguns textos escritos por mulheres, como *O Morro dos Ventos Uivantes*, de Emily Brontë, na figura de Catherine, ao contrário dos diagnósticos médicos da época, podem explicar muito de algumas doenças que hoje identificamos na ampla categoria da anorexia. No romance, entrelaçado com fortes referências biográficas, a escritora descreve a transição para a vida adulta como uma "perda progressiva de controlo sobre sua vida, para cumprir com as regras de conduta que visam modelar as características do anjo do lar (...)" (Brontë, 2006: 127), e o auge da doença coincide com a consciência de ter de renegar a sua natureza, imolando-a no altar de convenções sociais. Catherine se vê ao espelho e não reconhece o retrato de uma senhora e pergunta-se por que está ela tão mudada?

Também na época vitoriana as mulheres pertencentes às classes mais altas foram concebidas como criaturas etéreas, de magreza e fragilidade obtidas para dominar o instinto da fome. De fato, o "seu corpo era a única área em que as mulheres podiam exercer livremente autoridade, autonomia e domínio (...). Não escape que as mesmas costumavam praticar greve de fome como forma de afirmar publicamente as suas posições" (Marino, 2013: 124).

Simone de Beauvoir escreveu no seu famoso livro *O Segundo Sexo*: "a mulher tem ovários, um útero; aqui estão as condições especiais que a encerram na sua subjetividade (...). O homem esquece soberbamente ter uma anatomia que também comporta hormonas e testículos. Encara o corpo como uma direta e normal relação com o mundo que acredita compreender na sua objetividade, enquanto considera o corpo da mulher sobrecarregado por tudo o que a distingue: um obstáculo, uma prisão... A humanidade é masculina e o homem define a mulher não em si, mas em relação a ele; ela não é considerada como um ser autónomo" (Beauvoir, 2002: 15-16).

A partir destas observações, vemos que não foram postas em causa as diferenças biológicas, mas que, pelo contrário, têm sido usadas para atribuir às mulheres uma natureza fraca e imutável, negligenciando completamente a importância da cultura na formação da identidade.

Estes são apenas alguns exemplos de como os estereótipos e preconceitos dominaram também a ciência, e que somente em resposta a uma série de críticas provenientes do movimento feminista se foi revelando o viés sexado de uma ciência que é considerada objetiva (Beauvoir, 2002).

Hoje, muitos cientistas argumentam que a aprendizagem e a experiência podem agir sobre as diferenças biológicas entre homens e mulheres e, da mesma forma, diferenças de comportamento. A forma como nós interpretamos os resultados é, portanto, sub-repticiamente influenciado por um grande número de suposições e opiniões, que se caracterizam por preconceito e ligadas ao contexto social que os define.

Harold Garfinkel (2000) no seu famoso livro *Agnes* argumentou que o que identificamos como atributos físicos de feminilidade e masculinidade não podem ser considerados dados biológicos pré-sociais, mas que são factos sociais continuamente produzidos nos processos de interação; mesmo os factos mais óbvios que nós tomamos como concedidos, como o sexo, são realizações sociais.

A intelectual francesa alega ainda que os dados biológicos devem ser interpretados à luz de um contexto mais amplo, económico, social e psicológico. Por outras palavras, a saúde é um conceito multidimensional que tem implicações teóricas e práticas importantes, por isso é necessária a adoção de novas metodologias onde o centro da intervenção médica não seja mais o paciente, mas a pessoa.

2. O gênero, desde as ciências da cultura às ciências da natureza

Apesar de o enfoque de gênero ter sido amplamente utilizado na leitura dos fenômenos históricos e sociais, na análise da saúde das mulheres há ainda muito a ser feito antes que isso se torne um tema central na investigação e também na formação de médicos.

Uma nova reflexão sobre os estatutos disciplinares abriu um amplo debate sobre alguns nós temáticas, incluindo o conceito de diferença, cujo resultado levou a uma redefinição dos fundamentos epistemológicos do conhecimento (Biancheri, 2010 e 2014).

Durante muito tempo, o pensamento científico ocidental foi dominado por especulações filosóficas e a reflexões sociológicas chamadas "mito das esferas separadas", assentes no rígido e nítido contraste entre o público e o privado, entre a dimensão da razão e a dos sentimentos, entre a lógica economicista do cálculo e a lógica altruísta e afetiva do dom e da reciprocidade.

Esta contraposição, apoiada em contribuições teóricas de alguns dos principais mestres da Sociologia, levou à teorização da subordinação e da inferioridade das mulheres em relação aos homens, a qual encontrou uma definição explícita com o advento da era industrial, quando a constituição do perfil da dona de casa em tempo integral, totalmente orientada para a esfera privada e desinteressada do competitivo mundo do mercado, contribuiu para ampliar as diferenças de gênero e para consolidar ainda mais a dicotomia mulher-reprodução/homens-produção (Gherardi, 2003).

Muitas das políticas ajudaram a criar e a consolidar, com a sua linguagem, categorias sociais, atribuindo-lhes, ao mesmo tempo, valor ou desvalor, bem como a restringir os comportamentos considerados normais e, portanto, aceitáveis.

Mas as mesmas intervenções institucionais e as respostas dos serviços são modeladas com base em preconceitos, estereótipos, arquétipos e produtos do imaginário coletivo sobre os temas em questão que continuam a reproduzir contradições e ambivalências, apoiando uma assimetria nas relações de gênero que também tem um impacto sobre a saúde das mulheres.

A organização da família, do trabalho e dos modelos de Estado-providência afeta as condições de vida e saúde dos indivíduos da mesma forma que os cânones culturais contribuem para a criação de conhecimento.

O paradigma da objetividade científica e do dualismo natureza-cultura no qual assenta a discriminação das mulheres deve, assim, dar lugar a percursos operativos através dos quais a categoria de gênero consiga contribuir para melhorar o estado de saúde dos indivíduos, levando-se em conta todo o contexto quotidiano de "dupla presença", que é articulado, especialmente para as mulheres, entre prestação de cuidados familiar e emprego formal.

Se olharmos para o mundo do trabalho, na atual crise que afeta a esfera produtiva as mulheres são as mais desfavorecidas quando se procede a uma leitura sobre a discriminação de papéis e identidades sociais presentes nas organizações sociais.

Mais expostas ao desemprego, a situação de precariedade contratual e a redução do horário de trabalho, as trabalhadoras são penalizadas devido ao papel de cuidadoras que a sociedade lhes tem atribuído.² Este é o resultado da grave carência de serviços de previdência

² A média de mulheres empregadas em Itália é muito menor que a da Europa (cerca de 47,1%), com foco em poucas funções profissionais (Istat, 2013). Devido à desvalorização do trabalho das mulheres e da dinâmica de desencorajamento, observa-se um fenômeno de autoexpulsão de trabalhadoras com experiência no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, observa-se um

adequados, de políticas sociais que visem uma distribuição mais equitativa das responsabilidades e de cuidados entre homens e mulheres e da persistência de estereótipos de género que reproduzem o dualismo funcional, entregando à mulher o papel expressivo de cuidadora e aos homens o papel de provedor de rendimentos. Este tem sido um caminho de naturalização da distinção dos papéis que segue a lógica determinista e faz da diferença sexual a base de uma distribuição diferente dos recursos sociais. Tal afeta, como no caso da Itália, o atraso da aplicação da lei 81/2008 sobre saúde e segurança no local de trabalho, a qual deve levar em consideração os trabalhadores, mas também as trabalhadoras, tendo em conta as suas diferenças de género (Biancheri *et al.*, 2013).

É, de facto, através da utilização deste conceito – género – que pode ser denunciado o carácter de construção da ciência em relação à saúde, assente num código binário que classifica os indivíduos em duas categorias, masculino e feminino, e estabelece, para cada sexo, identidades e funções. O conhecimento ocidental é, assim, estruturado a partir dessas polaridades e reproduz a lógica da diferença, tentando eliminar a sua visibilidade. Desta forma, a dominação masculina é mascarada pela falsa neutralidade do conhecimento e da linguagem.

Daqui resulta que os problemas científicos, ao contrário da lógica da objetividade, estão relacionados com regras e representações sociais, numa relação dialética entre ciência e cultura. Fora das cercas epistemológicas, a necessidade, portanto, é a de contaminar as disciplinas com uma perspetiva analítica mais ampla e mais eficaz, incluindo o campo da saúde, para que se possa compreender os problemas e os fenómenos, e encontrando formas de prevenção e de resolução das questões identificadas.

Entre elas está o paradoxo do aumento exponencial da esperança média de vida das mulheres em paralelo com um agravamento das desigualdades em saúde, um dilema complexo que merece ser investigado de acordo com a pertença de género. Utilizar a lente analítica do género torna, assim, possível desvendar os mecanismos de reprodução de desigualdades e, ao mesmo tempo, entender o potencial dos sujeitos em virtude da sua diversidade, permitindo, assim, uma abordagem à questão da saúde mais ampla e complexa, suscitando ainda a questão do bem-estar do indivíduo.

Longe dos modelos universalistas, a análise da diferença permite avaliar a influência dos componentes sociais nas questões de saúde dos sujeitos e na obtenção do bem-estar individual e social. Um bem-estar que, como nos ensina Sen (1999), é resultado da capacidade de realizar funções face às necessidades.

Neste contexto, a Comissão sobre os determinantes de saúde da OMS (CSDH, 2010), em 2008, listou as três operações principais a serem efetuadas: melhorar as condições de vida quotidiana; lutar contra a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; medir e compreender o problema e avaliar o impacto da ação. Esta é uma perspetiva holística, que se refere a todo o curso da vida dos indivíduos e que pretende melhorar as condições de trabalho

processo de feminização do trabalho flexível, sintoma de uma segregação contratual preocupante (Reyneri, 2009). Assim, a falta de reforço das competências, a segregação ocupacional e a alta presença de trabalho atípico determinam uma disparidade no salário das mulheres, menos cerca de 20% do salário dos homens. No geral, as peculiaridades do modelo feminino de participação no mercado de trabalho revelam um sistema de desigualdade em que as mulheres ocupam cargos e posições que proporcionam menor reconhecimento social, com uma capacidade reduzida de influenciar a tomada de decisões e com reduzidas oportunidades de carreira. No geral, as peculiaridades do modelo feminino de participação no mercado de trabalho revelam-se um sistema.

e de vida por forma a promover a equidade de género.

Não podemos deixar de considerar, no entanto, algumas mudanças sociais, como o acesso das mulheres ao mercado de trabalho e à educação, que tiveram um impacto sobre as práticas de saúde, ‘feminizando’ diferentes profissões, bem como o acesso das mulheres ao conhecimento, que gerou mudanças nos estatutos disciplinares. Não obstante, os passos a dar para a conclusão desta revolução silenciosa que começou no século XX são ainda muitos.

Assim, abordar a questão da saúde a partir de uma perspetiva de género e de uma abordagem multidisciplinar, significa superar o paradigma androcêntrico e eurocêntrico da modernidade, afastando os dualismos polares, aprofundando conhecimentos. Evidente, nesse sentido, é o atraso a nível nacional na promoção de abordagens teóricas e pesquisas empíricas sobre género, determinado tanto pelos problemas de aplicabilidade da lei sobre a igualdade de oportunidades, como pelos problemas relacionados com a organização da produção e reprodução social (Biancheri, 2008 e 2012).

3. A perspetiva de género na prevenção da saúde e dos riscos nos locais de trabalho

Se o positivismo estruturou o conhecimento científico na observação prática, relegando as mulheres para a esfera privada, em virtude da sua proclamada inferioridade, estabelecendo o dualismo público/privado, masculino/feminino, mente/corpo, razão/emoção, apenas no século XIX as mulheres passaram a ter acesso à universidade, e tornando-se médicas. Olhando para a história dessas "pioneiras" do conhecimento médico feminino tornam-se evidentes as dinâmicas de poder que se escondem por trás dos eventos históricos e das descobertas científicas. Revelando, de facto, a longa repressão contra as mulheres, a partir da negação do acesso à educação, é possível superar a "dominação masculina" e valorizar o potencial das pessoas a partir das suas diferenças, ajudando a eliminar os elementos estruturais de discriminação e a promover o bem-estar individual e social.

O género aplicado à medicina permite-nos estudar a influência das diferenças sociais e dos papéis no estado de saúde e de doença. Nesta perspetiva, as desigualdades determinadas pela desgastante dupla presença das mulheres e das deficiências do Estado-providência têm provocado impacto em muitas doenças. Já no primeiro resultado empírico relatado em Sociologia por Durkheim (1987), nos últimos anos do século XIX, se evidencia como a saúde das mulheres tendia a ser afetada pela criação dos filhos e pelas responsabilidades familiares, enquanto a saúde dos homens casados parecia melhor do que a de homens solteiros, em demonstração de que o apoio prestado pelo casamento e a estabilidade doméstica representava um fator importante na saúde dos homens. Nesse sentido, as mais recentes diretivas da União Europeia sobre a prevenção dos riscos no local de trabalho e sobre a promoção da saúde incentivam a ter em conta e a valorizar a pluralidade de papéis que as mulheres desempenham na sociedade.

Tal como já referido, em Itália esta questão foi enquadrada pelo Decreto Legislativo 81/2008, que introduziu uma transformação fundamental na jurisprudência, ou seja, a obrigatoriedade da igualdade de tratamento entre trabalhadores e trabalhadoras na avaliação e prevenção dos riscos nos locais de trabalho. O conhecimento gerado até agora neste campo não leva, no entanto, em consideração a condição feminina, subestimando, assim, os custos das doenças profissionais das mulheres que são sub-indemnizados devido aos contratos de trabalho a tempo parcial, para poderem conciliar a vida familiar (prestação de cuidados) com a vida profissional. Ao mesmo tempo, estão ainda sujeitas aos riscos do trabalho doméstico,

sem qualquer tipo de proteção.

É, no entanto, um caminho de transformação o que é promovido pelas novas estratégias das empresas, que decorre cada vez mais numa dimensão de bem-estar organizacional e de ampliação das intervenções de bem-estar a favor da qualidade de vida do trabalhador e da trabalhadora. A saúde é, portanto, interpretada como uma garantia de bem-estar individual, mas para ser assim deve levar em linha de conta a diversidade dos percursos, tanto masculinos como femininos, e as desigualdades sistémicas. Nesse sentido, a perspetiva de género pode transformar o conceito de saúde, mas também o conceito de prevenção por forma a promover uma real integração de cuidados sociais e de saúde. Trata-se de uma passagem da medicina de género para o género como categoria analítica, de forma a reinterpretar o bem-estar dos sujeitos, de acordo com a definição da OMS. Trata-se de uma abordagem género *mainstream* na investigação em saúde que é certamente inovadora, complementar às tradicionais políticas de iguais oportunidades, com o objetivo de promover a reorganização, o desenvolvimento, a melhoria e a avaliação dos processos políticos, de modo a integrar a perspetiva de género em todas as políticas e em todas as fases e níveis de funcionamento da sociedade. Uma abordagem, portanto, abrangente, e ao longo do curso da vida, para promover tanto condições de trabalho adequadas como a equidade de género nas esferas pública e privada.

Referências Bibliográficas

Beauvoir, Simone de (2002), *Il Secondo sesso*. Milão: Il Saggiatore

Biancheri, Rita (Org.) (2008), *La dimensione di genere nel lavoro. Scelte o vincoli nel quotidiano femminile*. Pisa: University Press.

Biancheri, Rita (2010), “Genere e salute”, in Magnier A., Vicarelli G. (orgs). *Lo stato del paese agli inizi del XXI secolo*. Milão: Franco Angeli, 289-295.

Biancheri, Rita (Org.) (2014a), “Genere e salute tra prevenzione e cura”, *Salute e società*, 1, 1-18.

Biancheri, Rita (2014 b), *Dalla medicina di genere al genere in salute*, in Consiglio scientifico della Sezione AIS Studi di genere (org.), *Sotto la lente del genere. La sociologia italiana si racconta*. Milão: F. Angeli, 129-140.

Biancheri, Rita; Carducci, Annalaura; Foddis, Rudy; Ninci, Antonella (orgs.) (2013), “Salute e sicurezza sul lavoro una questione anche di genere, Rischi lavorativi un approccio multidisciplinare”, *Rivista Inail*, 4.

Bronte, Emily (2006), *Cime tempestose*. Torino: Einaudi.

CSDH (2008), *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

Durkheim, Emile (1987), *Il suicidio*. Milão: Rizzoli.

Garfinkel, Harold (2000), *Agnese*. Roma: Armando Ed.

Gherardi, Silvia; Poggio, Barbara (2003), *Donna per fortuna, uomo per destino. Il lavoro raccontato da lei e da lui*. Milão: Etas libri.

ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica (2013), *Rapporto annuale*, disponível em <http://www.istat.it>.

Marino, Elisabetta (2013), “La prigionia del corpo: la figura di Catherine in Cime tempestose”, in Durst, Margherita; Sabelli, Sonia, *Questioni di genere. Tra vecchi e nuovi pregiudizi e nuove o presunte libertà*. Pisa: ETS, 121-130.

Sen, Amartya (1986), *Scelta, benessere e equità*. Bolonha: Il Mulino.

Poderes profissionais e processos de profissionalização no campo da saúde¹

David Tavares,² Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa e Centro de Investigação e Estudos em Sociologia (C.I.E.S.) do ISCTE/IUL - Instituto Universitário de Lisboa
david.tavares@estesl.ipl.pt

Resumo: O campo da saúde tem constituído um terreno fértil para a sociologia das profissões. Após enquadrar a evolução da análise sociológica sobre as profissões e discutir a especificidade do contexto da saúde e o impacto das transformações sociais nos grupos profissionais deste setor, a proposta deste artigo é abordar as tendências dos processos de profissionalização ocorridos mais recentemente (nas últimas décadas), tomando como referência principal o trabalho de investigação empírica que efetuei no âmbito de um estudo de caso sobre a influência da instituição escolar na construção da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia,³ bem como o desenvolvimento posterior da minha reflexão sobre o tema, além, claro, dos contributos de análises e trabalhos de investigação sociológica realizados sobre os grupos profissionais da área da saúde em diferentes países e, particularmente, em Portugal.

Palavras-Chave: Poderes profissionais, Processos de profissionalização, Dominância médica, Autonomia, Contextos de trabalho.

¹ Este texto resulta do seminário com o mesmo título, inserido no IV Ciclo de Seminários «Ciências Sociais e Saúde 2014», realizado no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra em 10 de Setembro de 2014.

² Professor Coordenador da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa (ESTeSL/IPL) e Investigador do Centro de Investigação e Estudos em Sociologia (C.I.E.S.) do ISCTE/IUL - Instituto Universitário de Lisboa Professor-Coordenador na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa (ESTeSL/IPL) desde 1999, onde é responsável pela unidade curricular de Sociologia da Saúde e exerce entre outras funções, as de Presidente do Conselho Científico (2009-12), Diretor do Departamento das Ciências Sociais e Humanas (2007-09) e Coordenador da área científica de Sociologia (1999-2007). Tem colaborado, enquanto docente, orientador e arguente de teses de mestrado e doutoramento com várias instituições de ensino superior. É membro da Comissão Coordenadora da Secção de Sociologia da Saúde da Associação Portuguesa de Sociologia (APS), desde 2010.

³ Os técnicos de cardiopneumologia são um dos dezoito grupos que integram a carreira técnica de diagnóstico e terapêutica (tal como, por exemplo, os dietistas, fisioterapeutas, técnicos de radiologia, etc.). A sua atividade profissional organiza-se em torno da execução de exames com vista ao estudo e diagnóstico de doenças cardiovasculares e respiratórias, em seis áreas de atividade: electrocardiologia, ecocardiografia, estudo da função respiratória, intervenção invasiva cardiovascular, tecnologia extracorporeal / perfusão e ultrassonografia vascular.

1. Enquadramento sociológico da análise das profissões

As profissões constituíram-se desde cedo como objeto de análise sociológica, estando já presente na obra dos clássicos (Durkheim, 1977 [1893]; Weber, 1971 [1922]), contudo é a partir da década de 1920 que se pode situar a génese da área de especialização temática hoje identificada e institucionalizada pela comunidade científica internacional sob a designação de «sociologia das profissões»⁴ ou «sociologia dos grupos profissionais».⁵

A primeira fase de desenvolvimento da Sociologia das Profissões ocorre entre as décadas de 1920 e 1960, nos países anglo-saxónicos, mais especificamente nos Estados Unidos da América e na Grã-Bretanha, no quadro das correntes funcionalista e interacionista. Os autores funcionalistas começam por identificar atributos característicos das profissões que são definidas como um conjunto de pessoas que praticam uma técnica fundada sobre uma formação especializada, exercem autoridade e jurisdição exclusiva simultaneamente sobre uma área de atividade e de formação ou conhecimento, tendo uma visibilidade social e legitimidade política suficientes, sobre um período significativo⁶ (Wilensky, 1964; Rodrigues, 1997 e 2012; Dubar e Tripier, 1998; Dubar, 2000; Gabe *et al.*, 2004; Gonçalves, 2008).

Os atributos das profissões constituem um ideal-tipo, ou seja, são mobilizados enquanto ferramenta teórico-metodológica no sentido de confrontar a perspetiva teórica (concebida de forma racional e sistemática em termos ideais) com a realidade empírica, com vista a analisar os traços mais significativos das profissões. O modelo profissional, identificado por referência às profissões liberais com elevado estatuto social e autonomia, assenta, pois, num ideal-tipo baseado em determinadas características que identificam as profissões enquanto essência «superior» e simultaneamente estabelecem a fronteira entre os grupos profissionais e os grupos ocupacionais (Rodrigues, 1997; 2012; Dubar e Tripier, 1998; Champy, 2009).

Entre os principais atributos do modelo profissional, identificados pelos autores associados à corrente funcionalista, salientam-se: a) a existência de um corpo sistemático de teoria que supõe a presença de um saber analítico de conceção, abstrato e não banalizável, bem como de uma dupla competência que articula o saber prático e o saber teórico e de uma competência especializada que limita a autoridade de um profissional a um domínio de atividade; b) a existência de formação específica de nível superior apoiada por uma base

⁴ Esta designação é a mais comum e tem sido adotada pela European Sociological Association (ESA), no âmbito do Research Network 19 - Sociology of Professions, constituindo-se de modo permanente como uma das áreas temáticas dos encontros científicos internacionais organizados por esta associação, incluindo o Congresso Europeu de Sociologia, realizado de dois em dois anos.

⁵ Esta designação tem sido adotada pela International Sociological Association (ISA), no âmbito do Research Comitee 52 - Sociology of Professional Groups, constituindo-se de modo permanente como uma das áreas temáticas dos encontros científicos internacionais organizados por esta associação, incluindo o Congresso Mundial de Sociologia, realizado de quatro em quatro anos.

⁶ Para enquadrar o conceito de profissão e a própria análise sociológica das profissões, é necessário considerar a diferença de significado do termo profissão em língua inglesa (língua materna dos autores que marcaram a sociologia das profissões durante as primeiras décadas do seu desenvolvimento) e nas línguas originárias do latim. Assim, enquanto «na tradição europeia o termo profissão pode ser equivalente a ofício e pode designar qualquer ocupação, na tradição inglesa *professional* é aplicado apenas aos trabalhadores que possuem um nível elevado de qualificação, o que na prática significa apenas a diplomados do ensino superior» (Rodrigues, 1997: 36). Neste texto, a utilização do termo «grupos profissionais» reporta-se ao conjunto das profissões e não apenas às que exigem níveis elevados de qualificação e especialização.

teórica onde assenta a cultura profissional; c) a existência de ideologia própria que se reporta ao conjunto de valores profissionais, transmitidos e interiorizados em processos de socialização escolares e profissionais; d) a existência de monopólio sobre um determinado campo de trabalho que diz respeito ao domínio sobre uma área de atividade, suportado pela proteção legal e pela exclusividade no desempenho de funções; e) a existência de autonomia que se prende com o controlo sobre o processo de trabalho na organização e regulação das atividades, bem como com a ausência de mecanismos de avaliação e controlo exteriores à profissão.

Do conjunto de profissões que «encaixavam» neste «ideal-tipo», a medicina constituiu seguramente um modelo e uma referência incontornável, desde os contributos dos primeiros autores conotados com a corrente funcionalista, em particular Parsons (1939), provavelmente porque «é habitualmente considerada o protótipo das profissões qualificadas [professions]» (Bucher e Strauss, 1961: 326) ou «é a atividade emblemática do modelo das profissões e o seu estudo ajudou fortemente a identificar os traços distintivos das profissões» (Champy, 2009: 5). Neste contexto, tem-se estabelecido, desde o início, uma relação estreita e profícua entre a sociologia das profissões e a sociologia da saúde, deste modo, os grupos profissionais do campo da saúde têm sido um objeto privilegiado pelas duas áreas de especialização temática.

Nesta fase inicial da sociologia das profissões, em contraponto com a corrente funcionalista, desenvolve-se a corrente interacionista que coloca a ênfase nos processos sociais e não nos atributos ou na essência das profissões, focalizando a análise em torno do pressuposto da dimensão dinâmica (mais construída do que adquirida ou natural) dos fenómenos, considerando particularmente os processos e os contextos em que ocorrem. Neste sentido, os segmentos profissionais estão em perpétuo conflito e em mudança permanente e, como tal, não se podem considerar como essências ou “realidades” permanentes, às quais os indivíduos não têm que se adaptar. Nesta perspetiva, compete aos sociólogos estudar, através de trabalhos de investigação empírica, os processos sociais e a dinâmica que envolve as interações entre os grupos profissionais, em determinados contextos de trabalho (Rodrigues, 1997; Dubar e Tripier, 1998; Gonçalves, 2008).

O desenvolvimento posterior da sociologia das profissões (pós-interacionista na designação de Champy, 2009) privilegiou a análise centrada nos eixos do «saber» e do «poder», com destaque para o contributo de Freidson (1968 e 1984 [1970]), salientando que o saber se constitui como o principal recurso do poder profissional e ressaltando tratar-se de dimensões interligadas, pois o saber e a formação universitária articulam-se com sistemas de controlo e autoridade. De facto, a posição de cada grupo profissional não depende apenas dos seus saberes específicos mas também de outros recursos mobilizados no contexto de um «sistema de profissões» (Abott, 1988) interdependentes que remetem para as relações de poder, a conquista de territórios profissionais e de espaços próprios na divisão social do trabalho, a autonomia, a exclusividade do exercício de tarefas e competências bem como o monopólio sobre um determinado campo de atividade.

A obtenção desse monopólio deriva da proteção legal materializada na obrigatoriedade de sujeição do exercício profissional a um sistema de licenças/credenciais atribuídas pelo Estado ou por Ordens profissionais a quem o Estado delega poderes, com vista a garantir o controlo sobre as admissões de novos membros de um determinado grupo profissional no mercado de trabalho. A análise sociológica das profissões também se tem cruzado e articulado com as problemáticas da inserção dos profissionais nas organizações, do conflito, dos processos de negociação, da dominância médica e seu declínio parcial, das eventuais tendências para a desprofissionalização.

Em Portugal, a produção sociológica sobre a problemática dos poderes profissionais e dos processos de profissionalização é relativamente escassa, contudo alguns estudos têm contribuído para obter um conhecimento já significativo nesta matéria. É o caso do trabalho de investigação de Graça Carapinheiro (concluído em 1989 e publicado em 1993) sobre os saberes e os poderes no hospital, que constitui uma referência fundadora no panorama nacional da sociologia da saúde e é fundamental para a análise da realidade portuguesa relativamente aos grupos profissionais e às organizações de saúde, mais especificamente às instituições hospitalares.

A autora centra-se na problemática da relação entre o conhecimento e o poder profissional no contexto de um objeto de investigação alargado que inclui a diversidade e a pluralidade da realidade hospitalar, tanto em termos organizacionais como no que concerne aos saberes, aos referentes simbólicos, às práticas sociais e às relações formais e informais estabelecidas entre os diferentes atores (profissionais e doentes), dando um ênfase particular à análise da profissão médica. Relativamente a esta profissão, também se salientam os contributos posteriores de Helena Serra (2008) acerca das estratégias de poder médico numa unidade hospitalar de transplantação hepática e de Tiago Correia (2012) acerca dos efeitos nas relações profissionais causados pela transformação jurídica dos hospitais para modelos empresarializados.

Relativamente à enfermagem, destaca-se o primeiro trabalho significativo realizado em Portugal, por Noémia Lopes (concluído em 1994 e publicado em 2001). Este estudo sobre as modalidades da recomposição profissional dos enfermeiros centra-se na análise dos saberes, ideologias e identidades deste grupo profissional, considerando a natureza, alcance e limites das suas estratégias de valorização e revalorização, bem como os fatores que estão na base da mobilização desigual de diferentes recursos cognitivos e simbólicos, salientando-se a relação entre as estratégias e a natureza específica do trabalho dominante em diferentes contextos.

A produção de conhecimento sociológico relativo aos grupos profissionais das tecnologias da saúde inicia-se já na década de 2000. Para além da componente do meu trabalho relacionada com os processos de profissionalização dos técnicos de cardiopneumologia, (Tavares, 2007 e 2013), de que darei conta neste texto, também destacaria os textos de Noémia Lopes sobre as dinâmicas de profissionalização das tecnologias da saúde (2006) e de Graça Carapinheiro em coautoria com João Areosa sobre os grupos profissionais do setor da imagiologia em contexto hospitalar (2008). Noutras áreas, constituem também referências obrigatórias reportadas à realidade portuguesa, os trabalhos de António Nóvoa (1987), Maria de Lurdes Rodrigues (1999) e Carlos Gonçalves (2006), centrados nos professores, primários, nos engenheiros e nos economistas.

2. A especificidade do contexto da saúde

O estudo de um grupo profissional não pode ser feito isoladamente, deve considerar a relação entre os diferentes grupos profissionais inseridos no mesmo contexto da divisão social do trabalho. Conforme tem sido referido pela generalidade dos autores que analisam este fenómeno, a dominância médica constitui o traço estrutural dominante da divisão social do trabalho no contexto da saúde, assegurando a esta profissão a autoridade de controlar, dirigir e avaliar o trabalho dos grupos profissionais articulados com o seu campo de atividade, através do uso de prerrogativas de poder centralizadas na noção de ato médico que estabelece como princípio de divisão de tarefas que os atos médicos só podem ser executados por outros profissionais por delegação, sob o controlo e a responsabilidade de uma autoridade médica (Freidson, 1968; 1984 [1970]; Couture, 1988; Carapinheiro, 1993).

Por sua vez, a posição na divisão social do trabalho dos grupos profissionais da área da saúde, não médicos é marcada por uma situação de subordinação e dependência em relação à profissão médica. Como refere Graça Carapinheiro, «a natureza do trabalho destas categorias profissionais é definida a partir da natureza do trabalho médico e a posição funcional das suas tarefas determina-se a partir da centralidade das tarefas médicas» (1993: 73), assim os médicos dispõem de áreas amplas de influência «no exercício de uma autoridade e responsabilidade a partir das quais se definem a extensão e os limites da autoridade e responsabilidade do pessoal não médico» (*idem*: 184).

O principal pressuposto legitimador da dominância médica assenta na distinção entre os saberes analíticos de conceção atribuídos às práticas profissionais da medicina em contraste com os saberes práticos de execução geralmente imputados à atividade dos restantes grupos profissionais do campo da saúde. Esta dicotomia assenta em formas de divisão do trabalho que reservam as tarefas resolutivas de conceção (a que está inerente um maior grau de cientificidade, complexidade, indeterminação, prestígio e rentabilidade) para os médicos, ao passo que aos restantes grupos caberiam tarefas de execução correspondentes às suas qualidades «técnicas».

Apesar de não constituir objeto de análise deste texto, que se reporta aos grupos profissionais formais do setor da saúde, refira-se que a dominância médica, expressa no monopólio e fechamento sobre um campo de trabalho, não se refere apenas às fronteiras entre os grupos profissionais institucionalizados, mas abrange também o universo das medicinas alternativas e complementares. De facto, ao longo do tempo, as associações médicas, de forma geral, desenvolveram estratégias no sentido de limitar, excluir ou subordinar a atividade das diferentes medicinas alternativas e complementares, sob o argumento da falta de credibilidade científica e/ou da «charlatanice» dessas práticas profissionais.

O contexto de mudança observado nas últimas décadas teve um forte impacto nas profissões em geral e nos grupos profissionais do sector da saúde em particular. Sem pretender convocar de forma exaustiva todos os fatores de mudança com impacto nos grupos profissionais da área da saúde, salientaria, numa primeira fase, a crescente especialização e divisão do trabalho com a conseqüente parcelarização das atividades, as mudanças tecnológicas e a renovação tecnológica, o aumento dos níveis de qualificação de muitas ocupações, a emergência e desenvolvimento de novas atividades, a erosão do monopólio sobre o conhecimento devido aos sucessivos processos de codificação associados à padronização das aplicações profissionais, a difusão do conhecimento, as alterações na relação entre o conhecimento leigo e o conhecimento pericial, o ataque à existência de credencialismo por outros profissionais, a crescente crítica e responsabilização por parte dos utentes, cujo grau de instrução é cada vez mais elevado e o acesso à informação é cada vez maior, a maior participação dos utentes nas decisões dos profissionais (Carapinheiro e Rodrigues, 1998; Gabe *et al.*, 2004; Tavares, 2007).

Estas transformações foram acompanhadas por outras de cariz estrutural como o processo de terciarização da economia, a recomposição das classes sociais, a massificação da escolaridade com reflexos a vários níveis, particularmente na empregabilidade dos licenciados e no conseqüente aumento dos níveis médios das habilitações literárias, o aumento da taxa de atividade feminina, a génese da tentativa de estabelecimento das bases de um Estado-Providência e a implementação do Serviço Nacional de Saúde bem como a rápida expansão do sector dos cuidados de saúde (Machado e Costa, 1998; Carapinheiro e Rodrigues, 1998; Tavares, 2007).

Mais recentemente, as transformações têm um sentido completamente diferente, verificando-se a tendência para a empresarialização, managerialismo e crescente subordinação

das instituições públicas de saúde à lógica do mercado, o crescimento de novas fontes de autoridade e formas de avaliação externas às profissões, a alteração das carreiras profissionais com efeitos na fragmentação dos grupos profissionais, a desregulação do sistema de emprego e a consequente diversificação das formas de emprego, a precariedade e instabilidade laboral acompanhada da fragilização dos vínculos institucionais e o descompromisso social do Estado (Gabe *et al.*, 2004; Evetts, 2010; Correia, 2012).

Em função do conjunto destas mudanças, verifica-se uma dificuldade crescente de reprodução das formas tradicionais de dominância médica e, simultaneamente, o desenvolvimento de processos e projetos de profissionalização de diferentes grupos ocupacionais do setor da saúde. Em relação ao primeiro aspeto, não obstante os médicos terem reatualizado, mantido e, em alguns casos, mesmo reforçado a sua posição dominante nas organizações de saúde e no contexto geral da divisão social do trabalho neste setor (Rodrigues, 1997; Dubar e Tripier, 1998; Gabe *et al.*, 2004; Correia, 2012; Kuhlmann, 2013), observa-se simultaneamente, utilizando a terminologia de Tousijn (2000), a tendência para o «declínio parcial da dominância médica» que se verifica em função do menor controle sobre o processo de trabalho no seu conjunto, sobre o mercado, sobre os utentes/doentes, sobre a formação, sobre a política de saúde, sobre as práticas profissionais e sobre os outros grupos profissionais do campo da saúde (Tousijn, 2000).

3. Processos de profissionalização

O conceito de processo de profissionalização pode ser definido como o «meio pelo qual uma ocupação procura e adquire um número significativo de atributos do modelo profissional» (Rodrigues: 1997: 21). Neste texto, a referência de análise reporta-se sobretudo aos processos de profissionalização de grupos ocupacionais da área da saúde não médicos e, em particular, ao caso dos técnicos de cardiopneumologia que tive oportunidade de investigar com maior profundidade.

Destes processos de profissionalização resultantes das transformações sociais das últimas décadas, tem-se assistido à recomposição dos saberes e das práticas de diferentes grupos especializados, num quadro de aquisição de capital escolar e de crescente alargamento e complexificação das formas de intervenção, verificando-se uma deslocação gradual dos saberes práticos de execução adquiridos através da experiência para os saberes analíticos de conceção obtidos em consequência do desenvolvimento de um conhecimento-base assente num suporte teórico alargado, principal alicerce da extensão dos campos profissionais que potenciou a produção de novos parâmetros de legitimação social, materializados na aquisição de um diploma académico de nível superior, cujo efeito imediato reside no aumento da legitimidade social, expressa, em primeira instância, pela delegação de tarefas por parte dos médicos, operada nos diferentes contextos de trabalho e posteriormente consolidada em termos formais e jurídicos pela atribuição de competências qualificadas, conferidas no plano legislativo ao estatuto das respetivas carreiras profissionais.

É possível identificar, como faz Blane (1991), três grandes eixos nos processos de profissionalização de grupos emergentes da área da saúde: desenvolvimento de um conhecimento-base, aumento do controle do seu próprio trabalho e obtenção de registo/certificação. Segundo o mesmo autor, a profissionalização destes grupos sugere algumas generalizações, concretamente a variedade de situações históricas específicas; o facto das características de um grupo profissional não serem dadas previamente mas sim conquistadas pelos seus membros; o papel importante desempenhado pelo conhecimento no conjunto do processo de profissionalização; este, por sua vez, envolve uma mobilidade social

ascendente dos seus membros; os poderes profissionais serem conquistados em negociação com os poderes já estabelecidos.

Como resultado do trabalho de investigação empírica realizado (Tavares, 2007) e da reflexão que venho desenvolvendo (Tavares, 2013), destacaria quatro tendências na dinâmica do processo de profissionalização dos técnicos de cardiopneumologia, provavelmente comuns às de outros grupos profissionais do campo da saúde: 1) é condicionado pela dominância médica; 2) assenta em processos de delegação; 3) resulta no aumento do grau de autonomia do grupo profissional que, por sua vez, não é incompatível com a dominância médica; 4) expressa-se com uma grande variabilidade nos diferentes contextos de trabalho. Contudo, as tendências que se têm vindo a verificar nas últimas décadas podem-se vir a alterar significativamente, em função do contexto atual de crescente precariedade e desregulação do mercado de trabalho em Portugal, com efeitos no aumento das assimetrias internas dos grupos profissionais.

Na análise dos processos de profissionalização de grupos qualificados da área da saúde, nomeadamente dos enfermeiros e dos técnicos de saúde, impõe-se a consideração acerca da forma como está estruturada a divisão social do trabalho neste setor. Assim, não obstante as reconfigurações observadas em consequência das transformações sociais atrás referidas, estes processos decorrem em função da dominância médica e nas suas margens (Carapinheiro, 1993; Kuhlmann, 2006), não a colocando em causa de forma substantiva pois assentam na delegação de tarefas por parte dos médicos. Esta delegação ocorre de forma paralela ao crescimento e especialização da medicina que originou por parte destes profissionais um abandono parcial de determinadas atividades, passando a dedicar-se a tarefas mais prestigiadas e rentáveis e delegando outras atividades especializadas a uma força de trabalho que gradualmente vai adquirindo mais competências e maior qualificação. Este processo potencia, contudo, a transferência de legitimidade, em algumas áreas de atividade, da medicina para os grupos a quem essas atividades são delegadas (nomeadamente os técnicos de diagnóstico e terapêutica e os enfermeiros) que, por sua vez, tendem a construir e desenvolver espaços mais autónomos no interior do seu campo profissional, desvinculando-os cada vez mais do campo médico.

Ao longo deste processo de profissionalização, aumenta o grau de autonomia dos grupos profissionais envolvidos. A afirmação desta tendência envolve a discussão acerca do entendimento do conceito de autonomia e, sobretudo, acerca da existência ou não de incompatibilidade entre a presença da dominância médica e o aumento simultâneo do grau de autonomia de outros grupos profissionais do setor da saúde. O conceito de autonomia é aqui entendido como «a aptidão que os indivíduos dispõem numa situação de trabalho para determinar a natureza dos problemas com que se confrontam e para saberem resolvê-los» (Carapinheiro, 1993: 50), considerando a contribuição central de Freidson (1968; 1984) que, conforme já foi referido, associa este conceito à existência de controlo sobre o processo de trabalho nas organizações, à regulação das atividades e à ausência de mecanismos de avaliação e controlo fora da profissão. O entendimento deste conceito é reforçado pela consideração que todos os atores têm uma determinada margem de autonomia e de poder no quadro de um sistema concreto de ação observado no interior das organizações do trabalho (Crozier e Friedberg, 1977), o poder subjacente à autonomia tem um carácter relacional e todas as formas de autonomia são relativas e elásticas, «no sentido em que não existe um domínio fixo de autonomia (...) de acordo com a determinação da competência profissional dos atores, a sua autonomia pode contrair-se ou expandir-se com amplitudes variáveis» (Carapinheiro, 1993: 50-51).

Do meu ponto de vista, para se obter uma compreensão global acerca dos processos e das dinâmicas subjacentes à autonomia dos grupos profissionais, torna-se necessário à análise sociológica estabelecer mediações fortes com vista a superar os polos dicotômicos rígidos [como propõe Boaventura de Sousa Santos (1990) num contexto analítico mais geral] que tendem a situar essa análise em termos de uma dualidade absoluta, ou seja, os grupos têm autonomia ou não têm autonomia. Pelo contrário, o que se observa em contexto hospitalar é a presença de diferentes graus de autonomia. Assim, é possível analisar, dentro dos parâmetros do uso do conceito de autonomia, atrás definidos, o crescimento do grau de autonomia de determinados grupos profissionais, no quadro dos respetivos processos de profissionalização, ainda que a sua atividade esteja subordinada à dominância de outros grupos. Deste modo, o facto de existir dominância médica e as atividades analíticas de conceção dos outros grupos profissionais do setor da saúde serem atividades delegadas, não significa que o grau de autonomia desses grupos não possa aumentar.

Os processos de profissionalização são multidirecionais, ou seja, não são lineares nem obedecem a um desenvolvimento contínuo subjacente a uma sequência lógica mais ou menos previsível, pelo contrário, nas situações quotidianas concretas ocorridas nos diferentes contextos de trabalho verifica-se uma grande variabilidade traduzida pela disparidade de tendências, por vezes contraditórias e paradoxais entre si. O estudo que realizei sobre os técnicos de cardiopneumologia constitui um bom exemplo do que acabou de ser afirmado, observa-se um processo que decorre a «várias velocidades» e onde coexistem tendências diversificadas e frequentemente contraditórias entre si, estão presentes tendências oscilantes entre os principais indicadores que confirmam a existência clara de um processo de profissionalização e a persistência de situações opostas marcadas pelo desempenho de tarefas rotineiras de execução prática no quadro de um grau de autonomia e de reconhecimento muito reduzidos.

A investigação empírica evidenciou que os graus de autonomia e de reconhecimento, em diferentes contextos de trabalho, variam muito consideravelmente em função do grau de complexidade inerente às tarefas realizadas, mas variam sobretudo em função das formas de organização do trabalho de que dependem as oportunidades para o exercício de tarefas complexas. As funções, competências profissionais e autonomia tendem a alargar-se quando se desempenham tarefas que envolvem maior complexidade (e conseqüentemente uma maior mobilização de conhecimentos científicos) e uma margem de incerteza e indeterminação acrescida, contudo o grau de autonomia não é inerente, de modo automático, ao grau de complexidade das tarefas mas é determinado pela conjugação deste fator com as formas globais de organização e divisão do trabalho, variável em diferentes contextos (a mesma tarefa pode assumir contornos distintos e pode ser executada de forma muito diversa, com graus de complexidade muito variável, em contextos de trabalho diferentes).

Deste modo, os processos de profissionalização não são detetáveis em toda a sua complexidade pelo estudo do reconhecimento formal e institucional atribuído a determinados grupos profissionais, pois o seu entendimento exige igualmente a observação dos processos que ocorrem de modo variável em diferentes contextos de trabalho onde se cruzam os domínios do formal e do informal e onde frequentemente se «geram as possibilidades de redefinição dos limites e alcance estratégico dos recursos dos diversos grupos profissionais» (Lopes, 2001: 37). Em alguns casos, a divisão de tarefas não se baseia nas competências específicas nem nos saberes próprios dos grupos profissionais mas a delimitação dos respetivos campos de ação, e da forma como estes são atribuídos, estabelece-se através da maneira como em diferentes contextos são reguladas, em termos formais (ao nível do

exercício do poder formal sob a forma de autoridade profissional) e informais, as relações de trabalho e a sua divisão pelos atores e, em última análise, pelos grupos profissionais.

Referências bibliográficas

Abbott, Andrew (1988), *The system of professions*. Chicago: The University of Chicago Press.

Blane, David (1991), "Health professions", in Scambler, Graham (org.), *Sociology as applied to medicine*. London: Baillière Tindall, 221-235.

Bucher, Rue; Strauss, Anselm (1961), "Professions in process", *The American Journal of Sociology*, 4, 325-334.

Carapinheiro, Graça (1993), *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Afrontamento.

Carapinheiro, Graça; Rodrigues, Maria de Lurdes (1998), "Profissões: protagonismos e estratégias", in Viegas, José Manuel e Costa, António Firmino (orgs.), *Portugal, que modernidade?* Oeiras: Celta, 129-146.

Carapinheiro, Graça; Areosa, João (2008), "Quando a imagem é profissão: profissões da imagiologia em contexto hospitalar", *Sociologia – Problemas e Práticas*, 57, 83-108

Champy, Florent (2009), *Sociologie des professions*. Paris: Presses Universitaire de France (PUF).

Correia, Tiago (2012), *Medicina - o agir numa saúde em mudança*. Lisboa: Mundos Sociais.

Couture, Denise (1988), "Technologies médicales et statut des corps professionnels dans la division du travail socio-sanitaire", *Sociologie et Sociétés*, XX, 2, 77-89.

Crozier, Michel; Friedberg, Erhard (1977), *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.

Dubar, Claude (2000), *Sociologie du travail et des groupes professionnels en France : un bilan prospectif*, 3rd Interim Conference Research Committee 52 – The Sociology of Professional Groups. Lisboa: International Sociological Association (policopiado).

Dubar, Claude; Tripier, Pierre (1998), *Sociologie des professions*. Paris: Armand Colin.

Durkheim, Émile (1977), *A divisão do trabalho social*, Lisboa: Presença [1ª ed. 1893].

Evetts, Julia (2010), "Reconnecting professional occupations with professional organizations: risks and opportunities", in Svensson, Lennart e Evetts, Julia (coord.), *Sociology of Professions: Continental and Anglo-Saxon Traditions*. Gothenburg: Diadalos, 123-144.

Freidson, Eliot (1968), *Professional powers*. London: The University of Chicago Press.

- Freidson, Eliot (1984), *La profession médicale*. Paris: Payot [ed. original 1970].
- Gabe, Jonathan; Bury, Mike; Elston, Mary Anne (2004), *Key concepts in medical sociology*. London: Sage.
- Gonçalves, Carlos (2006), *Emergência e consolidação dos economistas em Portugal*. Porto: Afrontamento.
- Gonçalves, Carlos (2008), “Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento”, *Sociologia*, 17/18, 177-224.
- Kuhlmann, Ellen (2006), *Modernising health care: Reinventing professions, the state and the public*. Bristol: Policy Press.
- Kuhlmann, Ellen (2013), “*Riders in the storm*”: *the professions and healthcare governance*, Saúde & Tecnologia, Suplemento, Pe6-e10, disponível em http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_01_estesl_suplemento_2013.pdf.
- Lopes, Noémia (2001), *Recomposição profissional da enfermagem - Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto.
- Lopes, Noémia (2006), “Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização”, in Carapinheiro, Graça (org.), *Sociologia da Saúde – Estudos e Perspectivas*. Coimbra: Pé de Página, 107-134.
- Machado, Fernando Luís; Costa, António Firmino (1998), “Processos de uma modernidade inacabada”, in Viegas, José Manuel e Costa, António Firmino (orgs), *Portugal, que modernidade?* Oeiras: Celta, 17-44.
- Nóvoa, António (1987), *Le temps des professeurs: analyse socio-historique de la profession enseignante au Portugal (XVIII et XX siècle)*. Lisboa: INIC.
- Parsons, Talcott (1939), *The Professions and Social Structure*. New York: Free Press.
- Rodrigues, Maria de Lurdes (1997), *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta.
- Rodrigues, Maria de Lurdes (1999), *Os engenheiros em Portugal: profissionalização e protagonismo*. Oeiras: Celta.
- Rodrigues, Maria de Lurdes (2012), *Profissões - Lições e Ensaio*. Coimbra: Almedina.
- Santos, Boaventura de Sousa (1990), “Animal Farm II - As tartarugas entre Coménio e o Mestre de Sangengeng”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 29, 5-9.
- Serra, Helena (2008), *Médicos e poder. Transplantação hepática e tecnocracias*. Coimbra: Editora Almedina.
- Tavares, David (2007), *Escola e identidade profissional - o caso dos técnicos de cardiopneumologia*. Lisboa: Colibri/IPL.

Tavares, David (2013), *Tendências dos processos de profissionalização no campo da saúde, Saúde & Tecnologia, Suplemento, P.e11-e15*, disponível em http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_02_estesl_suplemento_2013.pdf.

Tousijn, Willem (2000), *Medical dominance in Italia: a partial decline*, 3rd Interim Conference Research Committee 52 – The Sociology of Professional Groups. Lisboa: International Sociological Association (policopiado).

Weber, Max (1971), *Economie et société*. Paris: Plon [ed. original 1922].

Wilensky, Harold (1964), “The professionalization of everyone?”, *American Journal of Sociology*, LXX, 2, 137-158.



Centro de Estudos Sociais
Laboratório Associado
Universidade de Coimbra

A Cescontexto é uma publicação online de resultados de investigação e de eventos científicos realizados pelo Centro de Estudos Sociais (CES) ou em que o CES foi parceiro. A Cescontexto tem duas linhas de edição com orientações distintas: a linha "**Estudos**", que se destina à publicação de relatórios de investigação e a linha "**Debates**", orientada para a memória escrita de eventos.

CES

Colégio de S. Jerónimo
Apartado 3087
3001-401 Coimbra, Portugal
T. +351 239 855 570
F. +351 239 855 589
www.ces.uc.pt
ces@ces.uc.pt

CES - Lisboa

Picoas Plaza
Rua do Viriato, 13
Lj 117/118
1050-227 Lisboa, Portugal
T. +351 216 012 848
F. +351 216 012 847
www.ces.uc.pt/ces-lisboa
ceslx@ces.uc.pt

• U • C •

