

## ■ Imigrantes, saúde e educação

Maria do Céu Soares Machado, Alta-Comissária da Saúde

*Há uns tempos, inscreve-se na urgência pediátrica do Hospital da Amadora-Sintra (HAS) um menino de nome Aldmiro que o computador refere como internado. Com o mesmo nome e o mesmo número da Segurança Social estava há três semanas na enfermaria uma criança com um problema pulmonar grave. Confrontados os pais dos dois, primeiro negaram e depois acabaram por confessar que o menino verdadeiro era o da urgência e o outro era clandestino, mas viviam todos numa casa com 17 pessoas e tinham emprestado o cartão ao doente. É dada ordem para abrir processo clínico aos dois. Não tinha ainda passado uma semana, a cena repete-se na urgência, ou seja, o segundo não era ainda o verdadeiro dono daquele cartão do Serviço Nacional de Saúde.*

*Duma outra vez, quando ia passar a certidão de óbito de uma criança de sete meses falecida com SIDA, cujo nascimento estava registado no HAS, aparece-me o pai a chorar no gabinete. O menino nascido no HAS era outro. O que tinha morrido, da mesma idade, filho do mesmo pai e de outra mulher, tinha ele ido buscar à Guiné quando soube que estava muito doente. Nada fora do comum. Quando um elemento de uma família tem acesso ao hospital, passam a tratar-se os irmãos, pais, tios, primos que chegam de África só para resolverem os problemas de saúde, utilizam o nome do primeiro e depois se vão, sem deixar rasto.*

Estes episódios verdadeiros são ilustrativos das dificuldades que surgem quando se prestam cuidados de saúde às famílias imigrantes.

Como médica e Directora do Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca (HFF), nos últimos dez anos, assisti ao crescimento exponencial da população imigrante nos Concelhos da Amadora e de Sintra, áreas de forte atracção para as famílias de Angola, Cabo Verde e Brasil e, recentemente, para as de países europeus não comunitários e da China.

Oportunidade ou uma ameaça? É a interrogação mais frequente, quando se discutem, nos países desenvolvidos, os fluxos migratórios oriundos dos países industrializados. A imigração não deve ser considerada uma ameaça mas antes uma oportunidade, pois os imigrantes constituem já, em Portugal, 10% da população activa, sendo o seu papel significativo na economia, trabalho e na evolução demográfica<sup>1</sup>.

O futuro da Europa depende de três componentes demográficas básicas: a fertilidade, a mortalidade e as migrações. Com a fertilidade, factor com maior influ-

ência, a baixar e a mortalidade com tendência para estabilizar, os movimentos migratórios influenciam as alterações demográficas de forma directa e, através da natalidade, de forma indirecta.

Nos anos 90, a imigração foi responsável por um quarto do crescimento da população nos países industrializados, mas as famílias imigrantes, habitualmente jovens e com perfil de fertilidade mais elevado, rapidamente adoptam as características demográficas dos países de acolhimento<sup>2</sup>.

Dos 20 a 30 mil imigrantes que chegam aos países da UE por mês, 20 a 30% são crianças. Cerca de metade destas famílias estão em situação de clandestinidade e vivem na pobreza e exclusão social. Há assim, inevitavelmente, desigualdade de oportunidades no acesso à saúde destes grupos vulneráveis<sup>3</sup>.

Segundo os princípios constitucionais portugueses da igualdade, da não discriminação e da equiparação de direitos e deveres entre nacionais e estrangeiros, todos têm direito à protecção na saúde, na exacta medida das suas necessidades, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais.

No entanto, a nossa percepção no HFF, ao cuidarmos destas famílias, era de que aqueles princípios não são suficientes para obter equidade de cuidados, pelo que decidimos desenvolver uma investigação prospectiva na área materna e infantil, que se publica neste número.

Os resultados mostraram que, em 1989 nascimentos, 43% são de pais imigrantes de 32 nacionalidades diferentes, 29% das famílias não estão inscritas em nenhum Centro de Saúde, a mortalidade perinatal é o dobro da dos filhos de portugueses e o número de creches de apoio na Amadora é manifestamente insuficiente.

A falta de recursos económicos ou de informação, as más condições de habitabilidade, ampliadas pela não legalização e pela dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde pela barreira linguística, deixam os imigrantes em situação de grande vulnerabilidade.

Muitas famílias em situação ilegal, sem emprego nem visto de trabalho, ou que chegaram recentemente, não têm médico de Família atribuído ao nível dos cuidados primários. O medo do repatriamento leva à procura dos serviços de saúde apenas em fases mais tardias da doença, muitas vezes irreversíveis, o que se verificou neste estudo em duas grávidas recém-chegadas da Guiné-Bissau, que recorreram ao hospital em situação de eclâmpsia e já com o feto morto.

Quanto às barreiras linguísticas, não há ainda o hábito, entre os profissionais de saúde, de utilizar um intérprete de forma sistemática na consulta, na enfermaria

e ainda menos na urgência. A grávida faz-se com frequência acompanhar por um familiar, um amigo ou um filho mais velho que já frequenta uma escola portuguesa. O não domínio da língua e a falta de acesso a um intérprete condicionam uma menor intervenção na área da prevenção, terapêutica desadequada e maior risco de complicações, de falta à consulta marcada após uma urgência e de hospitalização. O atraso na prestação de cuidados, ou cuidados inadequados por barreiras linguísticas, constitui uma forma de discriminação<sup>4</sup>.

De salientar que as famílias que não estavam registadas em nenhum Centro de Saúde eram praticamente todas de países de língua não portuguesa. Os imigrantes dos países europeus não comunitários, embora se constate que têm literacia para a promoção da saúde e prevenção da doença, provêm de países onde não se dá ainda grande importância aos cuidados primários. Quanto aos asiáticos, por motivos culturais, preferem medicinas alternativas.

E finalmente, a inclusão social e o futuro destas crianças passa pela oportunidade de frequentar creches e jardins-de-infância. Estudos americanos demonstram que a arquitectura do cérebro e o processo de formação de competências são influenciados pela interacção do património genético com a experiência individual. E que, quanto maior for a vulnerabilidade das famílias, mais precocemente se tem de intervir na educação das crianças, ou seja, na idade pré-escolar<sup>5</sup>.

Pois na Amadora, para os mais de 500 filhos de pais imigrantes que nascem todos os anos, há apenas três creches públicas. E nós, profissionais de saúde ou da educação, temos o dever de nos constituirmos advogados ou provedores de todas estas crianças.

<sup>1</sup> António Vitorino [org.] (2007), *Imigração: oportunidade ou ameaça? Recomendações do Fórum Gulbenkian de Imigração*, Estoril: Ed. Principia, Estoril, 2007.

<sup>2</sup> Lutz, W. e Scherbov S. (2006), *Future Demographic Change in Europe: the contribution of migration in Europe and its immigrants in the 21<sup>st</sup> century new deal on a continuing dialogue of the deaf?*, Edited by DG Papadimitriou, Migration Policy Institute, 2006.

<sup>3</sup> Hjern, A. e Bouvier, P. (2004), "Migrant children – a challenge for European Pediatricians", *Acta Paediatr* 2004; 93(11), pp. 1535-1539.

<sup>4</sup> Flores, G. (2006), "Language barriers to health care in the United States", *N Engl J Med*, 2006; 355(3), pp. 229-231.

<sup>5</sup> Heckman, J. (2006), "Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children", *Science*, 2006; 312, pp. 1900-1902.