

MEDIAÇÃO INTERCULTURAL
NO ACESSO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE,
NÃO LUSÓFONA E RESIDENTE NO PORTO,
AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Dissertação de Mestrado

Filomena Maria Ventura Rebelo

Trabalho realizado sob a orientação de

Prof. Dr. José Carlos Marques, Instituto Politécnico de Leiria

Porto, 29 março de 2019

Mestrado em Mediação Intercultural e Intervenção Social
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

Todos somos incompletos
e tal consciência deve ser o motor da transformação
para novas atitudes, práticas e políticas sociais. E a mudança, se
pode não ir contra a tradição cultural transforma-a sempre.

Caride, 2009

AGRADECIMENTOS

Ao Ex.mo Sr. Professor Doutor José Carlos Marques, pela orientação, disponibilidade e atenção.

Ao corpo docente e colegas do curso de MMIIS que fizeram parte deste percurso académico.

Ao Ex.mo Sr. Presidente da Comunidade de Bangladesh do Porto, pela colaboração.

Ao Centro Comunitário São Cirilo, na pessoa da sua interlocutora que se disponibilizou para articular com a população imigrante utente deste centro.

Ao Ex.mo Sr. Vereador do Pelouro da Habitação e Coesão Social, Pelouro da Educação, da Câmara Municipal do Porto, pelo encaminhamento dado às minhas solicitações.

À Ex.ma Chefe de Divisão Municipal da Gestão da Rede Social da Câmara Municipal do Porto, pela atenção em providenciar a informação disponível.

Aos participantes neste estudo (população imigrante e profissionais de saúde), um sincero e profundo agradecimento pela disponibilidade e interesse demonstrados, pois sem eles este trabalho não seria possível.

Aos meus pais pela transmissão de princípios e valores fundamentais à minha formação pessoal e profissional.

Ao meu genro pela sua disponibilidade e compreensão.

E um agradecimento especial à minha filha, pela mulher que é, grande fonte de inspiração na minha vida, pela sua motivação constante neste meu percurso, e acima de tudo, pelo seu apoio e amor incondicional.

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) define saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, estado este que é influenciado por diversos fatores inerentes ao indivíduo, como os biológicos e os que constituem o meio em que ele se insere e o caracterizam. A literatura refere que tendencialmente os profissionais de saúde interpretarão o estado de saúde dos seus pacientes de acordo com a sua própria visão cultural, e estes por sua vez farão o mesmo, o que em contextos culturais diferentes poderá gerar lacunas na comunicação cujas consequências poderão ser relevantes para o perfil de utilização dos cuidados de saúde disponíveis. Torna-se por isto importante que os profissionais de saúde adquiram

competências culturais, conheçam e respeitem essas diferenças, sobretudo quando perante população imigrante de origem não lusófona, em que a barreira linguística se estabelece no imediato como um obstáculo pertinente à integração desta população. Apesar de se verificar um interesse crescente dos investigadores sobre esta matéria, persiste ainda a falta de conhecimento aprofundado sobre as dificuldades existentes, as questões subjacentes à acessibilidade e utilização dos serviços, e, a perceção e interpretação destas por parte de todos os intervenientes no processo. Assim, demonstrou-se pertinente determinar a importância da mediação intercultural no acesso desta população, de origem não lusófona e residente no Porto, aos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estudos anteriores abordam essencialmente a população de origem lusófona, residente na área da Grande Lisboa e o acesso aos cuidados de saúde de uma forma mais generalizada. Sendo os CSP os de maior proximidade por definição, e não havendo registo de um trabalho neste âmbito no Grande Porto, considerou-se oportuna esta abordagem. Com um estudo de natureza quantitativa, foi aplicado um questionário, de autopreenchimento, a um total de 11 indivíduos imigrantes e 34 profissionais de saúde, cujos resultados confirmaram a necessidade de atualização, ou mesmo aquisição, de conhecimentos no que às questões culturais e organizacionais diz respeito. Tendo sido a barreira linguística igualmente apontada por ambos os grupos como um obstáculo efetivo; também a falta de conhecimento dos usos e costumes da população imigrante e a interpretação, porventura errónea, do tipo de procura dos cuidados enfatizaram a necessidade de intervenção ao nível da mediação intercultural. Manifestando a população imigrante algum desconhecimento sobre o tipo de serviços prestado e a capacidade de resposta dos mesmos. Não obstante às dificuldades encontradas na operacionalização deste estudo, considera-se o seu desenvolvimento satisfatório, e alcançados os seus objetivos essenciais. A consciencialização dos principais responsáveis pela organização dos serviços é premente, e o papel da mediação intercultural poderá ser primordial para que esta consciencialização, e sensibilização, de todos os envolvidos sejam trabalhadas, fomentando assim a relevância de cuidados de saúde culturalmente diferenciados, e profissionais culturalmente competentes.

Palavras-chave

Acesso, imigração, mediação intercultural,

Porto, saúde

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO, 1946) defines health as "a state of physical, mental and social well-being and not only the absence of disease or infirmity", which is influenced by several factors inherent to the individual, such as biological and those that establish the environment to which he belongs to and characterizes him. The literature indicates that health professionals will tend to interpret the health status of their patients according to their own cultural perspective, and these in turn will do the same, which in different cultural contexts may generate communication gaps which consequences may be relevant to the use of available health care. It is, therefore, important for health professionals to acquire cultural skills, to know and respect these differences, especially when towards immigrant population of non-Lusophone origin, where the language barrier is immediately established as an obstacle relevant to their integration. Despite the growing interest of researchers in this area, there is still a lack of in-depth knowledge about the difficulties, the issues underlying the accessibility and use of services, and the perception and interpretation of these by all those involved in the process. Thus, it was relevant to determine the importance of intercultural mediation in the access of this population, of nonLusophone origin and resident in Porto, to Primary Health Care (PHC). Previous studies mainly address the Portuguese-speaking population living in the Greater Lisbon area and access to health care in a more generalized way. Since PHC are the closest to the population, and there is no record of a work in this area in Greater Porto, this approach was considered appropriate. Featuring a quantitative study, a questionnaire, of self-completion, was applied to a total of 11 immigrant individuals and 34 health professionals, whose results confirmed the need for updating, or even acquisition, of knowledge regarding cultural and organizational issues. The linguistic barrier has also been pointed out by both groups as an effective obstacle; such as the lack of knowledge of the cultural habits of the immigrant population and (perhaps erroneous interpretation) the type of care demand, emphasized the need for intervention of intercultural mediation. The immigrant population expressed some lack of knowledge about the type of services provided and their capacity to respond. Despite the difficulties encountered in the operationalization of this study, its development was considered satisfactory, and the main goals were

achieved. Awareness of the key actors of this process is mandatory, and the role of intercultural mediation may be paramount for this awareness to be addressed, thus promoting the relevance of culturally differentiated services and culturally competent staff.

Keywords

Access, health, immigration, intercultural mediation, Porto

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	iv
Abstract	vii
Índice Geral.....	ix
Índice de Quadros	xii
Abreviaturas e siglas	xiii
Introdução	1
Enquadramento teórico	5
Mediação intercultural	5
A Imigração em Portugal - Breve contextualização	9
Dados da população imigrante não lusófona, no Porto	15
O acesso da população imigrante aos cuidados de saúde em Portugal	20
A população imigrante e o direito à saúde	20
O gabinete de saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante	22
Os Cuidados de Saúde Primários (CSP)	24
Saúde e multiculturalidade	26
A investigação sobre imigração e saúde em Portugal	32
Metodologia	43
Problema de investigação	43
Questões de investigação	43
Objetivos	43
Tipo de pesquisa	44
Método	45
Instrumento de recolha de dados	46
Estratégias e atividades desenvolvidas	47

Parcerias com entidades da comunidade	48
Divulgação do estudo junto da população imigrante.....	55
Resultados e reflexão crítica	60
População imigrante	60
Profissionais de saúde	66
Conclusões	77
Bibliografia	80
Anexos	87
Anexo 1 - Evolução da População Estrangeira em Território Nacional 1980-2017 ..	88
Anexo 2 – Questionário População Imigrante, versões portuguesa e inglesa	90
Anexo 3 – Questionário Profissionais de Saúde	101
Anexo 4 - Contactos com a Comissão Nacional de Proteção de Dados.....	107
Anexo 5 - Contactos com a Comissão de Ética para a Saúde da ARSN, IP e documentação inerente	111
Anexo 6 - Contactos com o ACeS Grande Porto V – Porto Ocidental e documentação inerente	128
Anexo 7 - Contactos com o ACeS Grande Porto VI – Porto Oriental e documentação inerente	11140
Anexo 8 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN, IP.....	160
Anexo 9 - Contactos com a o poder local – Junta/União de Freguesias do Centro Histórico e Baixa da cidade do Porto	111
Anexo 10 - Contactos com o CNAIM	11169
Anexo 11 - Contactos com a Câmara Municipal do Porto	11172
Anexo 12 – Panfletos informativos VIH/SIDA em português, inglês, romeno, mandarim e ucraniano	11175
Anexo 13 - Contactos com a o Departamento de Saúde Pública da ARSN,IP	11177
Anexo 14 - Contactos com o Centro Comunitário São Cirilo	11179
Anexo 15 – Registo fotográfico da Festa da Interculturalidade	111
Anexo 16 - Contactos com a Kalina – Associação dos Imigrantes de Leste.....	183

Anexo 17 - Contactos com o Espaço T	11185
---	-------

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Número (N.º) total de residentes no distrito do Porto, por nacionalidade não lusófona, nos anos de 2008 e 2017	19
Quadro 2 - Utilização dos serviços de saúde em Portugal por parte da população imigrante inquirida	63
Quadro 3 – Testemunhos sobre fatores que condicionam o contacto dos profissionais de saúde com a população imigrante não lusófona	69
Quadro 4 - Testemunhos sobre competências sociais e culturais como fatores condicionantes	70
Quadro 5 – Testemunhos respeitantes ao conhecimento sobre as condições de acesso da população imigrante não lusófona ao SNS	71
Quadro 6 – Testemunhos sobre identificação de elementos facilitadores da acessibilidade da população imigrante não lusófona ao SNS	72
Quadro 7 - Fatores que condicionam o contacto da população imigrante não lusófona com os serviços de saúde	72
Quadro 8 – Testemunhos sobre a perceção dos profissionais de saúde quanto ao comportamento da população imigrante não lusófona perante a sua situação de saúde/doença	73

ABREVIATURAS

cit. in – citado por et al. – et

aliae; e outros autores

Ibid. – Ibidem; o mesmo lugar; a mesma fonte N.º

- Número

p. - página séc.

- século

SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACIDI - Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas

ACM – Alto Comissariado para as Migrações

ACT - Autoridade para as Condições de Trabalho
ADN – Ácido Desoxirribonucleico
ARSN, IP - Administração Regional de Saúde do Norte, Instituto Público
CCS - Conselho Clínico e de Saúde
CES - Comissão de Ética para a Saúde
CMP - Câmara Municipal do Porto
CNAIM - Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes
CNAI - Centro Nacional de Apoio ao Imigrante
CLAIM – Centro Local de Apoio ao Migrante
CLAII - Centros Locais de Apoio à Integração de Imigrantes
CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados
CS – Centro(s) de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DE – Direção(es) Executiva(s)
DGS – Direção-Geral da Saúde
DSP - Departamento de Saúde Pública
EEE - Espaço Económico Europeu
ERS - Entidade Reguladora da Saúde
CRC - Conservatória dos Registos Centrais
GAIPESQ - Gabinete de Apoio à Inserção Profissional, Ensino Superior e Qualificação
GASI - Gabinete de Assuntos Sociais e Inclusão
GAJ - Gabinete de Apoio Jurídico
VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana
IMEDES - Instituto das Migrações para o Desenvolvimento da Etnicidade
INE – Instituto Nacional de Estatística
ICN – International Council of Nurses
IP – Instituto Público
MFH - Migrants – Friendly Hospitals
MISP - Mediação Intercultural em Serviços Públicos
OMS – Organização Mundial de Saúde
OIM - Organização Internacional para as Migrações
PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
RESMI - Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural
SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS Serviço Nacional de Saúde
SPIDR - Society of Professionals in Dispute Resolution
UAG - Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados Personalizados

UE - União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

Falar de relações é falar de indivíduos, de populações ou grupos. Aprender a conviver é um dos quatro pilares em que se deve fundamentar a educação para o séc. XXI (Delors, 1996), este conceito defendido como fundamental na formação educativa, alarga-se a todo o convívio social. Começa em casa, nas escolas, na comunidade, para que se reflita no contexto global que hoje vivemos. A globalidade transporta ao movimento migratório, ao intercâmbio cultural, à integração social, à interculturalidade - “nova expressão dentro do pluralismo cultural que afirmando não apenas o diferente, mas também o comum, promove uma praxis geradora de igualdade, liberdade, interação positiva na relação entre sujeitos individuais ou coletivos culturalmente distintos” (Romero, 2010, p. 36).

Esta consciência permite entender que cada indivíduo fala e sente o mundo de forma distinta, no significado que tem para cada pessoa, este é um princípio da comunicação linguística, da representação do objeto. Este conceito deverá por isto conduzir a uma maior e melhor interpretação entre cultura e saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é “um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (1946). Para ter saúde vários fatores estão em conexão, os que se associam ao comportamento socioeconómico, assim como os que fazem parte da formação do ADN do indivíduo, o qual não se pode modificar. Neste âmbito é fundamental que os profissionais de saúde contextualizem o problema que o paciente apresenta em todo o seu enquadramento cultural, uma vez que este interpretará o seu estado consoante a sua visão cultural, o que pode originar diferenças na comunicação entre o profissional e o paciente. É importante que os profissionais de saúde adquiram competência cultural, conheçam e respeitem essas diferenças.

A integração da população imigrante requer, por isto, atenção especializada e adequada, desde o apoio sociocultural, ao acesso à educação e aos cuidados de saúde. São vários os fatores que levam as pessoas a emigrar, desde a procura por melhores condições de vida, não só relativamente à condição laboral, mas a todo o conjunto socioeconómico que lhes está inerente.

Avaliar a capacidade de resposta dos serviços e profissionais de saúde perante esta população no contexto dos cuidados de saúde foi o ponto de partida para este estudo, com

base numa abordagem anterior a esta temática, em que foram constatadas algumas lacunas no estado da arte, e verificada a sua pertinência no contexto atual, devido ao cada vez maior interesse das entidades governamentais em promover um saldo migratório positivo, tal como afirmam Dias et al. (2018, p. 12)

A realidade é que no momento em que se vive em Portugal uma crise demográfica em que se torna fundamental atrair novos fluxos de imigração para o nosso país, o Direito à Saúde, em todas as suas valências, configura-se como um direito absolutamente fundamental na atração daqueles que procuram mudar de vida e que procuram o nosso país para viver e/ou trabalhar.

Assim, dada a natureza dimensional dos cuidados de saúde, foram os cuidados de saúde primários (CSP) o foco de atenção, essencialmente devido ao facto de que “Os cuidados de saúde primários (CSP) são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham” (ICN, 2008, p. 1). Especificando-se igualmente a população imigrante de nacionalidade não lusófona, com o intuito de analisar a interação dos profissionais de saúde com grupos populacionais culturalmente mais diferenciados.

A revisão da literatura sobre este assunto permitiu verificar que a maioria dos estudos desenvolvidos até à data focaliza a população imigrante de acordo com uma determinada nacionalidade, fundamentalmente dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), países de Leste ou chineses, residentes na região da Grande Lisboa. Trata-se de estudos genericamente focalizados na área dos cuidados hospitalares, ou nos cuidados de saúde de forma generalizada, sendo em número reduzido os que apontam referências significativas sobre a eventual importância da mediação intercultural neste campo de atuação.

No entanto, existem já alguns estudos aplicados no âmbito dos CSP, bem como sobre os constrangimentos que surgem entre os diferentes intervenientes envolvidos no processo, e sobre a implementação de projetos de mediação intercultural na saúde, em Portugal, com destaque para os trabalhos coordenados por Sónia Dias do Observatório das Migrações, o mais recente publicado já em abril de 2018 (Dias, et al., 2018; Dias, et al., 2012; Maurício, 2009).

Pretendeu-se com este trabalho avaliar os fenómenos que caracterizam o acesso da população imigrante não lusófona aos CSP no Porto, visando a identificação de eventuais dificuldades demonstradas pelos intervenientes, e de possíveis estratégias de melhoria no

acesso aos cuidados de saúde, nas quais um mediador intercultural poderá ter um papel ativo.

Como adiante se apresentará, os resultados obtidos com este estudo evidenciam o que vários investigadores têm verificado no desenvolvimento dos seus trabalhos, em que o papel crucial da mediação intercultural de forma direta ou indireta, atuando ativamente no contacto com os diferentes grupos envolvidos, ou na retaguarda promovendo formação e divulgação de informação, se realça como instrumento fundamental na adequação da resposta dos cuidados de saúde às necessidades da população (Anderson et al., 2003; Dias et al., 2018; Dias et al., 2012; Dias et al., 2011; Gonçalves et al., 2003; Gonçalves & Matos, 2016).

A revisão bibliográfica foi, por isso, concretizada no sentido de definir objetiva e sumariamente conceitos como o de mediação intercultural, cuidados de saúde e a sua acessibilidade; e contextualizar o processo imigratório em Portugal, enfatizando naturalmente o quadro estatístico portuense, a rede de recursos existente, e a sua efetividade.

A escolha da área geográfica recaiu sobre a cidade do Porto pela facilidade de acesso, pelo contexto urbano em diversificação multicultural e globalização crescentes e pelo facto de ser, a par de Lisboa e de Faro, uma área de densidade populacional imigrante considerável, nomeadamente de origem não lusófona, com predominância no centro histórico e baixa da cidade.

Considerando as necessidades verificadas pelos estudos anteriores foi inicialmente planeado um projeto de investigação-ação, que, por força de circunstâncias alheias à investigadora, não foi possível concretizar. O processo burocrático de obtenção de autorização por parte das instituições públicas envolvidas, a morosidade na emissão de parecer do foro ético, o receio de constrangimentos por parte destas entidades, e a aparente não valorização da área em estudo, originaram um atraso incontornável e uma alteração significativa na metodologia inicialmente delineada.

Foi, assim, determinado um trabalho de pesquisa de natureza quantitativa, com recurso a dois questionários de autopreenchimento, um dirigido aos profissionais de saúde e outro dirigido à população imigrante, este último redigido em português e em inglês para promover a participação deste grupo alvo ao eliminar uma eventual barreira linguística.

Os obstáculos encontrados, ainda que expectáveis, foram muito mais preponderantes do que o imaginado, o que gerou um princípio de frustração significativo. Porém, a constatação de uma estagnação na melhoria que se esperava contínua nos serviços públicos, a ausência de algumas respostas, e o aparente desinteresse ou desconhecimento da relevância da matéria apresentada, impulsionou a necessidade premente de comprovar o que outros investigadores vêm manifestando, e contribuir para a demonstração das lacunas que urge colmatar.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

MEDIAÇÃO INTERCULTURAL

A mediação compreendida como uma forma de ajudar a resolver conflitos triviais existe desde sempre, como afirma Six (1990, cit. in Torremorell, 2008, p. 11) “A mediação sempre existiu. Sempre houve, nas tribos ou povoações, sábios a quem se recorria com toda a naturalidade, que traziam sossego às pessoas, diferentes, seres que eram alicerces de fraternidade.”

A mediação sociocultural visa essencialmente as relações humanas, com o objetivo de permitir um melhor encaminhamento para o diálogo, dando a conhecer a valorização positiva do conflito e as diferenças, numa atitude de todos para a resolução de problemas. Neste sentido a mediação integra vários conceitos, executa contextos sociais numa visão intercultural. A mediação intercultural terá que ter sempre um olhar mais interventivo, delineando estratégias de contacto para uma interação visada em pressupostos equacionados, mas muitas vezes depara-se com algo que terá que reescrever, reorganizar, conforme o perfil da pessoa ou grupo.

A sociedade desde sempre que vive conflitos, contudo hoje poderá requerer uma atuação mais eficaz face à diversidade sociocultural/intercultural atualmente existente, com o objetivo da inclusão de todos numa perspetiva social mais justa. A mediação tem uma ação presente em qualquer área de intervenção, quer seja a nível escolar, laboral, familiar ou institucional. E neste âmbito pressupõe entendimento, contribui para a consciencialização de tomadas de decisão, numa visão de diferentes opiniões, defende a pluralidade, contribuindo para atitudes democráticas na construção de pontes numa busca da verdadeira integração das partes no todo, atestando um caminho de real coesão social. “[...] se a identidade implica alguma constância, não se trata no entanto duma repetição indefinida do mesmo, mas antes dialética, por integração do outro no eu, da mudança na continuidade” (Vieira, 1999 cit. in Vieira, Margarido, & Marques, 2013, p. 42).

É neste sentido de trabalho conjunto numa melhoria comunitária que, como afirma Vieira (1999, p.66), “[...] o intercultural é uma atitude e uma conduta humanista, uma forma esclarecida de ver e entender o mundo, uma forma de estar antropológica porque legitima as heterogeneidades dentro das identidades”. “O termo implica a ideia de inter-relações e de trocas entre culturas diferentes” (Ladmiral, 1989 cit. in Vieira, 1999, p. 66)

Cada indivíduo transporta as suas vivências, a sua cultura, no entanto, se nos limitarmos ao que fomos ou somos, seremos sempre seres incompletos, a aprendizagem é sempre a abertura de um mundo novo. É fundamental que cada um se coloque no lugar do outro, só assim a integração será construída de forma transformadora. Esta transformação “[...] representa a promessa de evolução e crescimento do indivíduo e da sociedade em geral, com base na revalorização e no reconhecimento das pessoas (empowerment)”. (Bush & Folger, 1996, cit. in Torremorell, 2008, p. 16)

É nos meios escolares que a mediação tem maior incidência. Após algumas experiências e projetos as portas foram-se abrindo à mediação sociocultural e à reflexão sobre o papel do mediador em várias áreas de intervenção, “todavia a sua existência não se deve limitar a uma determinada origem étnica ou cultural, na medida em que se poderá vir a revelar útil em todas as áreas nas quais se torna necessário promover o diálogo intercultural e a inclusão social.” (ACIME, 2002 cit. in Oliveira & Galego, 2005, p. 36). É uma intervenção que terá que se tornar mais visível numa prática alargada a todos os contextos sociais onde seja ativa, promovendo, transformando, para que a diversidade caminhe para a união e não para o conflito.

Segundo Gimenez (1997 cit. in Romero, 2010, p. 67), a “mediação intercultural é orientada para a consecução de reconhecimento do outro, relaciona esta com multiculturalismo. Devemos lembrar o que têm em comum o multiculturalismo e o intercultural [luta contra a discriminação, diversidade tida como positiva ser igual e diferente, etc.]”. Este mesmo autor, ele próprio consultor do ACIDI, atual ACM, através dos seus modelos sociopolíticos face à diversidade sociocultural, ajuda a entender diferentes maneiras de se resolver a diversidade cultural, “partindo da exclusão ou partindo da inclusão”. Ou seja, segundo o autor “[...] de nada vale afirmar a perspectiva intercultural se mantiverem a discriminação, segregação ou outras práticas [...]”. (Ibid., p. 30)

A visão intercultural permitirá assim perspetivar a interação entre indivíduos ou grupos culturalmente diferenciados, em que se procuram pontos comuns entre sujeitos, entidades, nas suas experiências culturais de forma intrínseca. Consciente de que a abordagem intercultural é um modelo emergente em construção, deve incentivar-se a prática em novas metodologias de trabalho, na formação, na informação, para novos projetos comunitários, nas instituições, nas escolas. Como afirma Peres, “sem educação não há

cidadão e a cidadania global não se constrói discriminando os grupos subalternizados, violando os direitos políticos e civis, económicos, sociais e ambientais, todos eles independentes e a necessitarem de políticas que os legitimem” (Peres, 2002 cit. in Vieira, et al., 2017, p. 30)

Fatores como, valorizar a diversidade, incluir todos os intervenientes, dar oportunidades a todos de forma igual, respeitar a dignidade humana, são direitos que devem ser transmitidos precocemente. Se esta consciencialização partir da família, com continuidade escolar e social, talvez as futuras gerações consigam entender esta necessidade de olhar o outro colocando-se no seu lugar. Se a Humanidade não perder o respeito pela sua natureza, poderemos ter esperança de que mesmo sendo algumas “gotas no oceano” se consiga a força de uma onda transformadora, vital para uma convivência salutar, plural, sem a qual não há vida.

Segundo Bolton (1984 cit. in Serrano, 1997, pp. 26-27), “o pluralismo cultural é um sistema que admite que os valores e estilos de vida das pessoas são diferentes, e opera de tal forma que permite igualdade de oportunidades para que todos desempenhem um papel de pleno direito na sociedade.” Papel este que hoje é individual e coletivo, marcado pela multiculturalidade, numa convivência global de grande integração, sem pessoas isoladas, mas fazendo parte de uma sociedade onde a cultura é coletiva sem diferenciação. A mediação poderá, por isso, ser a solução que promove a relação entre as partes, a ponte facilitadora na comunicação, surgindo como uma terceira parte, reconhecida pelos outros para que a aproximação e o diálogo aconteçam de forma natural.

Nos últimos anos a diversidade cultural promoveu a necessidade de obter respostas no sistema público, através da presença de mediadores no Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM) e nas redes de Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes (CLAIM), assim como mediadores interculturais em serviços públicos, subjacentes a projetos locais, como será abordado adiante neste trabalho.

Naturalmente que a saúde não deverá ser exceção. O mediador, como construtor social e intercultural, estará mais disponível para que os profissionais de saúde e a comunidade em geral, incluindo imigrantes, que nestes contextos poderão estar mais fragilizados, devido a várias barreiras como, por exemplo, a linguística, o mediador permite que a população se sinta motivada devendo participar em todo o processo de resolução de uma melhor comunicação para que toda a elaboração de integração seja célere e eficaz.

Nos contextos de cuidados de saúde portugueses atuais, falar de multiculturalidade é olharmos para as pessoas com diversas origens culturais que a eles afluem e que procuram o nosso país como país de acolhimento, de acordo com o seu estatuto de imigrantes (Fonseca et al. 2009; Reis, 2015).

Outros autores abordam esta questão, acabando por culminar num mesmo parecer e perspectiva, de que “No que às diferenças culturais (...) diz respeito, parece lógico que o desconhecimento destes aspectos, por parte do profissional de saúde, é uma barreira que se põe”, que poderá determinar a “presença de um familiar ou do técnico com funções específicas e que possa ter, até, um papel de mediação”. (Maurício, 2009, p. 60)

A formação de equipas de mediadores será uma mais-valia, considerando as reflexões sistemáticas sobre as práticas que se realizarão, e certamente contribuirão para uma dinâmica evolutiva da mediação, quer a nível prático quer a nível teórico. Torremorell (2008) surge neste contexto tendo como referência o trabalho em equipa que proporciona a troca de ideias, a reflexão em conjunto sobre as respetivas vivências, originando aprendizagens contextualizadas, apontando algumas vantagens da co-mediação, como, por exemplo, a combinação de habilidades, a interdisciplinaridade, a diminuição da tensão e a aprendizagem mútua.

Neste sentido, a autora questiona a conduta ética que o mediador deve ter como orientação na prática da função: Qual será o perfil do mediador que melhor se adequará ao processo, mais ou menos diretivo? São possíveis a neutralidade e a imparcialidade do mediador? Estas questões permitem a reflexão sobre o perfil do mediador. Neste sentido, entre outras responsabilidades gerais inerentes à sua formação e atuação, a “Society of Professionals in Dispute Resolution (SPIDR) salienta a “honestidade, a imparcialidade, a integridade e a equidade do mediador” (Torremorell, 2008) (Torremorell, 2008, p. 66).

A mediação intercultural passa a ser uma técnica e um método essencial para que a nova realidade intercultural se torne praticável, adotando um método comunicacional de transformação do social, reformulando as relações sociais e criando novos caminhos onde é possível entender o outro como diferente. O grande desafio é passar do multicultural ao intercultural no verdadeiro sentido do reconhecimento do outro, na valorização da diferença: “nenhum indivíduo deve ser visto como um “intruso cultural” na Europa. O conhecimento do contributo de todas as civilizações para o pensamento humano, para a

racionalidade é o ponto de partida essencial do intercultural.” (Perotti, 1997. cit. in Oliveira et al., 2005, p. 54)

Cada cultura poderá manter a suas características sem se fechar, pelo contrário é essa riqueza que valorizará o convívio, a diferença na construção de uma nova contextualização cultural “do monoculturalismo à multiculturalidade, e da interculturalidade à universalidade plural: o caminho será longo, mas vale a pena percorrê-lo. Como nos ensinou a sabedoria chinesa (entre muitas outras coisas valiosas): toda a viagem longa começa por um pequeno passo. Creio que já o estamos a dar.” (Stavenhagen, 1997, cit. in Oliveira et al., 2005, p. 56)

A IMIGRAÇÃO EM PORTUGAL - BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

O aumento de mobilidade populacional assumiu diferentes formas nos últimos tempos, as migrações são consideradas resultado da integração de comunidades locais e de economias nacionais em relações globais, sendo estas fatores de novas transformações sociais, tanto a nível dos países de origem assim como dos de acolhimento. Vários são os autores que se têm debruçado sobre esta problemática.

Segundo Held et al. (1992, cit. in Monteiro, 2011, p. 192), “As migrações internacionais são parte integrante da globalização, caracterizada como o alargamento, o aprofundamento e a aceleração das interconexões à escala mundial de todos os aspetos da vida social contemporânea”. Para Castles e Miller (1998, cit. in Patarra, 2006, p. 13) a "migração internacional é frequentemente causa e efeito de várias formas de conflitos e não um fenómeno isolado". Pode dizer-se que a migração internacional não é um fenómeno do séc. XXI, mas sim algo que faz parte da história da humanidade, tendo o seu aumento sido mais acentuado nas últimas décadas.

No séc. XIX não se separava a teoria das migrações da economia política da época. O ser humano, como ser racional que é, procurava as melhores vantagens para diminuir o que o incomodava. Este conceito assentava no modelo baseado em fatores de atração e repulsão. Os fatores repulsivos eram usualmente de cariz económico, estavam associados a baixos salários, desemprego, terras pouco produtivas; por oposição a estes, os fatores de atração ofereciam todas as oportunidades de melhoria de vida. A alma do modelo de atração – repulsão ficou assente num estudo apresentado por E. G. Ravenstein à Royal

Statistic Society no dia 17 de março de 1885, com o título “As Leis da Migração”, uma tentativa para a organização de alguns princípios capazes de desenvolver os mecanismos dos processos migratórios, tanto no plano interno como internacionalmente. De todos os aspetos apontados por Ravenstein, salienta-se o facto de considerar o desenvolvimento da tecnologia e comércio condutores à imigração. Contudo, de entre todas as causas responsáveis pelas imigrações, a económica é a de maior relevo (Jackson, 1991).

Castles e Miller (1998, cit. in Rodrigues & Ferreira, 2014) na sua obra *The Age of Migration*, identificam algumas tendências no âmbito das migrações internacionais: a aceleração das migrações - estas sofreram um aumento de volume das migrações internacionais; a diferenciação das migrações - na sua maioria os países não têm só um tipo de migrações, como as migrações laborais; a feminização das migrações - neste caso verificamos um número cada vez mais elevado de mulheres nos movimentos migratórios; a crescente politização das migrações – em que cada vez mais as políticas nacionais, a segurança nacional e as relações bilaterais e regionais são afetadas pelas migrações internacionais; a globalização das migrações – que consiste na tendência para um crescimento acentuado de países que possam ao mesmo tempo ser afetados pelos movimentos migratórios. Vários aspetos relevantes devem ser considerados nesta tendência de globalização, sendo a diversidade multicultural deveras fundamental para uma análise conjunta entre o país de acolhimento e a população migrante.

Neste âmbito, também a questão legal se equaciona como fator primordial, destacandose assim a Constituição da República Portuguesa como ponto de partida para assegurar os direitos desta população, com base em princípios fundamentais como os que o Artigo 13.º estipula:

- 1 - Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.
- 2 - Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica ou condição social.

Sendo que o Artigo 15.º estabelece, no seu ponto 1, que “os estrangeiros e os apátridas que se encontrem ou residam em Portugal gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres do cidadão português.”

Tendo sido Portugal um país marcado pela emigração, é, também, um país com uma crescente imigração. A revolução de abril de 1974 e toda a fase de descolonização originou fortes alterações a nível social, económico e político, o que promoveu profundo

choque nos fluxos migratórios portugueses. Depois de 1975 assistiu-se ao retorno de emigrantes, e à repatriação dos portugueses que viviam nas ex-colónias. Nesta altura, entre 1975 e 1980, a população estrangeira residente em Portugal, como consequência do processo de descolonização, aumentou a uma taxa média anual de 12,7%, com uma alteração gradual na sua composição até alcançar uma maioria de oriundos africanos, provenientes das ex-colónias portuguesas (Baganha & Marques, 2001).

Em 1980, havia 58 000 estrangeiros residentes em Portugal, dos quais 48% oriundos de África, 31% da Europa e 11% da América do Sul. Só em 1981, considerado por Baganha (2005, cit. in Rutland et al., 2012) a “charneira da imigração”, é que foi aprovada a aquisição da nacionalidade portuguesa pelos estrangeiros residentes em Portugal, com a publicação da Lei 37/81, de 3 de outubro, sendo assim valorizada a questão do direito de solo (*jus soli*) e não apenas o direito de sanguinidade (*jus sanguini*). Tal como destacam Baganha & Marques (2001, p. 29), “(...) a grande novidade da Lei 37/81 está no abandono do predomínio da tradição do *jus soli* – que durante mais de um século marcou a legislação portuguesa relativa à nacionalidade em favor do *jus sanguini*”.

Os mesmos autores indicam ainda no seu trabalho sobre a evolução histórica da imigração em Portugal, que até 1999 a população estrangeira cresceu a uma taxa anual média de 6,4%, progredindo simultaneamente para uma composição de maior heterogeneidade. Destacando-se neste período de tempo dois processos de regularização extraordinária da população estrangeira que residia em território português ilegalmente. Estes poderão ter contribuído para os números evidenciados, podendo os mesmos não corresponder necessariamente a movimentos migratórios realizados nos anos 90. Em 1999, dos 190 896 estrangeiros foram registados legalmente 47% de origem africana, 30% europeus, e 14% da América do Sul.

Ainda segundo Baganha & Marques (2001), a emergência da Europa como uma entidade política e o aumento considerável dos fluxos migratórios no espaço Schengen potenciaram o acesso a um conjunto de direitos associados à cidadania europeia, bem como o alargamento dos direitos de cidadania atribuídos às populações imigrantes com base no tempo de residência no país de acolhimento. Com a entrada em vigor, em março de 1995, da Convenção de Aplicação de Schengen foi cessada a consulta que previamente se fazia para a concessão de visto aos nacionais da Rússia, Ucrânia, Roménia e outros

países do leste Europeu, sendo que a livre circulação criada promoveu a entrada de muitos imigrantes oriundos destes países em Portugal.

Foi também durante a década de 90, mais precisamente em 1996, que o Governo português criou o Gabinete do Alto Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas na “dependência da Presidência do Conselho de Ministros, beneficiando de especial autoridade que lhe advém da relação direta com o Primeiro-Ministro” (Baganha & Marques, 2001, p. 44). Este organismo tinha a responsabilidade de acionar contacto direto com as instituições públicas e privadas da área das migrações, promovendo as condições de vida dos imigrantes e das minorias étnicas, assim como a sua integração social na comunidade portuguesa, no respeito pela cultura de origem.

Ainda de acordo com estes autores, vários programas foram estabelecidos no sentido de promover a integração social, tutelados pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, com a ideia de promover redes institucionais numa aproximação multidisciplinar, cujo objetivo seria desenvolver iniciativas em parceria, entre instituições locais, centrais, as organizações sem fins lucrativos, e outras, com o intuito de combater as principais razões da marginalização social, proporcionar o acesso ao rendimento social de inserção, habitação, educação e cuidados de saúde.

Em 1998, ano da revisão da Lei de Entrada, Permanência, Saída e Afastamento de Estrangeiros do Território Nacional (Decreto-Lei n.º 244/98 de 8 de agosto) que permitiu que Portugal se tornasse alvo de redes de tráfico de mão-de-obra, no caso específico, o artigo 88.º que estabelece que “Em casos excepcionais de reconhecido interesse nacional ou por razões humanitárias, o Ministro da Administração Interna pode conceder a autorização de residência a cidadãos estrangeiros que não preencham os requisitos exigidos no presente diploma.” (Baganha, 2005, p. 33)

Ao abrigo do Artigo 55.º do Decreto-Lei 4/2001 de 10 de janeiro, são autorizados a permanecer no território nacional 126 901 imigrantes, os quais se encontravam ilegais, tendo a maioria destas autorizações de permanência sido concedida a cidadãos de Leste da Europa (56%), sendo que 36% destes eram cidadãos ucranianos. Esta regularização extraordinária permitiu aos imigrantes que detinham um contrato de trabalho previamente registado no Ministério do Trabalho passar a permanecer legalmente (Baganha, 2005).

Nas últimas décadas, o impacto das migrações nos regimes de atribuição de nacionalidade em solo português tem sido alvo de um longo e polémico debate. Segundo Horta (2011), Portugal tem sido reconhecido como o país europeu que tem proporcionado políticas de maior inclusão, promovendo a nacionalização para uma maior e melhor integração das comunidades imigrantes. Contudo, os pedidos para adquirir nacionalidade portuguesa no período entre 1994 e 1999 não excederam os 0,8% dos imigrantes residentes em cada um destes anos. Só em meados do ano 2000, em que foi promulgada a nova lei de nacionalidade (Lei Orgânica n.º 2/2006), e em que foram permitidos direitos de cidadania a um grande número de imigrantes e seus descendentes, na sua maioria já nascidos em Portugal, é que se veiculou a integração de imigrantes no seio social e político português (Baganha et al., 2004, cit. in Marques & Góis, 2011).

Dados disponíveis no Portal de Estatística do SEF em que é apresentada a evolução da população estrangeira residente em Portugal entre 1980 e 2017 (Anexo 1), demonstram que o primeiro saldo migratório negativo de -7,27% foi atingido no ano de 2005 (contrastando com o valor altamente positivo de 69,04% em 2001) tendo-se apresentado positivo entre 2006 e 2009, sem nunca ter ultrapassado o valor de 3,70% em 2007; e regressando a valores negativos nos anos de 2010 a 2015, com um mínimo de -4,53% em 2012 (SEF, 2019).

Apesar de entre 1999 e 2001 ter quase duplicado o número absoluto de estrangeiros em Portugal, a partir de 2009 verificou-se um decréscimo acentuado, refletindo naturalmente a diminuição de oportunidades de trabalho. Contudo, constata-se, ainda segundo a mesma fonte, uma alteração no perfil imigratório, pois deixámos de ter tanta procura dos imigrantes por atividades subordinadas, com baixas qualificações, para um aumento do número de estudantes, investigadores, profissionais altamente qualificados, empreendedores e até reformados, que procuram o nosso país.

Os dados apurados nos Censos 2011 apresentam um total de 394 496 estrangeiros, o que corresponde a 3,7% do total da população residente em Portugal e mais 70% do que em 2001; sendo as 10 nacionalidades estrangeiras mais numerosas, por ordem decrescente: a brasileira, a cabo-verdiana, a ucraniana, a angolana, a romena, a guineense, a britânica, a francesa, a chinesa e a espanhola (INE, 2012)

Ainda segundo a mesma fonte, a população imigrante em Portugal é tendencialmente mais jovem, com uma média de idades de 34,2 anos, face à média de 42 anos da população

portuguesa. Também nos níveis de escolaridade, a população imigrante apresenta maior percentagem de população com níveis mais elevados do que a população portuguesa.

Neste documento decorrente dos Censos 2011 é ainda apontado que a maior percentagem de população estrangeira residente em Portugal – 51,6% - concentra-se nos municípios da Grande Lisboa e da Península de Setúbal. A Região Norte apresenta uma percentagem idêntica à das Regiões Centro e Algarve, com 13,1% de estrangeiros residentes. Os fluxos migratórios têm a sua vertente positiva, inclusive demograficamente, e os Censos 2011 vieram reafirmar o contributo positivo da população estrangeira na demografia portuguesa. Nos últimos 10 anos a população havia crescido 2%, contrabalançando desta forma os efeitos do envelhecimento demográfico português no sistema de segurança social, e contribuindo assim para a sua sustentabilidade.

Contudo, devido porventura a efeitos da crise económica de 2008, só em 2017, e após seis anos de crescimento migratório negativo, é que o número de imigrantes - 36 639 ultrapassou o de emigrantes - 31 753, resultando num saldo migratório positivo de 4 886 pessoas. Dos 36 639 imigrantes que se estima terem entrado, cerca de 38% terão em Portugal, 23% num outro país da União Europeia e 39% num país terceiro. Relativamente ao país de residência anterior, estima-se que 17 070 imigrantes tenham origem num país da União Europeia, e 19 551 em países terceiros como o Brasil (15%), França (12%), Reino Unido (11%), Suíça (11%) e Venezuela (6%). Neste ano de 2017, verificou-se ainda um aumento da população jovem (13,0%), um decréscimo da população em idade ativa (81,4%) e um aumento da população idosa (5,6%). (INE, 2018)

Ainda de acordo com estes dados do INE (2018), em 2016, Portugal encontrava-se na terceira posição do ranking dos países da União Europeia relativamente à proporção de população estrangeira que havia adquirido a nacionalidade. Segundo a mesma fonte, esta posição deve-se às políticas de acolhimento e integração de imigrantes, nomeadamente à plena aplicação da lei da nacionalidade e subsequentes alterações legislativas que, pelo reforço do princípio já mencionado do “jus soli”, que terá permitido o acesso à nacionalidade portuguesa a um maior número de pessoas estrangeiras.

A sociedade portuguesa, como todas as sociedades contemporâneas, vive cada vez mais a diversidade cultural, pelo que é importante sublinhar a tónica da partilha entre grupos etnoculturalmente distintos, e neste âmbito, a sua coexistência e interação, surgindo assim o conceito de interculturalidade como promotor da relação entre os mesmos.

Partindo do modelo “bi-dimensional de aculturação” (Berry, 1990 cit. in Marques & Góis, 2011) feita a análise da relação dos imigrantes com a sua cultura original e com a sociedade de acolhimento, esta possibilita uma tipologia de indicações de aculturação originando quatro perfis de orientações: Integração, Assimilação, Separação e Marginalização, a primeira prevê o reconhecimento de duas culturas, a segunda pressupõe a aceitação da cultura do país de acolhimento e rejeição da do país de origem, a quarta prevê a rejeição de ambas as culturas, sendo que a Separação é o oposto da Assimilação. Seria a rejeição da cultura de origem e a aceitação da cultura do país de acolhimento (Marques & Góis, 2011).

DADOS DA POPULAÇÃO IMIGRANTE NÃO LUSÓFONA, NO PORTO

Como anteriormente referido no capítulo de introdução a este trabalho, foram vários os obstáculos encontrados para a sua concretização. A verificação de ausência de dados junto das fontes que se esperavam ser as mais óbvias, e as que deteriam informação concreta sobre esta matéria, foram precisamente as que frustraram esta expectativa.

A fundamentação para esta lacuna, poderá dever-se ao facto de Portugal ter um histórico recente no que à imigração diz respeito, sendo que “Inúmeras organizações e investigadores têm realçado (...) que Portugal está entre a maioria dos países europeus com dificuldades em reunir dados estatísticos e administrativos acerca do estado da saúde dos cidadãos em função da sua origem e condição socioeconómica” (Oliveira & Gomes, 2017, cit. Dias et al., 2018, p. 13). Estes autores salientam ainda a situação realçada pela Entidade Reguladora de Saúde (ERS) de que em Portugal “há falta de dados sobre a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes” (ERS, 2015, cit. Dias et al., 2018, p. 13).

Isto no que a dados nacionais diz respeito, tornando-se inevitavelmente ainda mais complicada a obtenção de dados referentes a um contexto local, mesmo tratando-se de um centro urbano, um dos principais destinos de população imigrante (como a informação estatística de carácter geral a seguir o comprovará) como é o a cidade do Porto.

Após os inúmeros contactos, na sua maioria infrutíferos, como em capítulo próprio será documentado, com o poder local, nomeadamente a Câmara Municipal do Porto (CMP), a União das freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória,

e a Junta de Freguesia do Bonfim (em que se confinam o centro histórico e a baixa da cidade), na procura de dados sobre a população imigrante residente na cidade do Porto, em particular a não lusófona, foi finalmente possível aceder ao Diagnóstico Social da Cidade do Porto na sua versão publicada mais recente de 2008.

Assim, com base neste documento desenvolvido ao longo de um período de dez meses (setembro 2008 – junho 2009), previsto no âmbito da rede social concelhia e elaborado pela Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa do Porto, em parceria com a CMP, a Fundação Porto Social e o Núcleo Executivo do Conselho Local da Ação Social do Porto, sob o enquadramento do projeto “Porto Solidário”, foi possível obter os dados que a seguir se apresentam.

Em relação à caracterização da população residente, a atualização estatística, relativa aos anos de 2007, 2008 e 2009, confirma as tendências demográficas verificadas nos últimos anos de um crescimento populacional total com notório abrandamento, denotado por envelhecimento da população, e perda significativa de residentes em favor dos concelhos contíguos. Em 2008, a população residente na cidade do Porto era de 216 080, e a população média anual residente totalizava os 218 940 habitantes, destacando-se uma perda média de 16 habitantes por dia desde 2007, e uma taxa bruta de natalidade abaixo da média nacional, com a oponente taxa bruta de mortalidade acima da mesma. (Azevedo, et al., 2009)

Nos primeiros meses de 2009 registou-se uma perda evidente de população imigrante, particularmente de nacionalidade europeia. A explicação estará relacionada com a crise económica e a dificuldade no acesso ao mercado de trabalho. Neste sentido, as respostas sociais têm carácter prioritário na ajuda imediata a famílias que enfrentam maior dificuldade, dando especial atenção às pessoas em situação de irregularidade, uma vez que por este motivo se tornam invisíveis para muito dos serviços de apoio e instituições.

O isolamento, a discriminação e a segregação são a base central que nos dias de hoje explicam a vulnerabilidade das relações sociais, uma vez que “(...) o conceito de exclusão oscila frequentemente entre o défice e o excesso de sentido, refém que está de uma sociedade que oscila entre o individualismo e o solidarismo, entre a ignorância, a indiferença e o sensacionalismo mediático” (Carvalho & Baptista, 2004, cit. in Azevedo et al., 2009, p. 39). A integração social de pessoas com origem em outras tradições

culturais muitas vezes em situações de maior fragilidade, terá que ser considerada uma mais-valia e uma grande oportunidade de crescimento social.

Este documento enfatiza ainda, entre muitas outras preocupações, como mais frequentes, a necessidade de melhoria ao nível da acessibilidade, da equidade, da qualidade de atendimento e da eficiência dos serviços, bem como o reforço na rede de Unidades de Saúde Familiar na cidade. Considerando que os problemas relacionados com a saúde tendem a ser agravados nas situações socioeconómicas de carência, os principais sinais de alerta incidem, principalmente, sobre as condições de saúde das pessoas que integram os grupos humanos de risco, identificando-se entre os grupos mais fragilizados os imigrantes em situação ilegal e que, como tal, têm dificuldade no acesso a cuidados de saúde. Também como parte integrante dos setores fundamentais para a qualidade de vida dos residentes na cidade do Porto, o setor da educação surge como um dos primordiais. “Numa cidade devotada a uma educação socializadora ao longo de toda a vida, ninguém se encontrará nunca irremediavelmente excluído ou definitivamente condenado a um estatuto de não-existência na polis” (Carneiro, 2001, cit. Azevedo et al., 2009, p. 139)

De acordo com dados da Direção Regional do Norte do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, a população estrangeira residente no país, em 2008, era de 450 000 pessoas, o que significa 4,5% do total de habitantes. No distrito do Porto, o número de estrangeiros residentes no final de 2008 era de 26 452 habitantes, correspondendo a uma taxa de residentes estrangeiros substancialmente inferior à média nacional, tendo sido concedidas 2 630 autorizações de residência. É importante referir o facto de se tratarem de migrações de carácter fundamentalmente laboral, pelo que o comportamento demográfico a este nível está muito dependente das possibilidades de emprego oferecidas na cidade e na região (Azevedo, et al., 2009).

Em 2008 existiam no Concelho do Porto 11 associações de imigrantes reconhecidas pelo Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural – ACIDI (atual ACM), sendo que outras associações procuravam ser reconhecidas. Como centro de apoio de referência existe o Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM) do Norte, localizado fora do centro da cidade, mas acessível pela rede de transportes públicos, nomeadamente o Metro – estação “Casa da Música”. Este centro presta serviços de apoio, informação, encaminhamento e aconselhamento aos seus clientes, bem como

dispõe de representação (com atendimento ao público) das seguintes instituições, e gabinetes (ACM, I.P., 2019):

- Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT)
- Conservatória dos Registos Centrais (CRC)
- Espaço do Cidadão
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
- Segurança Social
- Ministério da Educação
- Gabinete de Apoio à Inserção Profissional, Ensino Superior e Qualificação (GAIPESQ)
- Gabinete de Assuntos Sociais e Inclusão (GASI)
- Gabinete de Apoio Jurídico (GAJ)

Segundo informação desta instituição, existia no Porto, em 2008, uma grande diversidade a nível de nacionalidades que procuravam estes serviços, com predominância da nacionalidade brasileira (46%), logo seguida da ucraniana (10%). O Porto é considerado uma cidade acolhedora e hospitaleira em relação à população estrangeira. No entanto, alguns imigrantes reportavam sentir algum receio perante a possibilidade de comportamentos discriminatórios, sobretudo a nível laboral, uma vez que o mercado de trabalho apresentava dificuldades tanto para imigrantes como para nativos. Apesar de não existirem registos relevantes sobre esta matéria, foi considerado importante reforçar e projetar uma nova prática de pedagogia intercultural alargada a todos os cidadãos (Azevedo, et al., 2009).

Segundo os dados mais recentes, atualizados pelo SEF relativamente ao ano de 2017, o número de estrangeiros residentes em Portugal era 421 711, em que 205 874 eram homens e 215 837 mulheres. Enquanto o número de estrangeiros residentes no distrito do Porto era de 27 486 (cerca de 6,5% do total nacional), com 12 519 do género masculino, e 14.967 do género feminino, números estes distribuídos pelos 18 concelhos do distrito, com predominância no concelho do Porto, com um total de 10 326 residentes (aproximadamente 37,6% do total distrital) de nacionalidade estrangeira, 4 838 homens e 5 488 mulheres (SEF, 2019).

Das 154 nacionalidades (145 das quais não lusófonas) presentes no distrito do Porto, em 2017, a que apresentava maior número de residentes era a brasileira com um total de 9 442 residentes, seguida da chinesa com 2 475, ucraniana com 2 160, italiana com 1 273, e espanhola com 1 189, como as cinco nacionalidades com maior número de residentes (SEF, 2019).

No quadro 1, apresentam-se dados comparativos, entre os anos de 2008 e 2017, do número total de residentes de algumas das principais nacionalidades não lusófonas presentes no distrito do Porto (Azevedo, et al., 2009; SEF, 2019).

Quadro 1 - Número (N.º) total de residentes no distrito do Porto, por nacionalidade não lusófona, nos anos de 2008 e 2017

N.º total de residentes no Porto, por nacionalidade não lusófona			
Ano de 2008		Ano de 2017	
Nacionalidade	Número de residentes	Nacionalidade	Número de residentes
Ucrânia	766	Ucrânia	2 160
China	762	China	2 475
Marrocos	286	Marrocos	171
Bangladesh	178	Bangladesh	169
Índia	174	Índia	317
Bulgária	162	Bulgária	229
Rússia	159	Rússia	387
Roménia	148	Roménia	416
Moldávia	106	Moldávia	132

Fonte: Porto Solidário – Diagnóstico Social do Porto; SEFSTAT

Como é possível verificar pela análise deste quadro, o número de residentes de praticamente todas as nacionalidades aumentou, à exceção da marroquina e bengalesa, com uma diminuição de 115 e 9 residentes, respetivamente. Sendo que no caso das nacionalidades ucraniana e chinesa mais do que duplicou,

Apesar da enorme representatividade das populações imigrantes ucraniana e chinesa, não foi possível estabelecer um contacto efetivo com estas comunidades para participação no estudo, como explicitado mais adiante neste trabalho. Sendo que a participação possível foi maioritariamente de elementos da comunidade bengalesa, pois é

a que maior expressividade tem na cidade do Porto. (...) já que grande parte dos seus membros dedica-se ao comércio na zona histórica e “as novas gerações frequentam as nossas escolas”

[...] Nos últimos anos temos estado convosco repetidamente. Quero que saibam que a vossa actuação na cidade tem sido extraordinária. Estão mais integrados, mantendo vivas as vossas tradições e costumes”, disse Rui Moreira. Sobre o turismo, actividade económica preponderante para os comerciantes do Bangladesh no Porto, salientou: “O turismo tem sido uma grande ajuda para todos nós (...). (O Nosso Partido é o Porto, 2018)

Como prova do apreço que a cidade tem a esta comunidade foi construído um monumento, inaugurado no dia 20 de dezembro de 2016, o “Memorial dos Mártires do Dia Internacional da Língua Materna do Bangladesh”. Enquadrado na área de maior concentração de estabelecimentos comerciais desta comunidade, no gaveto entre a Avenida Dom Afonso Henriques e a Rua Chã, trata-se de uma versão menor do Monumento Shaheed Minar que se encontra na Praça dos Mártires do Idioma, em Daca, capital do Bangladesh, e reproduz a forma e o significado do original.

O ACESSO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

A POPULAÇÃO IMIGRANTE E O DIREITO À SAÚDE

Todos os países a nível internacional sentem o grande desafio que as migrações apresentam. É neste âmbito que a Assembleia Geral das Nações Unidas (Resolução n.º 45/158 de 18 de dezembro de 1990) promoveu a “Convenção Internacional das Nações Unidas sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos membros das suas famílias” que entrou em vigor em 2003. Conforme o seu Artigo 28.º, estão convencionados todos os direitos humanos que garantam a dignidade de todos os que emigram e de suas famílias.

Está presente nesta convenção o direito a cuidados de saúde em igualdade com os nativos de cada Estado, não podendo ser negada qualquer assistência mesmo em situação de irregularidade. Sendo uma questão de grande responsabilidade e preocupação alargada a diferentes organizações, vários países da União Europeia, como Portugal, têm procurado desenvolver e promover estratégias para que os direitos dos imigrantes sejam assegurados. A Convenção Europeia de Assistência Social e Médica e a Carta Social Europeia (2006) apresentam fundamentados os direitos de proteção social que garantem os direitos dos migrantes residentes nos estados membros do Conselho Europeu a par com os nacionais dos respetivos a cada país.

Segundo Dias & Gonçalves (2007), baseadas nos pressupostos de vários investigadores, os imigrantes são considerados um grupo particularmente vulnerável. Sendo que esta vulnerabilidade se deve a vários fatores, desde a situação económica, a falta de conhecimento sobre o acesso aos serviços sociais e de saúde disponíveis, e a situação de ilegalidade.

Nos termos da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, bem como de outra legislação avulsa aplicável, o SNS Português assegura o acesso de cidadãos estrangeiros, nas seguintes categorias (Ministério da Saúde):

- Cidadãos nacionais dos Estados-Membros da União Europeia (UE), Espaço Económico Europeu (EEE) e Suíça abrangidos pelos regulamentos da UE sobre coordenação dos regimes de segurança social;
- Cidadãos nacionais de países terceiros abrangidos por acordo bilateral celebrado entre Portugal e o país terceiro em causa;
- Cidadãos nacionais de países terceiros não abrangidos por acordo bilateral celebrado por Portugal;
- Cidadãos nacionais de países terceiros com estatuto de refugiados ou com direito de asilo em Portugal.

O Despacho n.º 25360/2001, de 16 de novembro, do Ministério da Saúde, publicado no Diário da República n.º 286, II Série, de 12 de dezembro, estabeleceu os procedimentos em matéria de acesso dos cidadãos estrangeiros ao SNS.

Conforme o disposto no artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 135/99 de 22 de abril, os imigrantes que não sejam titulares de autorização de residência, ou em situação irregular face à legislação da imigração em vigor, para que tenham acesso ao SNS, poderão apresentar certidão da Junta de Freguesia da sua área de residência que ateste que estão a residir em Portugal há mais de noventa dias.

Os cuidados de saúde a menores que se encontram a residir em Portugal, encontram-se definidos no Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de março. O acesso dos filhos menores dos imigrantes aos cuidados de saúde, mantém-se em vigor conforme a Circular Informativa n.º 65/DSPCS, de 26/11/2004.

Toda esta informação consta da Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD de 07/05/2009, da Direção-Geral da Saúde, que revoga as Circulares Informativas n.º 14/DSPCS de 02/04/2002 e n.º 48/DSPCS, de 30/10/2002.

De salientar que a utilização dos serviços que prestam cuidados de saúde, quer no âmbito preventivo ou curativo, tem implicações no que respeita ao estado de saúde das populações, pelo que os imigrantes estão sujeitos às mesmas normas e princípios aplicáveis à população em geral, quer no que respeita à sua situação de saúde/doença, quer no que concerne às situações de pagamento e isenção de taxas moderadoras.

O GABINETE DE SAÚDE DO CENTRO NACIONAL DE APOIO AO IMIGRANTE

O Alto Comissariado para as Migrações (ACM) enquanto serviço governamental com missão de acolher e integrar os imigrantes que vêm para Portugal, tem como uma das suas prioridades facilitar o contacto dos imigrantes com os serviços da administração pública para a resolução das suas dificuldades e integração.

Embora o Programa do XIX Governo Constitucional não tenha assumido a saúde como uma das áreas prioritárias à integração social da população imigrante (ACM, I.P., 2015), o Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020, com base neste mesmo programa, estabelece no seu Eixo I, cujos objetivos essenciais “visam a consolidação do trabalho de integração, capacitação e combate à discriminação dos imigrantes e grupos étnicos na sociedade portuguesa, (...) e o acesso a uma cidadania comum”, formação aos técnicos da rede de Centros Locais de Apoio à Integração de Imigrantes (CLAII) e a outros técnicos de serviços locais, nomeadamente de saúde e da rede escolar;

- Sensibilização da opinião pública sobre a população imigrante em Portugal;
- Informação sobre os direitos e deveres no contexto laboral;
- Melhoria nas condições de acesso aos cuidados de saúde;
- Implementação do Manual de Acolhimento no Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros, destinado a profissionais de saúde, concluído em 2016 e disponível online na página da DGS;
- Monitorização da saúde de grupos vulneráveis, nomeadamente junto da população imigrante;

- Disponibilização de informação acessível sobre os sistemas de saúde, nomeadamente através da página da DGS, do Portal da Saúde, brochuras e outros materiais de divulgação junto dos serviços, inclusive consulares, das diferentes comunidades imigrantes com representação em Portugal;
- Promoção de trabalhos de investigação sobre as necessidades em saúde da população imigrante, e de formação dos profissionais de saúde neste mesmo âmbito.

O objetivo do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI) é de cimentar a missão do ACM, no sentido de apoiar e encaminhar com humanidade e eficiência todos os cidadãos estrangeiros imigrantes. Num mesmo edifício é providenciada uma resposta semelhante à das Lojas do Cidadão, integrando e disponibilizando vários serviços da administração pública, como por exemplo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), a Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT), a Segurança Social, o Ministério da Saúde, apoio jurídico, entre outros, para que os imigrantes possam contactar e obter resposta, prática e eficiente, o mais simultaneamente possível. Designa-se este contexto por “One-Stop Shop”, em que é promovido “o reforço da capacidade dos prestadores de serviços públicos e privados, para interagir com nacionais de países terceiros, por meio da interpretação intercultural e tradução, orientação, serviços de mediação pelas comunidades imigrantes, pontos de informação, e a criação de estruturas organizacionais sustentáveis para a integração e gestão da diversidade.” (ACM, I.P., 2019)

O CNAI, desde a sua criação, aposta em três situações fundamentais: o trabalho em parceria, a aposta em mediadores socioculturais com origem nas comunidades imigrantes, e uma estrutura que se caracterize pela sua agilidade e flexibilidade. Uma das maiores valências estruturantes do CNAI deve-se ao facto de representar mais de onze nacionalidades diferentes, falando mais de doze línguas e dialetos. Este modelo de integração é sem dúvida uma aposta extraordinária, conforme atestou a avaliação independente levada a cabo pela Organização Internacional para as Migrações (Horta & Carvalho, 2007).

De acordo com os mesmos autores, na procura de respostas mais efetivas, surge o Gabinete de Saúde do CNAI como resultado de uma parceria entre o ACIDI, atual ACM, e o Ministério da Saúde, criado através de um protocolo com esta entidade em dezembro de 2003. As suas atividades são desenvolvidas com o apoio de mediadores socioculturais,

que reportam às Administrações Regionais de Saúde, com colaboração da Responsável da Área de Saúde no ACIDI, atual ACM, tendo como prioridade a proximidade aos imigrantes, apoiando e compreendendo os problemas e necessidades apresentados por estes.

O Gabinete de Saúde centra várias atividades das quais se destacam a participação em grupos de trabalho sobre Imigração e Saúde, junto do Alto-Comissariado da Saúde e do ACIDI, atual ACM. Os utentes recorrem a este serviço para a obtenção de informação, acima de tudo quando na procura de soluções face às dificuldades encontradas no acesso aos cuidados de saúde.

O CNAI oferece ainda uma ferramenta útil no acesso aos cuidados de saúde que é o Serviço de Tradução Telefónica, com uma bolsa de 60 tradutores que dominam, para além do Português, um ou mais idiomas em que é realizada a tradução, e dirige-se a todos os interlocutores portugueses/ estrangeiros que precisem de comunicar com estrangeiros e cidadãos/ entidades portuguesas. Este serviço coloca em conferência telefónica o técnico da instituição prestadora de serviços, um tradutor e o imigrante, e, está disponível apenas pelo custo da chamada telefónica, todos os dias úteis.

OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP)

A evidência internacional sugere que os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para os CSP têm resultados de saúde melhores e mais equitativos, e conseguem uma melhor satisfação por parte dos utilizadores do que aqueles cujos sistemas de saúde têm apenas uma fraca orientação para os CSP. (ICN, 2008, p. 4)

Partindo do conceito e características definidos na Conferência Internacional dos CSP de Alma-Ata (1978) poder-se-á afirmar que em Portugal, a preocupação das entidades governamentais relativamente à promoção da saúde e à prevenção da doença, cernes da ação dos CSP, surgiram com a criação do SNS há mais de trinta anos.

A organização dos serviços de saúde em Portugal retrata o desenvolvimento destes cuidados em quatro fases (Branco & Ramos, 2001, p. 5):

- “Uma primeira fase, desde 1971 até ao período revolucionário de 1974-1975;
- A fase do serviço médico à periferia, de 1975 a 1982;

- A fase dos centros de saúde integrados, desde 1983, e de expansão do SNS, criado em 1979;
- A fase atual, de transição.”

Apesar de volvidos 15 anos, este contexto de transição permanece. A Reforma dos CSP iniciada precisamente em 2001 mantém-se em curso, face à ainda necessária atribuição de Médicos de Família a parte da população inscrita no SNS, sem acompanhamento adequado neste âmbito. No mesmo artigo, (Branco & Ramos, 2001) mencionam a inovação dos centros de saúde de terceira geração, cujos objetivos primordiais são a orientação para os utentes e para a comunidade, organizados por listas de utentes (Unidades de Saúde Familiar), pequenas áreas geográficas (Unidades de Cuidados na Comunidade); e comunidade no seu conjunto (Unidades de Saúde Pública).

Todas as unidades são multiprofissionais, predominando os conhecimentos e práticas de medicina geral e enfermagem de saúde familiar (no caso das USF); os conhecimentos e práticas de saúde e de enfermagem comunitária (no caso das UCC); ou da teoria e práticas de saúde pública nas suas diversas vertentes e competências profissionais. O que está em causa é servir os utentes, os doentes e a comunidade.

Ainda que algumas dificuldades persistam, Portugal tem implementado alterações importantes no que respeita aos CSP, nomeadamente na promoção da figura do enfermeiro de família, elemento responsável por uma relação de proximidade no contexto individual, familiar e comunitário. A figura do enfermeiro de família surge como o elo de “ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde e, mais especificamente, aos de enfermagem, assim como um importante recurso para os cuidados de proximidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

Neste âmbito, salienta-se o valor das unidades de saúde culturalmente recetivas com profissionais de saúde culturalmente competentes, as quais possam integrar mediadores interculturais, ou mesmo elementos das suas equipas de saúde que desenvolvam competências a este nível e possam eles mesmos desempenhar este papel (Romero, 2010 cit. in Reis, 2015). Estes profissionais, enquanto corresponsáveis pelo plano de cuidados a seguir, e melhor habilitados a identificar as necessidades culturais dos imigrantes, ao estarem munidos de mais informação em vários contextos (língua, tradições, religião,

entre outros) poderão fazer emergir os mediadores interculturais integrados nas equipas multidisciplinares de cuidados de saúde, promovendo assim mais segurança aos cuidados a prestar à população imigrante. (Ferguson & Candib, 2002)

SAÚDE E MULTICULTURALIDADE

(...) na área da saúde, a competência cultural é entendida como um processo contínuo em que o prestador de cuidados de saúde se esforça continuamente para alcançar a capacidade de trabalhar de forma eficaz e congruente com o contexto cultural, demonstrando compreensão e respeito pelas diferenças ao nível das crenças e dos comportamentos relacionados com a saúde, reconhecendo as variações que ocorrem entre os diferentes grupos e estando capaz de ajustar a sua prática para fornecer intervenções adaptadas culturalmente. (Gonçalves & Matos, 2016, p. 630)

Os cuidados de saúde, a par com a educação e as condições de habitabilidade, são a estrutura essencial para o equilíbrio e a qualidade de vida necessária a todos. “O acesso aos cuidados de saúde é uma dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado.” (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010 in DGS, 2013, p. 42)

São vários os desafios que o setor público da saúde enfrenta, a promoção da equidade no acesso aos cuidados existentes “é um pilar para a melhoria do estado de saúde dos cidadãos.” (DGS, 2015, p. 15) “Entende-se equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação, no estado de saúde de grupos populacionais oriundos de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos.” (Marmot M et al., 2008; Marmot M, 2007; WHO, 2010b in DGS, 2015, p. 15).

Os últimos anos têm sido caracterizados por grande diversidade cultural, resultado dos fluxos migratórios mais marcados nas últimas décadas. Este aumento progressivo tem suscitado um processo contínuo de transformação social nas sociedades europeias, em que Portugal não é exceção na forma como está a ser encarado este fenómeno de imigração enquanto desafio importante “na área da saúde pública, com impacto ao nível das dinâmicas dos serviços de saúde” (Dias et al., 2010, p. 253).

Perante culturas tão distintas, as sociedades enfrentam de facto grandes desafios. A comunicação com grupos étnicos tão diversificados na interação social questiona a sociedade global sobre a raiz humana (Ramos, 2001; Rebelo et al., 2002 cit. in Carvalho, 2013).

Os imigrantes “trazem com eles saberes e práticas tradicionais de educação, de rituais familiares e sociais, de promoção de saúde e de tratamento de doenças, que definem a sua forma de pensar, estar e agir” (Lopes, 2007 cit. in Carvalho, 2013, p. 20). Este é um aspeto fundamental perante o qual os profissionais de saúde não ficam indiferentes, manifestando inclusive preocupação no que concerne à comunicação efetiva com a população imigrante. Como nos dizem Dias, et al. (2018, p. 37), “o contraste entre os contextos socioculturais que caracterizam as sociedades de acolhimento e as de origem condiciona o relacionamento dos profissionais de saúde com a população imigrante”. Como demonstraram Michaelsen et al. (2004 cit. Dias, et al., 2018, p. 37) os “médicos e enfermeiros manifestaram insatisfação quanto à comunicação estabelecida com os utentes imigrantes, apontando dificuldades em compreender não só como os imigrantes expressam a doença, mas também certas práticas e rituais que estes adotam no âmbito do tratamento”. Situação igualmente apontada por dois autores suecos (Hultjsö & Hjelm, 2005 cit. Dias, et al. 2018, p. 37) quando mencionam que “as diferenças culturais foram um dos problemas mais referidos pelos enfermeiros dos serviços de urgência”.

As diferenças culturais, os constrangimentos religiosos, a diferente conceção de saúde e de doença, as questões logísticas, a barreira linguística, e o desconhecimento do funcionamento dos serviços por parte dos imigrantes, são algumas das dificuldades também apresentadas por Maurício (2009) no seu trabalho sobre com profissionais de saúde no contexto dos CSP.

Esta situação verifica-se igualmente no contexto internacional, em que estas dificuldades também são sentidas entre profissionais de saúde que prestam cuidados a uma população culturalmente heterogénea, em que as diferentes perceções culturais sobre saúde e doença existentes no seio dos profissionais de saúde, se tornam óbvias pela forma distinta como estes percebem, interpretam e gerem as situações de doença de grupos etnoculturalmente diferentes. (Eshiett & Parry, 2003) Estes autores referem, ainda, que os utentes esperam que os profissionais de saúde os auxiliem na gestão da sua condição de doença de acordo com as suas próprias perspectivas pessoais, algo que pode ser muito difícil para ambos os intervenientes, em que nenhum tem a capacidade de integrar a mente do outro e simplesmente entendê-la.

Os profissionais de saúde terão que desenvolver competências culturais e linguísticas para adaptação contínua a novos conceitos em função das alterações multiculturais existentes,

“(…) deverão ter uma perceção das mudanças multiculturais que se têm operado nos últimos anos por forma a reajustar os cuidados de saúde às crenças e valores de cada etnia” (Lopes, 2007 cit. in Carvalho, 2013, p. 21). É necessário que estes profissionais melhorem a sua perceção sobre o que distingue o seu contexto cultural do da população imigrante, para que se estabeleça uma comunicação mútua de forma eficaz, segura e confiante, assegurando a adesão aos cuidados prescritos.

A prestação de cuidados de saúde deve provir de “Uma globalização humanista e equitativa que se deve basear em valores universais e no respeito pelos direitos humanos, [...] da diversidade cultural e linguística e do acesso de todos ao conhecimento” (Comité Económico e Social Europeu, 2007 cit. in Carvalho, 2013, p. 23). De tal forma que, em conformidade com as normas da União Europeia, independentemente do enquadramento legal em que se encontrem os imigrantes no país de acolhimento, os cuidados de saúde devem sempre proporcionar bem-estar e promover qualidade de vida, num contexto multicultural e recetivo a todos.

Em relação a Portugal hoje, falar de multiculturalidade e da sua relação com a saúde é ter presente um olhar para a diversidade cultural, conscientes de que são imigrantes e que a resposta dos serviços de saúde no país de acolhimento deve estar de acordo com esse estatuto. É importante que se tornem conhecidas as peculiaridades dos contextos multiculturais na prática clínica dos profissionais de saúde, tendo em conta que estes contextos se caracterizam por “pessoas e grupos multiculturais (...) destinatários dos cuidados” (Nunes, 2009 cit. in Reis, 2016, p. 3).

Verifica-se assim a articulação cultural entre quem cuida e quem é cuidado. Neste sentido a evolução será seguida de forma consciente por estes profissionais de saúde, promovendo uma abordagem intercultural numa confirmação processual e estrutural para a implementação e planeamento dos cuidados propostos aos imigrantes. Muitos dos imigrantes sentem dificuldade ao cruzarem com barreiras de identidade, comunicação, padrões e preconceitos, decepções graves que conduzem ao isolamento e a vulnerabilidades físicas e mentais, tornando a sua experiência um conjunto de dificuldades que tornam o acesso aos cuidados de saúde mais difíceis.

(...) atitudes negativas face aos imigrantes, a estigmatização e a discriminação muitas vezes associada à origem étnica, às crenças religiosas ou à própria condição de imigrante podem favorecer a segregação destas populações e condicionar a integração no país de acolhimento, com impacto no seu bem-estar físico e psicossocial. (Carballo & Nerukar,

2001; Dias & Gonçalves, 2007; Gonçalves et al., 2003; Scheppers et al., 2006; Stampino, 2007; Wolffers et al., 2003 cit. in Dias et al., 2018, pp. 31-32)

O projeto Migrants – Friendly Hospitals – MFH (2002–2005) estabeleceu como objetivo nomear áreas de intervenção para facilitar o acesso à saúde dos migrantes, minimizar as barreiras linguísticas, e promover cuidados de saúde culturalmente competentes (Schulze, 2002 cit. in Ramos, 2012). Um dos resultados deste projeto europeu foi a “Declaração de Amsterdão para Hospitais Amigos dos Migrantes numa Europa Etnoculturalmente Diversificada” (OMS, 2004 cit. in Ramos, 2012), cujos aspetos essenciais se voltam para a importância do acolhimento dos migrantes ser feito de forma interventiva, dando prioridade à comunicação e interpretação clínica fundamental no encaminhamento de diagnósticos e acompanhamento dos indivíduos e agregados, formação dos profissionais de saúde (no que concerne a competências culturais) para que estes adquiram conteúdos que lhes permitam manter uma correlação de interculturalidade em todos os contextos de saúde, nomeadamente os cuidados de saúde primários.

Para dar resposta a esta necessidade devem os profissionais primar por formação consistente na sua relação de cuidados multiculturais e, tendo em conta a sobrecarga dos serviços públicos de saúde, urge a presença de equipas multidisciplinares para um serviço mais eficiente, pronto para as novas questões que hoje surgem nestes contextos, destacando-se assim a necessidade de contratar mediadores interculturais, “tendo em vista a facilitação linguística e cultural no acesso à saúde” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007 de 3 de maio).

A mediação intercultural nas unidades de saúde surge como “uma modalidade de intervenção de partes terceiras, em e sobre situações de multiculturalidade significativa, orientada para a consecução do reconhecimento do outro” (Romero, 1997 cit. in Romero, 2010 cit. in Reis, 2015, p. 62). A mediação estabelece “pontes” na área da interpretação clínica e da comunicação entre profissionais de saúde e imigrantes.

Muitas das dificuldades sentidas com a população migrante devem-se à falta de informação, tanto da sua parte como por parte dos prestadores de cuidados de saúde, que muitas vezes recusam estes cuidados, por desconhecimento sobre os direitos envolvidos. Está já largamente documentada e evidenciada “a pertinência de desenvolver estratégias que melhorem o conhecimento de todos os intervenientes sobre o direito ao acesso aos serviços, contribuindo para uma maior e mais adequada utilização dos mesmos” (Dias et

al., 2010, p. 257), pelo que urge porventura monitorizar as medidas implementadas e promover fortemente as planeadas.

Quando falamos de população imigrante, falamos de famílias nas quais as crianças terão uma maior vulnerabilidade na contextualização social e educativa. Esta questão de vulnerabilidade estende-se igualmente às mulheres e mães migrantes, confrontadas com novos desafios a nível identitário, socioeconómico, familiar, e inevitavelmente no campo da saúde, em contraste com tradições inerentes à sua cultura ou religião. Ao transferirem-se para contextos socioculturais potencialmente diferentes, aumenta a suscetibilidade para problemas depressivos, uma vez que se sentem mais desprotegidas, o distanciamento das suas comunidades expõe-nas perante o desconhecido. E o primeiro contacto com o país de acolhimento, onde muitas vezes o estereótipo social se demarca, pode suscitar alguma instabilidade a nível psicológico, que na grande maioria das vezes se repercute no bemestar físico (Ramos, 2011 cit. in Carvalho, 2013).

As diretivas governamentais, subjacentes às orientações europeias, conforme mencionado anteriormente, procuram promover condições que criem oportunidades efetivas de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, assim como a serviços de carácter social, jurídico, para uma maior consciencialização dos seus direitos e deveres e recurso informado aos vários serviços existentes.

O Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020 revela alguma preocupação com as necessidades da população imigrante, sendo um sinal positivo “a recente inclusão de medidas que pretendem, por exemplo, a promoção da formação dos profissionais de saúde”. Contudo, “segundo o Migration Integration Index, apesar de Portugal ser o segundo melhor país (de um total de 38) a integrar imigrantes, a área da saúde é aquela em que a pontuação obtida é a mais baixa.” (Gonçalves & Matos, 2016, p. 631) Ainda segundo estes autores, os responsáveis pela elaboração deste índice recomendam fundamentalmente que Portugal deve “investir nas competências multiculturais dos prestadores de serviços públicos (...); sensibilizar os prestadores de serviços de saúde para progredir na capacidade de resposta às necessidades de saúde dos migrantes” (Ibid., p. 632). Isto parece confirmar as alterações cruciais que a imigração impõe, no sentido em que são necessárias novas formas de intervenção na relação com a diversidade cultural, e na promoção dos direitos cívicos e sociais, proporcionando equidade nas condições de acesso à saúde a imigrantes e autóctones.

A Organização Internacional para as Migrações (OIM) confirma que se vive hoje a maior mobilidade humana registada na história, e Portugal tem feito um bom trabalho no que respeita ao acesso ao SNS. Contudo algumas dificuldades são ainda registadas como as barreiras linguísticas e culturais, demasiada burocracia, e por vezes até omissão de cuidados no que respeita a imigrantes em situação ilegal, que não chegam a usufruir de cuidados básicos e universais de saúde (CCHS, 1997; Fonseca et al., 2005; WHO 2003 cit. Dias, et al., 2018; Dias et al., 2010).

Um componente importante do acesso aos cuidados de saúde, enquanto indicador essencial das condições de saúde de populações culturalmente distintas, é o nível de competência cultural dos sistemas de saúde. A finalidade de cuidados culturalmente competentes é assegurar a existência de cuidados adequados, diminuir os obstáculos no acesso aos cuidados de saúde primários, de emergência, paliativos e de reabilitação, e reduzir a incidência de erros médicos resultantes de equívocos causados pelas barreiras linguísticas ou culturais (Anderson, et al., 2003).

A competência cultural tem sido tema de discussão não só pela sua definição, mas pelo conceito. A cultura é entendida muitas vezes como sinónimo de etnia, nacionalidade e língua. Para os antropólogos, a cultura é vista como um conjunto de “símbolos compartilhados e significados que as pessoas criam no processo de interação social” (Gonçalves & Matos, 2016, p. 630). Poder-se-á dizer que segundo esta visão a cultura é um conjunto de vários fatores sociais, económicos, políticos, biológicos e psicológicos.

Segundo Pierre Bourdieu (cit. in Setton, 2002), muitas das ações e comportamentos são o resultado da vida em sociedade, denunciando a intervenção da sociedade no indivíduo, e do indivíduo na sociedade. É um tema deveras interessante e fundamental no convívio diário. Não é tão linear quanto poderá parecer. Acima de tudo, porque não é fácil respeitar a cultura do outro, reconhecer o outro, ou proporcionar qualidade de vida para quem está fora do seu ambiente cultural e linguístico.

A INVESTIGAÇÃO SOBRE IMIGRAÇÃO E SAÚDE EM PORTUGAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, em 1946, que “os mais elevados padrões de saúde devem estar ao alcance de todos sem distinção de raça, religião, orientação política, económica ou condição social”.

A equidade é a base essencial para que todos estejam protegidos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e para que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) para todos sejam uma realidade. Em Pereira (2004, cit. por Silvestre, 2010, p. 5), é referido que “a equidade é dos objetivos mais importantes seguidos pelos sistemas de saúde modernos e significa, no sentido mais lato, a distribuição justa de determinado atributo populacional”. É necessário e importante que “as sociedades se organizem para que os seus recursos em saúde sejam distribuídos de forma equitativa, possibilitando a todos o seu acesso” (OMS, 2006, cit. por Silvestre, 2010, p. 6).

Contudo, na prática os serviços parecem não promover este nível de equidade, por conseguinte, não atuando em conformidade com as recomendações existentes, alegadamente por motivos que parecem ultrapassar as questões legais, porventura de ordem burocrática na sua operacionalização, por limitação ou mesmo inadequação de recursos. Como verificado por Dubois e Molinuevo (2014, cit. por Oliveira & Gomes, 2018, p. 118), “a falta de conhecimento acerca dos direitos dos imigrantes na área da saúde (...) induz o pessoal administrativo dos serviços de saúde a inibir o acesso dos imigrantes, em especial nos cuidados de saúde primários”.

Há inúmeros registos na literatura, inclusive publicações oficiais de organismos públicos que indicam que tanto autóctones como imigrantes se defrontam frequentemente com diferentes barreiras no acesso aos cuidados de saúde (Dias et al., 2018a, cit. Oliveira & Gomes, 2018). De acordo com diversos autores, como já referido em subcapítulo anterior, no caso dos imigrantes estas barreiras são naturalmente acentuadas pela dificuldade linguística, sobretudo quando aliada à língua surge igualmente a barreira cultural.

Motivos que poderão levar esta população a isolar-se ou mesmo regressar ao país de origem, “(...) é devido aos actos discriminatórios da sociedade portuguesa que muitos imigrantes (...) se vão embora para o seu país de origem...” (Rodrigues A. S., 2007, p. 8), não se integrando com facilidade junto da população nativa, pois esta nem sempre se encontra tão disponível quanto seria desejável, É essencial que cada país aposte em

políticas inclusivas a uma verdadeira integração dos imigrantes para que todos se sintam cidadãos em plena atividade na sociedade, reconhecidos como membros de uma cidadania ativa. Integração na qual os profissionais de saúde poderão ter um papel preponderante, pois considerando que o nível de instrução é passível de ser fator influenciador nos níveis de “aceitação e tolerância em relação aos imigrantes”, partindo do princípio de que estes aumentarão tanto quanto mais elevado for o grau de instrução (Maurício, 2009, p. 58). Para além de que a sua área de intervenção é exercida sob o “desígnio supremo de ajudar, de promover a saúde, ao abrigo de padrões éticos, deontológicos, legais e técnicos” (Ibid.).

É devido ao facto de se viver neste momento uma maior diversidade multicultural, que se tem vindo a desenvolver vários estudos a nível mundial, despoletando o interesse de muitos profissionais de várias áreas para que se encontrem respostas em serviços de atendimento culturalmente competentes, para um acompanhamento mais interventivo junto das populações etnoculturalmente diferenciadas.

As políticas socioeconómicas são o resultado da atuação de todos os cidadãos, pelo que todos, no exercício dos seus direitos e deveres, têm responsabilidades diretas ou indiretas neste processo de integração à população imigrante. No âmbito da saúde, em que os imigrantes chegando ao país de acolhimento mais saudáveis que os próprios autóctones, tendem a ver a sua condição de saúde a piorar com o aumento do tempo de residência (Oliveira & Gomes, 2018), é fundamental que as populações mais fragilizadas, e muitas vezes mais marginalizadas, possam ter respostas para resolução das inquietações, sendo que a saúde é a base essencial para a qualidade de vida, só assim o indivíduo se sente capaz de ter trabalho, habitação condigna, e educação.

Conforme Reijneveld (1998, cit. in Dias & Gonçalves, 2007, p. 18),

O estado de saúde de uma população é resultado de redes complexas determinantes que envolvem fatores biológicos, genéticos, psicossociais, estilos de vida e comportamentos, meio ambiente físico, socioeconómico e cultural, aspetos relacionados com os sistemas de saúde, e ainda fatores políticos e de nível macrossocial.

Sendo os CSP o cerne da prevenção da doença, da promoção da saúde e do respetivo acompanhamento familiar, como chave para a resolução de muitos problemas evitáveis, poderão ser igualmente o fator primordial para o equilíbrio socioeconómico dos Estados e da população em geral.

Foram já vários os autores que se debruçaram sobre as concepções dos imigrantes em relação à saúde e à doença, e sobre os determinantes no acesso aos serviços de saúde, permanecendo contudo algumas lacunas de informação neste âmbito, acima de tudo no que ao conhecimento sobre esta matéria por parte dos profissionais de saúde diz respeito. Este desconhecimento pode induzir uma baixa adesão aos tratamentos, ou mesmo uma subutilização dos serviços, por condicionar a relação dos profissionais de saúde com a população imigrante (Dias, et al., 2018).

Num estudo realizado para avaliar o grau de acesso aos cuidados de saúde por parte da comunidade chinesa residente em Portugal, foram apontadas como razões da ausência do seu recurso aos mesmos - “opções ou desconfianças em relação a determinado tipo de medicina, barreiras linguísticas, ilegalidade entre outras” (Marreiros, 2010, p. V). O estudo foi realizado maioritariamente na área metropolitana de Lisboa e desenvolvido através de entrevistas com base num questionário que englobava dois tipos de questões: “quer sobre a possibilidade real do acesso aos cuidados de saúde na sociedade onde vivem presentemente, quer sobre as atitudes e as convicções face às medicinas ocidental e chinesa” (Ibid., p. V). Foram entrevistados 33 indivíduos, de etnia e naturalidade chinesa, em que os resultados mostraram uma baixa taxa de utilização dos serviços de saúde, restringindo-se a sua utilização só em situação de urgência, sendo que em outras situações recorriam a farmácias, auto medicando-se. Verificou-se uma taxa de utilização de 79% de cuidados de medicina ocidental, 21% de ambas as medicinas, e uma taxa nula em relação à utilização exclusiva de medicina tradicional chinesa (Ibid.).

Dados do Committee on Community Health Services (CCHS, 1997), citados por Dias & Gonçalves (2007), apontam a restrição institucional no acesso dos imigrantes em situação irregular aos cuidados de saúde, como fator desencadeador de recurso à automedicação, a medicinas alternativas e a outros serviços onde a identificação não é um critério de acesso, como, por exemplo, uma farmácia ou unidades móveis, sendo assim evitada a ida aos serviços de saúde públicos, por receio de denúncia. Estas circunstâncias podem levar a que os imigrantes recorram apenas aos serviços de saúde quando se encontram em situações de doença grave (WHO, 2003, cit. in Dias & Gonçalves, 2007).

Desde 2001 que a lei portuguesa, ao contrário de outros Estados-membros, reconhece à população imigrante o direito de acesso aos cuidados de saúde. O maior obstáculo é o facto de na prática a maioria dos imigrantes, sobretudo quando em situação irregular, não

ser aceite nos serviços de saúde, conforme apontado no estudo de Dias, et al. (2018, p. 156), em que foram descritas situações de “recusa de atendimento a imigrantes indocumentados”; sendo assim considerado o desconhecimento dos profissionais de saúde e dos imigrantes como uma barreira à aplicação das orientações, nomeadamente legais, em vigor, reforçando-se assim um fator influenciador da utilização dos serviços, baseado inclusive no receio de denúncia às autoridades por parte da população imigrante.

Todavia, apesar da legislação portuguesa garantir a universalidade do acesso aos cuidados de saúde, segundo um estudo realizado por Fonseca et al. (2005), citado por (Fonseca, Esteves, McGarrigle, & Silva, 2007), os imigrantes em situação irregular usam nomes fictícios e fornecem moradas falsas, impedindo assim que o seu estado de saúde seja acompanhado. Neste estudo concluíram que o acesso aos cuidados de saúde está associado a fatores económicos de muitos destes imigrantes, e falam igualmente da falta de “sensibilidade e conhecimento dos profissionais de saúde”. Por sua vez, os profissionais de saúde salientam que alguns imigrantes não têm condições económicas para pagar os tratamentos médicos, uma vez que não cumprem com as suas contribuições para a Segurança Social.

Em Portugal desconhece-se verdadeiramente a situação de saúde destas comunidades, pois existem a maioria dos estudos focaliza mais a comunidade indiana, no âmbito de trajetórias sociais, empresariais, e o papel da religião. Logo é emergente identificar as necessidades, as principais barreiras, sendo que as linguísticas e as culturais estão na linha da frente, impedindo que a integração destes imigrantes seja mais célere e equitativa.

O trabalho “Ser Mãe Hindu: Práticas e rituais Relativos à maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração” enfatiza a importância dos conceitos nativos relativos a cada país culturalmente distinto. Entre muitas das situações apresentadas, a título de exemplo, descreve-se a das mulheres Hindus, quando nos cuidados às crianças “seguem os cuidados tradicionais de higiene e conforto como a massagem e os cuidados de protecção contra o mau olhado” como forma de manterem “a sua validade e a sua eficácia, apesar de estarem noutra contexto cultural.” (Monteiro I. , 2007, p. 240)

O objetivo é, precisamente, analisar os constrangimentos encontrados na abordagem de todas as temáticas necessárias à prevenção em saúde, não só focado nas mulheres

imigrantes, mas em toda a população imigrante não lusófona. É fundamental que os CSP consigam responder às diferentes formas culturais.

Para que funcione, os profissionais de saúde devem possuir as competências necessárias para uma interação o mais clara possível, o que obriga a um conhecimento linguístico e cultural extremamente abrangente. Neste âmbito, e de acordo com dados mais recentes que contrariam a tendência verificada em estudos anteriores (Freitas, 2003; Gonçalves et al., 2003 cit. (Dias, et al., 2018), sendo presentemente os CSP o primeiro serviço utilizado pela maioria dos imigrantes (52,5%), o mesmo carece de capacidade de resposta eficiente às necessidades emergentes da população imigrante não lusófona, por conseguinte, com maior risco de serem os mais afetados pelas barreiras existentes, principalmente linguísticas e culturais. Uma vez que “os sistemas de saúde tendem a estar centrados numa dimensão tecnológica direcionada para a valorização dos sintomas, não tendo muitas vezes em consideração aspetos de ordem, social, cultural e étnica que caracterizam o utente e o seu contexto”. (Dias, et al., 2018, p. 39)

No que concerne à barreira linguística, esta é muitas vezes o foco de divergências, Tuohy et al. (2008) e Reis (2013, 2015), citados por Reis (2016, p. 6) “identificaram ambivalências nos enfermeiros, relacionadas com a mobilização das famílias imigrantes como tradutores no processo de cuidados”, sendo que esta situação poderá advir como facilitadora, ou dificultar em muitos casos. Pois é necessária uma interpretação rigorosa dos cuidados a seguir, a qual poderá suscitar alguma insegurança pelos “vínculos emocionais constatados - dificultadores da articulação entre os cuidados propostos e o seu necessário reenquadramento à matriz cultural do imigrante/família”. (Ibid.)

Os “encontros” dos enfermeiros com imigrantes nos CSP e organizações hospitalares são conceptualizados por Campinha-Bacote (2002 cit. in Reis, 2016, p. 6), como “os momentos de interação em que face à avaliação da capacidade linguística das pessoas na comunicação estabelecida, se determina a necessidade de utilização de intérpretes, bem como de reenquadramento cultural específico aos cuidados propostos”. Perante estes fatores, é de suma importância a mobilização de mediadores interculturais nos contextos de saúde como um recurso fundamental, para uma maior interação entre os profissionais de saúde e a população não lusófona.

Uma vez que “Qualquer grupo social tem necessidade de transmitir conhecimento e saberes de modo a garantir a continuidade da sua cultura e promover a reprodução social”

(Iturra, 1996 cit. Vieira, 2013, p. 111), e que “Para tal, é preciso criar mecanismos que permitam essa reprodução, (re)produção de conhecimentos e (re)produção de identidades (Vieira, 2011, cit. Ibid.)”; a mediação intercultural oferece condições para a promoção da capacidade de reconhecimento, do papel que cada um tem e da reciprocidade de atuações sempre em contextualização do reconhecimento do outro. Só assim a compreensão e o respeito multicultural poderão instalar-se, ou a globalização não passará do papel, em que se abriram as fronteiras para a livre circulação, mas nunca para a real integração e interação social.

Reis (2014), na sua tese de doutoramento, e baseada em diferentes autores, descreve situações em que os enfermeiros salientam o valor das intervenções culturalmente competentes com populações multiculturais, proporcionando maior confiança, e uma maior aceitação na terapêutica a seguir. Contudo, esta atuação está ainda longe de se processar desta forma tão eficaz e eficiente, uma vez que o elevado número de utentes, entre nativos e imigrantes, e a falta de condições de trabalho a vários níveis torna a atuação dos profissionais de saúde demasiado desfavorável a uma resposta mais adequada às necessidades dos imigrantes não lusófonos.

Esta investigação pretende assim analisar a necessidade e a importância de um mediador intercultural que estabeleça a ponte entre esta população e os profissionais de saúde.

“A postura etnocêntrica de alguns profissionais de saúde (...), surge identificada como um importante constrangimento na prática clínica com imigrantes; (...). Esta postura ligase aparentemente a dificuldades na gestão das diferenças culturais (...), por desconhecimento de “outras” crenças e valores das pessoas cuidadas.” (Reis, 2016, p. 5) A figura do mediador surge, assim, como o elo facilitador da comunicação entre os pacientes e os profissionais de saúde, favorece a relação entre as partes, promove a ponte necessária, quando os profissionais de saúde se deparam com indivíduos provindos de um contexto sociocultural diferente do que lhes é familiar.

O mediador intercultural poderá ser mais do que o elo facilitador de comunicação, poderá ser mais um elemento da equipa que atuará em conformidade, promovendo a desburocratização na eliminação das barreiras linguísticas e culturais existentes. A este propósito, Coffman & Hansen (2004, cit. in Reis, 2016, p. 149) salientam “a necessidade de uma colheita de dados culturalmente enquadrada às pessoas imigrantes”. Reis (2016, p. 153) considera isto como um incentivo e o momento certo para delinear estratégias,

entre as quais destaca “A inclusão de mediadores interculturais nas equipas de saúde (...) concretizando-se a criação de unidades de saúde culturalmente recetivas.” Este fator é a base fundamental, a recetividade do SNS, dos seus profissionais, para a promoção de equipas com a presença de mediadores interculturais, tal como o destacam Dias, et al. (2018) numa das suas nove propostas de intervenção ao nível dos serviços e profissionais de saúde no âmbito da integração da população imigrante.

Na saúde a perceção de que o trabalho individual se completa pela utilidade das suas competências na colaboração com o outro é fundamental, e os profissionais de saúde apresentam esta capacidade. A sobrecarregar todos os fatores respeitantes a tantas faltas de resposta no SNS, esta problemática de falta de resposta a imigrantes não lusófonos, com os quais muitas vezes nem a comunicação é possível, será algo que inquietará de sobremaneira estes profissionais (Dias et al., 2010). Santinho (2016) destaca igualmente a eficácia da mediação a este nível, desde a melhoria geral dos cuidados de saúde à maior satisfação de todos os intervenientes no processo. Segundo Gimenez (1997, cit. Silva et al., 2016, p. 13), devemos encarar a

Mediação intercultural ou mediação social em contextos pluriétnicos ou multiculturais, como uma modalidade de intervenção de uma terceira parte, sobre situações sociais de multiculturalidade significativa, orientada para a consecução de reconhecimento do outro e para a aproximação das partes, a comunicação e a compreensão mútuas, a aprendizagem e o desenvolvimento da convivência, a regulação de conflitos e a adequação institucional, entre atores sociais ou institucionais etnoculturalmente diferenciados.

No âmbito de um projeto inovador com base na promoção da mediação intercultural elaborado a partir do Instituto das Migrações para o Desenvolvimento da Etnicidade, (IMEDES) da Universidade Autónoma de Madrid em colaboração em Portugal pelo ACIDI, atual ACM, e pelas autarquias, a iniciativa “A importância da Mediação na Construção da Interculturalidade” pretendeu demonstrar os princípios da atuação Mediação Intercultural em Serviços Públicos (MISP), o que permite destacar um dos aspetos fundamentais para este estudo, que é “a contribuição positiva e sensibilização dos profissionais para a questão da mediação como instrumento de otimização comunicacional como a adequação da linguagem feita pelos técnicos, pode não apenas ultrapassar barreiras linguísticas como minimizar barreiras culturais” (in Vieira et al., 2017).

Esta iniciativa evidencia o quão importante é a mediação no âmbito da saúde, ao dar visibilidade à MISP com a presença de mediadores em espaço hospitalar, em que o seu

papel se torna mais claro. Apesar de os estudos neste âmbito serem limitados, todos chegam à mesma conclusão, ainda são muito escassos os esforços para que a realidade dos imigrantes se concretize no que respeita à equidade de direitos, e no que concerne em particular aos CSP. É importante, por parte dos profissionais de saúde, uma atitude coerente na relação culturalmente diversificada, uma vez que “conceptualmente enquadrámos a multiculturalidade em contextos de cuidados num plano factual, associado à constatação da diversidade cultural” (Gimenez, 2010), salientando a importância linguística e religiosa para a prática clínica, nomeadamente em enfermagem.

A própria Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no cumprimento das atribuições definidas pelos estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, e explanados no Plano de Atividades de 2015, procedeu a um estudo intitulado “Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes”, e daí retirou conclusões muito pertinentes, das quais se destacam as seguintes:

- Que se mantêm barreiras no acesso aos cuidados de saúde inerentes aos fatores já identificados anteriormente, com referência igualmente aos constrangimentos informáticos e problemas ao nível da prescrição de medicamentos e exames de diagnóstico, sobretudo no caso de imigrantes em situação irregular, colocando assim em causa os critérios de universalidade, equidade e generalidade neste acesso;
- Que as instituições públicas com responsabilidades nesta matéria, não têm dado cumprimento à obrigação de acompanhamento e monitorização de toda a informação sobre os cidadãos de nacionalidade estrangeira que acedem ao SNS, impedindo assim que haja um conhecimento efetivo do histórico destes utentes;
- Estes incumprimentos, decorrentes das limitações identificadas, impossibilitam a implementação de políticas de melhoria, e a promoção de um melhor e mais adequado acesso da população imigrante aos cuidados de saúde, direito que lhes está devidamente salvaguardado.

Neste sentido é fundamental “a articulação cultural entre quem cuida e é cuidado, deverá evoluir de forma consciente para estes profissionais de saúde – configurando uma abordagem de interculturalidade” (Gimenes, 2010) com o objetivo de negociar um plano de execução dos cuidados propostos aos imigrantes. São as próprias diretrizes governamentais que determinam ser essencial que em Portugal sejam contratados

mediadores culturais “tendo em vista a facilitação linguística e cultural no acesso à saúde” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007 de 3 de maio).

Igualmente importante é o desenvolvimento da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural (RESMI), pelo Alto Comissariado para as Migrações (ACM) em particular RESMI/Saúde, uma vez que permitirá adquirir as competências e a prática clínica em contextos multiculturais de cuidados, de investigação e de formação em mediação intercultural. Para que sejam ultrapassados muitos dos constrangimentos existentes e para que se consiga suprimir as necessidades verificadas.

É fundamental fomentar o reconhecimento do outro, promover a compreensão e a interrelação entre grupos, numa sociedade cada vez mais diversificada. É essencial atenuar os estereótipos, os preconceitos culturais. Segundo Padilla, et al. (2013, p. e63)

O SNS encontra-se numa encruzilhada relacionada com o momento de crise atual e com necessidade de adequação a crescente diversificação da diversidade. Este contexto pode ser aproveitado e transformado numa oportunidade de mudança, possibilitando a introdução de reformas que tornem o sistema sensível a diversidade ou, pelo contrário, pode desaguar num sistema mais desigual e desumano.

Para o efeito, também Dias et al. (2018, p. 164) concluíram o seu estudo com uma série de recomendações que,

não assumindo um caráter exaustivo, pretendem contribuir para uma maior adequação dos serviços à diversidade cultural e promoção do seu acesso e utilização pelos imigrantes. (...) em estreita colaboração com os elementos da equipa do projeto, que incluiu profissionais de saúde que assumem responsabilidades de direção em serviços de saúde e líderes comunitários.,

Consistem fundamentalmente nos seguintes pontos, ao nível dos serviços de saúde:

- Difusão abrangente de orientações técnicas relacionadas com o acesso dos cidadãos estrangeiros ao SNS.
- Envolvimento sistemático das entidades governamentais da área da saúde no sentido de adequar os vários sistemas informáticos às particularidades da população imigrante.
- Realização de ações de formação continuada para o desenvolvimento de conhecimentos e competências linguísticas, comunicacionais, sociais e culturais que sensibilizem e capacitem os profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural e responder de forma adequada às especificidades socioculturais dos seus utentes.
- Integração de mediadores socioculturais nos serviços de saúde como forma de promover a compreensão da diversidade cultural e facilitar a proximidade entre os cidadãos estrangeiros e os profissionais de saúde. (...) Realização de encontros interculturais a nível local, regional e nacional com profissionais de saúde e com cidadãos de várias culturas e religiões, em parceria com associações de imigrantes e líderes religiosos.
- Criação de grupos de trabalho (...) responsáveis pela pesquisa e publicação no site da ARS de artigos temáticos, bem como pela participação em estudos científicos relacionados com a interculturalidade, em articulação com instituições académicas.

- Reforço da relação de proximidade com a comunidade, através do envolvimento e participação ativa da população imigrante na definição de estratégias locais e nacionais para promover a utilização dos serviços de saúde e a articulação dos serviços com outros setores, em particular o da ação social, educação e associações de imigrantes.
- Realização de protocolos para estágios de observação no Gabinete da Saúde no Centro Nacional de Integração de Migrantes (CNAIM), num contexto de formação contínua de alunos das Faculdades, Institutos Politécnicos e outras instituições, bem como de profissionais de saúde.

Ao nível das comunidades imigrantes:

- Desenvolvimento do empowerment das comunidades imigrantes, utilizando uma metodologia de intervenção comunitária e recorrendo a unidades móveis, mediadores socioculturais e ao apoio domiciliário como vetores de proximidade à comunidade.
- Envolvimento e participação das associações de imigrantes, ONG e líderes das comunidades no desenvolvimento de estratégias e ações na área da Educação para a Saúde, utilizando mecanismos de partilha de saberes e experiências (educação pelos pares, teatro fórum, entre outros), numa perspectiva intercultural e de ganhos em saúde.
- Programação e desenvolvimento pelo Gabinete da Saúde no Centro Nacional de Integração de Migrantes (CNAIM), em parceria com outros setores sociais e envolvendo as organizações e associações da comunidade, de sessões de informação/esclarecimento dirigidas à população imigrante sobre temas como a estrutura do SNS, legislação e procedimentos de acesso aos cuidados de saúde, apoios sociais, direitos de cidadania, lei da imigração, entre outros.

“O desafio para a promoção da utilização dos serviços de saúde assenta também na garantia de que os imigrantes, os recém-chegados em particular, obtenham a informação necessária para aceder aos serviços de saúde.” (Dias, et al., 2018, p. 166)

Estes são exemplos extremamente relevantes de um dos estudos mais recentes, em contexto nacional e de um grupo de investigadores que mais profusamente se debruça sobre a temática fulcral deste trabalho de investigação, que fundamentam inteiramente a sua finalidade. É assim reforçada a pertinência da temática escolhida, e alicerçados os objetivos determinados para este estudo, ao ser salientada a necessidade da promoção de formação contínua para o desenvolvimento das competências linguística, sociais e culturais dos profissionais de saúde, e uma maior sensibilização para o contacto com a diversidade cultural dos seus utentes. Enfatizando-se igualmente a importância da integração de mediadores interculturais nos serviços de saúde como pontes de comunicação e respetiva proximidade entre profissionais de saúde e população imigrante.

Neste âmbito é de referir a necessidade de maior envolvimento por parte das entidades governamentais: para a melhoria dos sistemas informáticos, adequados às suas necessidades da população e dos profissionais que os operam; e para a divulgação e

desenvolvimento do Gabinete da Saúde do Centro Nacional de Integração de Migrantes (CNAIM), em parceria com outros setores sociais, de forma a que outras organizações e associações da comunidade estabeleçam igualmente sessões de informação/esclarecimento dirigidas à população imigrante, sobre temas como a estrutura do SNS, legislação e procedimentos no acesso aos cuidados de saúde, apoios sociais, direitos de cidadania, entre outros.

METODOLOGIA

PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Face às observações concretizadas anteriormente, a investigação realizada teve por base o seguinte problema de investigação:

A importância da mediação intercultural no acesso da população imigrante, não lusófona e residente no Porto, aos cuidados de saúde primários.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Partindo do problema definido anteriormente, as questões de investigação permitem orientar os diferentes cenários possíveis, com base na revisão da literatura efetuada, e nas expectativas do investigador relativamente ao conhecimento prévio que detém.

No trabalho desenvolvido, a atenção para a formulação destas questões centrou-se nos dois grupos que constituem a população-alvo - os imigrantes e os profissionais de saúde, no sentido de avaliar as diferentes condicionantes existentes, a fim de procurar soluções para a problemática em causa.

Assim,

- Quais os fatores determinantes no acesso da população imigrante aos cuidados de saúde primários?
- Quais as dificuldades manifestadas pela população imigrante e pelos profissionais de saúde neste âmbito?
- Qual a influência dos fatores sociodemográficos, e o período de tempo de permanência, da população imigrante no acesso aos cuidados de saúde?

- Como se autoavaliam os profissionais de saúde quanto aos conhecimentos que detêm sobre os hábitos e costumes dos seus utentes imigrantes?
- Como será possível colmatar as eventuais lacunas de conhecimento multicultural dos profissionais de saúde envolvidos?

OBJETIVOS

Para dar resposta ao problema identificado para este trabalho e às questões de investigação formuladas, foram estipulados os objetivos seguintes:

GERAL

- Determinar a importância da mediação intercultural no acesso da população imigrante, não lusófona e residente no Porto, aos cuidados de saúde primários.

ESPECÍFICOS

- Desenvolver conhecimentos sobre o acesso da população imigrante aos cuidados de saúde em Portugal, particularmente no contexto dos cuidados de saúde primários. □ Entender a capacidade de resposta destes a um quadro tão complexo como o da integração dos imigrantes na sociedade, em equidade com a restante comunidade. □ Identificar os obstáculos que interferem com o acesso da população imigrante, não lusófona, aos cuidados de saúde primários.
- Descrever a atuação da rede de suporte existente.
- Compreender as barreiras identificadas pelos profissionais de saúde.
- Percecionar o empenho e a disponibilidade dos intervenientes na procura de soluções.
- Identificar lacunas de operacionalização formal neste processo.
- Promover a formação e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o histórico cultural da população imigrante, não lusófona, a quem prestam cuidados.
- Envolver os intervenientes na procura de soluções para as dificuldades encontradas.
- Avaliar o impacto das ações realizadas.

TIPO DE PESQUISA

Com o objetivo de compreender comportamentos e opiniões duma amostra da população alvo face à temática em estudo, eventualmente transversais a toda a população que reúna as mesmas características, optou-se pela pesquisa quantitativa através de questionário de autopreenchimento por ser objetiva, orientada para os resultados, e aquela em que se inclui o instrumento de recolha de dados permitido pelas entidades envolvidas, e de cuja autorização a realização do estudo dependia. POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo consistiu em dois grupos:

- os imigrantes, de origem não lusófona, residentes no concelho do Porto, essencialmente confinados às áreas do centro histórico e da baixa da cidade, inscritos nas unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde Grande Porto V - Porto Oriental, e, Grande Porto VI - Porto Ocidental;
- os profissionais de saúde que prestam cuidados a esta população, nestas mesmas unidades.

Apesar dos inúmeros esforços junto dos ACeS e da ARS Norte, IP para obter o número de indivíduos de origem não lusófona inscritos nas unidades funcionais respetivas, não foi possível obter este número em concreto, mas apenas uma percentagem aproximada de 10%, estimando-se um total de cerca de 25.000 imigrantes inscritos. Porventura já não sendo este o número total de frequentadores, pois são dados em permanente atualização.

Com um universo de 603 profissionais de saúde – 121 Secretários Clínicos, 213 Enfermeiros e 269 Médicos de Família (105 dos quais internos de especialidade), foi permitida e apelada a todos a participação neste trabalho, sem determinação prévia de qualquer tipo de amostra, por se prever de antemão alguma dificuldade em obter a sua colaboração, como mais adiante se explanará.

MÉTODO

O método de pesquisa inicialmente pensado, em contexto ainda de projeto de investigação, foi o de investigação-ação que havia sido determinado como estratégico para alcançar os objetivos definidos, porque visa melhorar práticas com eventual recurso

à mudança de diretivas, atitudes e comportamentos. Possibilita, ainda, a participação de todos os intervenientes, desenvolvendo-se numa espiral característica de ciclos de planificação, ação, observação e reflexão; por ser “um processo sistemático de aprendizagem, orientado para a praxis, exigindo que esta seja submetida à prova, permitindo dar uma justificação a partir do trabalho, mediante uma argumentação desenvolvida, comprovada e cientificamente examinada” (Trilla, 1998; cit. Fernandes, 2006).

No entanto, os obstáculos encontrados no processo de pedidos de autorização e parecer às entidades competentes, originou uma mudança inevitável de metodologia, inclusive pelo atraso (superior a sete meses) na implementação das atividades planeadas, o que, infelizmente, inviabilizou as estratégias previamente delineadas como em capítulo posterior se pormenorizará.

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Em substituição da entrevista semiestruturada e da observação participante pretendidas, face aos constrangimentos encontrados, foram elaborados questionários de autopreenchimento, em formato anónimo e confidencial. Em virtude da necessidade de apresentar um novo instrumento em menos de 24 horas, sob risco de incorrer em mais um mês de atraso, o instrumento elaborado consistiu em questões de carácter um pouco mais genérico, pois aproximava-se o prazo limite para conclusão do trabalho, e afirmavam-se as barreiras no contacto com a população-alvo.

O questionário é um instrumento de pesquisa padronizado na ordem e texto relativo às questões, cujo objetivo é o estudo de um grupo ou população alvo. É fundamental a clareza nas questões, pertinentes e apropriadas à população alvo, não permitindo qualquer possibilidade de ambiguidade nas respostas, uma vez que destas depende uma parte essencial para a consecução e evolução do trabalho. De acordo com Gil (1999, cit. in Chaer, Diniz, & Ribeiro, 2011, p. 260), o questionário poderá definir-se “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”

O questionário criado para o primeiro grupo-alvo (Anexo 2), a população imigrante, foi elaborado em versão portuguesa e inglesa, para eliminar à partida a barreira linguística como fator dificultador da sua participação. Foram ambas as versões disponibilizadas de forma presencial e online, igualmente com o objetivo de facilitar o acesso ao mesmo e promover um maior número de participantes. Foram incluídas 22 questões confinadas essencialmente à obtenção de informação sobre os dados gerais do respondente e respetivo agregado familiar; dos motivos que levaram a imigrar; do tipo de utilização dos cuidados de saúde; das dificuldades e fatores facilitadores encontrados no acesso aos mesmos; e na detenção de conhecimento sobre recursos existentes neste contexto.

Para os profissionais de saúde, foi também elaborado um questionário (Anexo 3) em versão online, uma vez que foi de imediato percecionada a enorme dificuldade de contacto direto com os mesmos, não tendo sido verificada disponibilidade por parte dos órgãos de gestão para um contacto presencial mais próximo. Com as questões formuladas pretendeu-se recolher dados sobre o tipo de formação profissional/académica detidos; o número de anos em funções; e a perceção sobre o acesso da população imigrante não lusófona, com algumas perguntas semelhantes ao primeiro questionário, com o propósito de comparar o mesmo tipo de informação numa perspetiva bilateral.

ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Também a disponibilidade dos participantes, e a motivação dos mesmos foram um desafio a contornar, pelo que o instrumento de recolha de dados definido visou diminuir o mais possível a necessidade de dispêndio de tempo por parte dos participantes, não descurando os objetivos a alcançar.

Apenas há a ressaltar o facto de a alteração que se veio a verificar necessária, ter sido demasiado repentina, sob imensa pressão e necessidade constante de verificação junto da CES, que num mesmo dia solicitou o envio do novo instrumento para garantir uma resposta mais atempada, pois o atraso era já muito superior ao inicialmente previsto.

DIVULGAÇÃO DO ESTUDO JUNTO DO GRUPO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Estabelecer o contacto próximo das equipas de profissionais de saúde foi já descrito anteriormente como uma tarefa incompleta, por indisponibilidade dos superiores hierárquicos para o efeito.

A ponte que se pretendia estabelecer entre este grupo e o da população imigrante, pelos motivos já apresentados, acabou por não se concretizar, não tendo sido possível confirmar a efetivação destes profissionais enquanto elo de ligação à população imigrante visada.

A divulgação e o pedido de colaboração no estudo foram pensados e realizados da forma mais apelativa e estimulante possível, no sentido de valorizar o seu papel e importância nas condições de acesso da população aos cuidados de que necessitam, bem como as possíveis vantagens futuras com os resultados a obter, no sentido de obter elementos facilitadores do seu desempenho através de novos recursos.

PARCERIAS COM ENTIDADES DA COMUNIDADE

“Eu faço o que você não pode, e você faz o que eu não posso. Juntos podemos fazer grandes coisas”.

Madre Teresa de Calcutá

Inicia-se este subcapítulo com esta citação, porque a mesma expressa de forma muito sucinta e objetiva aquilo que se pretende e poderá obter através de eventuais parcerias que se estabeleçam, e que como tal se podem revelar cruciais para um processo de mediação, sobretudo num contexto intercultural como o que se explana neste trabalho.

Poder-se-á assim entender por parcerias a cooperação entre diferentes pessoas ou organizações com o intuito de proporcionar, a todos os intervenientes, benefícios mútuos. Consistirá, de um modo geral, em gerir relações de apoio mútuo nas quais, ambas as partes, usufruem do que cada um tem para oferecer, intensificando desta forma a possibilidade de sucesso da parceria estabelecida. Neste caso mediado pela investigadora responsável pelo estudo, com a finalidade de promover relações porventura ainda não estabelecidas, incentivar as existentes a uma maior eficiência, ou mesmo motivar a criação de novos elos de ligação.

Foram por isto estabelecidos inúmeros contactos, telefónicos e por correio eletrónico, com diferentes entidades, algumas previstas desde o momento inicial deste estudo, outras no decurso da ausência de resposta por parte das primeiras, sempre com o conhecimento do orientador do trabalho a desenvolver, com o objetivo de proporcionar acompanhamento permanente do processo.

Seria desejável que a descrição inerente a este subcapítulo se cingisse apenas à apresentação concreta das parcerias efetivamente estabelecidas, ou os motivos das que não foi possível estabelecer, em jeito de síntese. Porém, o processo foi tão penoso, que se verifica a necessidade de explicar, ainda que de forma bastante abreviada, o longo e quase desmotivador caminho percorrido ao longo de mais de 15 meses.

Uma vez concluído com sucesso o projeto de investigação pretendido, e delineadas as estratégias essenciais para a sua operacionalização, foi solicitada informação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Anexo 4) sobre a necessidade de parecer desta entidade, que se veio a confirmar desnecessária face à alteração da metodologia de estudo, e conseqüente não acesso a dados da população que carecessem de proteção além da confidencialidade e anonimato assegurados nos questionários aplicados.

No dia 22/11/2017 foram contactadas por correio eletrónico as principais entidades a envolver (num total de quase 200 mails trocados), apresentando o processo de acordo com os requisitos inerentes, com o objetivo de obter parecer ético sobre o trabalho a realizar, e a autorização imprescindível das instituições onde o estudo decorreria: Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARS Norte, IP (Anexo 5); Direções Executivas (DE) dos ACeS Grande Porto V - Porto Ocidental (Anexo 6) e VI – Oriental (Anexo 7).

Destes primeiros contactos resultou o primeiro impasse, a CES não emitiria parecer sem autorização das DE dos ACeS, estas haviam encaminhado o assunto para emissão de interesse e parecer dos Conselhos Clínicos e de Saúde (CCS) respetivos, cujos Presidentes, por sua vez, não emitiriam o dito parecer sem o parecer prévio da CES. Entre 04/12/2017 e 12/01/2018 foram trocados vários mails com os elementos responsáveis dos CCS de ambos os ACeS, sendo ainda envolvidas as respetivas Unidades de Apoio à Gestão (UAG) para avaliação da logística necessária para obtenção das listagens de utentes de origem não lusófona inscritos nas unidades funcionais, cuja concretização se veio a confirmar não ser possível, e acabou por se tornar de qualquer forma inviável, face às preocupações manifestadas pela CES. Depois de todos os esclarecimentos prestados

relativamente a questões concretas sobre os objetivos do estudo, a assessora da CES informa que o estudo seria deliberado na reunião de 06/02/2018.

Deliberação esta que não foi devidamente comunicada, sendo que apenas no dia 07/03/2018, depois de muita insistência, são apresentadas questões que careciam de esclarecimento para análise devida do pedido de parecer. Entretanto foi mantido o contacto com os CCS dos ACeS no sentido de ser obtida a autorização das DE exigida pela CES. O CCS do ACeS do Porto Oriental foi o único que foi retornando o contacto e demonstrando algum interesse mais regularmente, ainda que a resposta fosse sempre de que nada poderia ser autorizado sem o parecer da CES.

A 03/04/2018 procede-se a nova solicitação junto da CES, recebendo-se como resposta um pedido de esclarecimentos, já anteriormente prestados. A 29/05/2018 nova insistência por parte do CCS do ACeS Oriental solicitando informação sobre o ponto de situação. Reforçado o contacto com a CES, uma vez que telefonicamente haviam sido efetuados vários sem sucesso, no dia 04/06/2018 é recebida a resposta de que para eventual emissão de parecer favorável na reunião que se realizaria a 05/07/2018, a metodologia deveria ser alterada pois os constrangimentos que o acesso às listas de utentes e a observação participante por parte da investigadora em eventual contexto de consulta causariam, preocupavam esta comissão.

Assim, lamentavelmente, por força das condicionantes apresentadas, e depois de tão longo período de tempo, para que o estudo não fosse completamente inviabilizado, foi alterada a metodologia, eliminando uma componente prática extremamente pertinente, mas que requereria eventualmente uma abordagem mais premente, que os prazos limite a cumprir e a disponibilidade da investigadora enquanto trabalhadora-estudante não permitiram. Foi então pensada uma alternativa, com uma componente prática diferente, mas que de alguma forma possibilitaria igualmente um processo de mediação, a apresentar mais adiante.

Uma vez apresentadas as alterações solicitadas, a CES informa a 11/06/2018 a intenção de parecer favorável, sendo que este apenas seria emitido perante as autorizações dos ACeS envolvidos. Os contactos com os respetivos CCS foram imediatamente providenciados no sentido de estas serem obtidas, com menção às alterações visadas pela CES, e respetiva atualização do cronograma inicialmente previsto.

Ultrapassando tudo o que seria expectável neste ponto, a Vogal do CCS do ACeS Porto Oriental informa que, para o efeito, deveria ser requerida a autorização em causa à DE. Tendo então praticamente regressado, sete meses depois, ao ponto de partida, foi efetuado novo pedido junto da DE, alertando para o facto de que o mesmo havia já sido submetido a 22/11/2017, e, entretanto, sujeito às alterações apresentadas.

Felizmente, por parte do ACeS Porto Ocidental, foi remetido a 25/06/2018, pela responsável da UAG dando cumprimento a orientações do Presidente do CCS respetivo, a autorização para a realização do estudo, a qual foi imediatamente reencaminhada para a CES. No mesmo dia é manifestado o agradecimento ao ACeS Porto Ocidental, relembrando a informação imprescindível junto dos coordenadores das respetivas unidades funcionais sobre o trabalho de investigação em causa para que a aplicação dos questionários junto dos profissionais de saúde em causa fosse devidamente planeada.

Já no mês de julho de 2018, a DE ausculta sobre como era pretendido aceder aos dados nominais da população imigrante, e como seriam estes dados tratados, ao que foi respondido que como esclarecido previamente, esta atividade deveria ser considerada sem efeito, pois a metodologia havia sido alterada. Perante isto, foi finalmente obtido a autorização condicionada da DE para realização do estudo no ACeS Porto Oriental, desde que não fosse perturbado o funcionamento regular dos serviços.

De imediato reencaminhada esta informação para a CES, sempre em articulação com a Vogal do CCS deste último ACeS, a 16/07/2018, em que foi dado por concluído o processo de obtenção das tão aguardadas autorizações. Simultaneamente foi também enviado mail ao CCS solicitando os contactos dos Coordenadores das unidades funcionais, e apelando ao incentivo por parte deste organismo para participação no estudo. No dia 25/07/2018 foi rececionado mail enviado pelo secretariado da DE - Secretariado ACES Oriental com os endereços eletrónicos pedidos.

Foi na mesma data efetuado novo contacto, mais uma vez após várias tentativas de contacto telefónico sem sucesso, com o ACeS Ocidental para saber da oportunidade de encaminhamento do trabalho junto das unidades funcionais, pois ainda não havia sido obtida resposta. No dia seguinte, o elemento responsável da UAG solicita a última versão do desenho do estudo para divulgação junto dos Coordenadores das unidades funcionais em causa.

Entre 25 e 30/07/2018, procede-se finalmente ao contacto direto, via e-mail, com os Coordenadores de todas as unidades de saúde familiar de ambos os ACeS, divulgando o estudo, com o respetivo link de acesso ao questionário online, e disponibilização para contacto presencial, e incentivando à participação do maior número de profissionais de saúde possível, compreendendo que o tempo limite para o efeito, e os períodos de férias dos mesmos poderiam condicionar a mesma.

A 30/07/2018 é obtida autorização do Coordenador da USF Porto Cento (ACeS Porto Oriental) para realização do estudo nesta USF, tendo sido este o único Coordenador que gentilmente respondeu ao mail enviado. Pois, pelos resultados obtidos percebe-se que mais unidades terão tido acesso ao questionário, e terão os seus profissionais respondido, mas nenhum outro Coordenador retornou qualquer dos contactos efetuados.

No período de 07 a 13/08/2018, foram efetuados vários contactos com o ACeS Porto Ocidental reforçando a falta de resposta, e de eventual colaboração, dos Coordenadores na divulgação do estudo junto das suas unidades funcionais, pois não havia ainda qualquer registo de profissionais deste ACeS nos dados resultantes do questionário aplicado.

O Presidente do CCS informou, entretanto que o trabalho havia sido divulgado às diferentes unidades funcionais do ACeS Porto Ocidental, e que a decisão de colaboração seria da exclusiva responsabilidade dos profissionais. Por conseguinte, foram novamente enviados mails sobre esta matéria a todos os Coordenadores, o que terá surtido algum efeito, aquém do desejado, mas permitindo obter alguns dados por parte dos profissionais deste agrupamento. No decurso deste longo processo foram recebidos diversos recibos de leitura de mails que, lamentavelmente, terão sido apagados sem sequer terem sido lidos. Sendo que durante todo o mês de agosto de 2018 foram mantidos os contactos, e reforçado o pedido de colaboração aos profissionais, apelando à sua participação, sobretudo junto dos que não haviam sequer lido o mail inicialmente enviado.

Face a todas estas circunstâncias, foi inevitável o pedido de adiamento de entrega da tese de dissertação, sendo então definido um novo prazo de seis meses, com a data de 31/03/2019 como prazo limite para entrega da mesma. Pelo que, em setembro, face à não evolução do número de participantes no questionário aplicado online aos profissionais de saúde, apesar das inúmeras insistências, foi dada por encerrada esta colheita de dados, para tornar possível a prossecução das restantes atividades dentro do período de tempo útil ainda disponível.

Assim, face aos resultados preliminares obtidos, e procedendo a nova atualização do cronograma destas mesmas atividades, inclusive a pedido da própria CES, que persistia na não emissão oficial do parecer requerido, foram novamente contactados os CCS de ambos os ACeS para dar início à etapa seguinte do estudo proposto. Foi então solicitada a possibilidade de promover uma sessão formativa, de esclarecimento, com pelo menos três elementos de cada USF (um de cada setor profissional) no âmbito da temática do estudo, pois havia sido constatada a sua pertinência. Tendo ainda sido proposta, na impossibilidade de concretização do momento formativo mencionado, uma reunião entre os responsáveis do CCS e os representantes das associações de imigrantes que se disponibilizariam para o efeito, no sentido de planear uma eventual parceria a curto / médio prazo para satisfazer as necessidades manifestadas por ambas as partes, tudo isto mediado pela investigadora, eventualmente até já não na qualidade de mestranda, se uma vez ultrapassado o prazo para a conclusão do estudo.

Do ACeS Porto Ocidental foi praticamente negada qualquer colaboração neste sentido, tendo sido remetida a situação para articulação direta com as unidades funcionais, das quais nunca foi obtida qualquer tipo de resposta em tempo oportuno. Por parte do ACeS Porto Oriental, foi questionada a adesão dos profissionais de saúde desta instituição ao estudo, e indicado que seria estudado o interesse e conveniência das atividades propostas. Não tendo sido obtida, à data de elaboração desta dissertação, qualquer resposta neste sentido.

Entretanto, ultrapassado o período de festividades natalícias, e tendo a assessora da CES estado ausente por período superior a um mês, alegadamente por motivo de doença, e não havendo quem a substituísse, o parecer oficial foi finalmente emitido (não sem antes ser solicitada nova declaração à investigadora, que requeria o compromisso de eliminação dos dados do estudo à sua guarda, e divulgação do estudo junto da CES) a 05/02/2019 (Anexo 8), tendo sido remetido apenas a 19/02/2019, face à necessidade de homologação por parte do Conselho Diretivo da ARS Norte, IP.

A par destes contactos com os ACeS e CES, foram igualmente efetuados contactos com as Juntas de Freguesia supramencionadas (Anexo 9), essencialmente com o objetivo de obter dados sobre a população imigrante residente e identificar eventuais membros das respetivas comunidades que pudessem intervir como possíveis intermediários na procura de maior proximidade com a população imigrante, uma vez que esta possibilidade através

dos profissionais de saúde havia sido eliminada. No entanto, não tão surpreendentemente assim, face aos dados apontados por estudos anteriores sobre o desconhecimento dos serviços públicos sobre a população imigrante residente em Portugal, a informação obtida foi nula. Total ausência de resposta por parte da União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória, e ausência de dados sobre esta matéria foi a resposta obtida da Junta de Freguesia do Bonfim.

Não desistindo deste intento, e recorrendo a todas as entidades públicas possíveis, e conhecidas como possivelmente intervenientes, foram efetuados vários contactos com o CNAIM do Norte, no Porto. Sendo que, depois de muita insistência, foi solicitado o pedido formal de informação (Anexo 10, o qual necessitou de reencaminhamento por ausência da Coordenadora que se encontrava em período de férias, sendo que a colaboradora que entretanto rececionou este encaminhamento, solicitou por sua vez o reencaminhamento do mesmo para o mail geral da ACM, procedimento que foi naturalmente cumprido e sobre o qual não foi recebida qualquer resposta. Numa tentativa final de contacto, desta vez presencial, a secretária da Coordenadora do CNAIM informa que esta última não poderia conceder a sua atenção sem um pedido formal e autorização da Direção para o efeito.

Aproveitando a oportunidade para averiguar o tipo de informação disponível neste serviço, de acesso público, foi verificada a total inexistência de dados específicos sobre o funcionamento das unidades de saúde, e as condições de acesso aos cuidados, apenas dispunham de informações de carácter geral no que à legislação diz respeito.

Também por parte do Setor de Apoio Técnico, da Unidade de Desenvolvimento Social, do Centro Distrital do Porto do Instituto de Segurança Social, IP (com o qual foi estabelecido contacto presencial) manifestaram total inexistência de dados úteis a esta investigação, sobretudo pela falta de informação específica sobre população imigrante não lusófona.

Na expectativa de ainda ser possível obter dados concretos e relevantes junto do poder local, foram efetuadas várias tentativas de contacto telefónico com o Pelouro de Ação Social da CMP, tendo sido sempre reencaminhada a situação para elementos, alegadamente responsáveis, que afirmavam não terem informação disponível a providenciar. Finalmente, já em janeiro de 2019 foi disponibilizado o e-mail do Vereador do Pelouro da Habitação e Coesão Social / Pelouro da Educação, o que suscitou a

expectativa de vir a obter a resposta pretendida, nomeadamente o Diagnóstico Social da cidade do Porto.

Quase uma semana após o mail enviado (Anexo 11), a Chefe de Divisão informa telefonicamente que não dispunham dos dados solicitados, e que o Diagnóstico Social ainda não existia, estando a Universidade Católica encarregue de trabalhar esta matéria, cuja conclusão se previa apenas para o final do mês de março, sendo que mais tarde entrariam em contacto. Passado quase um mês, já em fevereiro, foi efetuado novo contacto junto do gabinete do Vereador, tendo o assunto sido reencaminhado para o Departamento da Coesão Social.

Apesar de no contacto efetuado ter sido reforçada a necessidade de resposta com a maior brevidade possível, dados os prazos limite a cumprir, foi obtida a informação de que a responsável pelo Departamento se encontrava ausente, e que o pedido em causa estava em análise. Não sendo possível aguardar pelo contacto prometido, procede-se a nova insistência, da qual resultou apenas o envio do Diagnóstico Social do Porto de 2008, como sendo o documento mais recente sobre esta matéria, sem quaisquer outros dados disponíveis.

Na procura incessante de informação e meios disponíveis sobre caracterização e dados de acesso da população imigrante aos cuidados de saúde, foi, entretanto, obtido acesso a panfletos divulgativos sobre a prevenção do VIH emitidos em diferentes línguas, no caso em inglês, chinês, ucraniano e romeno (Anexo 12). Uma vez identificada a entidade responsável por estes materiais – o Departamento de Saúde Pública (DSP) da ARS Norte, IP, foi estabelecido contacto com a mesma (Anexo 13), com o objetivo de saber da existência de dados sobre a população imigrante que esta instituição detivesse, bem como o tipo, e meios, de informação disponibilizados junto desta mesma população sobre os cuidados de saúde, e as suas condições de acesso no SNS, particularmente no que respeita aos CSP. Sendo que à data de redação desta dissertação, não havia ainda sido obtida qualquer resposta.

DIVULGAÇÃO DO ESTUDO JUNTO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE

Como referido anteriormente, perante a inviabilização de contacto com a população imigrante através das unidades de saúde familiar, foi necessário identificar outras entidades que possibilitassem o acesso à mesma, nomeadamente para aplicação do questionário proposto neste estudo. Seriam determinantes para este fim o Centro Comunitário São Cirilo, o Espaço T - Associação para Apoio à Integração Social e Comunitária, e as associações de imigrantes com representação na cidade do Porto.

Através de terceira pessoa cuja empregada doméstica era ucraniana, foi possível estabelecer contacto com um membro da igreja ortodoxa, com papel de liderança na comunidade em causa, a quem foram entregues dez questionários, que lamentavelmente, apesar de alguma insistência, nunca chegaram a ser devolvidos.

Após várias tentativas de contacto presencial e telefónico, iniciadas em junho de 2018, e formalizado o pedido de colaboração junto do Centro Comunitário São Cirilo a 09/07/2018 (Anexo 14), foi referido que a frequência da população visada era relativa, e foram deixados 15 questionários (em inglês e em português) a serem providenciados junto desta população, desde que inscrita nas unidades funcionais dos ACeS em estudo. Contudo, depois de várias tentativas na obtenção de respostas, a colaboração obtida foi muito parca, e quase três meses após, foram apenas devolvidos quatro questionários.

No período entre junho e setembro de 2018, foram feitas inúmeras tentativas de contacto, com os Presidentes da Liga dos Chineses em Portugal (sedeada no Porto) e da Associação da Comunidade de Bangladesh do Porto. Com o primeiro, tendo sido recebida a indicação de que a melhor forma de o encontrar seria no restaurante de que o mesmo é proprietário, na zona histórica da cidade, foi impossível o contacto presencial pois das várias deslocações efetuadas, ora estava o restaurante fechado, ora o seu proprietário não se encontrava lá. Quando finalmente foi estabelecido o contacto, apenas possível telefonicamente, a resposta imediata foi negativa, sem qualquer disponibilidade de divulgação do estudo e, implicitamente, do questionário, junto da sua comunidade, alegando que não havia interesse, até porque recorriam habitualmente a cuidados médicos na China.

O Presidente da Comunidade Bengalesa, residente no Porto há 25 anos, apesar de alguma hesitação num primeiro contacto, acabou por se demonstrar uma pessoa muito bem

integrada na comunidade local, tendo inclusive já feito parte de uma lista de candidatura pelo Partido Socialista, nas eleições autárquicas, à União das freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória, onde reside e têm a sua loja comercial, no centro histórico da cidade.

Demonstrou algum interesse sobre este estudo, manifestou alguma dificuldade no acesso aos CSP, sobretudo por parte de imigrantes recém-chegados e no encaminhamento para especialidades hospitalares (o que confirma as situações apontadas na literatura), e prontificou-se a preencher o questionário apresentado, encaminhando, contudo, para um terceiro elemento a colaboração como possível intermediário junto da comunidade para participação no trabalho em causa. Intermediário este que uma vez contactado, não se demonstrou disponível para o efeito. Pelo que foram literalmente percorridas todas as casas comerciais do centro histórico da cidade, mais do que uma vez, sendo brevemente apresentado o estudo, solicitado o preenchimento do questionário, pedida a colaboração na sua divulgação junto da comunidade. Dos 25 questionários distribuídos pelos 10 comerciantes (sendo que um deles, mais velho e aparentemente mais disponível, disponibilizou-se para distribuir alguns junto de amigos e familiares, tendo ficado com 10 questionários, e um outro mais jovem ficado com cinco), apenas foram devolvidos seis, dois deles preenchidos logo numa primeira abordagem.

O Presidente da Comunidade Bengalesa manifestou, no entanto, disponibilidade para as eventuais sessões formativas, ou reuniões com os representantes dos ACeS, em que haverá a possibilidade de abordar e dar a conhecer melhor a cultura, os hábitos e os costumes da sua comunidade aos profissionais de saúde. Teve ainda oportunidade para divulgar a Festa da Interculturalidade, com a colaboração do Espaço T, que decorreu no dia 02/09/2018, cuja publicidade na cidade quase passou despercebida, apenas com a presença de alguns cartazes, na qual a comunidade Bengalesa teve uma forte presença, com um desfile de moda providenciado por uma estilista e modelos bengaleses residentes em Lisboa. Fizeram-se ainda representar, através de momentos de música, dança, bancas de produtos artesanais e gastronómicos, comunidades imigrantes do Japão, PALOP's, Países do Leste Europeu, Brasil e Portugal (Anexo 15).

Neste evento, surgiu igualmente a oportunidade de conhecer a Presidente da Associação dos Imigrantes de Leste “Kalina” no Porto, moldava, com um percurso de imigração em Portugal (onde reside desde 1999) interessantíssimo, e um verdadeiro exemplo de

integração e mediação intercultural. Docente universitária no seu país natal, em Portugal exerceu funções desde empregada doméstica, auxiliar de geriatria, empregada de balcão a assistente jurídica num escritório de advogados, a intérprete de russo e moldavo na barra dos tribunais.

Pessoa extremamente dinâmica, e conseqüentemente muito ocupada, apesar de assumir não ter tido oportunidade para o apoio inicialmente solicitado, para divulgação do estudo junto da comunidade da associação que preside, e do questionário remetido na sua versão online, cujos mails nem sequer terá visto (Anexo 16), demonstrou-se igualmente disponível para os eventuais momentos formativos ou reuniões anteriormente mencionados.

Por parte do Espaço – T, contacto iniciado em junho de 2018, talvez por ser um espaço mais vocacionado para as artes, como a Festa da Interculturalidade o demonstrou, não foi obtida resposta satisfatória, pelo contrário, apresentaram essencialmente dificuldades no acesso a informação eventualmente útil a este estudo. Um dos seus Técnicos Superiores, responsável inclusive pelo contacto com a população imigrante, junto de quem foi persistentemente efetuado contacto telefónico e por mail (Anexo 17), chegou a referir que o contacto com esta população não era fácil. Que ele próprio já havia tido um projeto no âmbito da saúde há uns anos, e que foi sempre tudo muito complicado, tendo encontrado inúmeras barreiras. Para além de que se encontrava numa fase muito complicada, muito ocupado e com muitos assuntos para tratar.

No dia 20/11/2018 foi estabelecido contacto telefónico com outra Técnica Superior desta mesma entidade, à qual foi enviado mail formalizando o contacto conforme o solicitado, nunca obtida qualquer resposta.

A morosidade e inconstância presentes no decurso da investigação atribuíram alguma insegurança na sua prossecução, e impossibilitou a implementação em pleno das estratégias de mediação planeadas. Pois as próprias instituições envolvidas não permitiram o avanço das atividades propostas sem o parecer da CES estar emitido; pelo que, apesar do adiamento incontornavelmente estipulado, foi inviabilizada a possibilidade de avaliar de forma experimental o impacto efetivo de intervenções num processo de mediação potencial.

“Apesar da evidência de necessidades especiais de saúde nas comunidades migrantes e da sua importância demográfica (...)”, como nos dizem Gonçalves et al. (2003, p. 56), ainda

que referindo-se a migrantes africanos residentes em Portugal, mas podendo esta noção ser transversal a todas as comunidades migrantes, a falta de abertura destas entidades foi deveras sentida na indiferença demonstrada aos intentos propostos ao dificultar esta possibilidade com pretextos de ordem burocrática ou logística, ou não ser dada sequer resposta quando solicitadas reuniões com os responsáveis para determinar um eventual momento formal de esclarecimento/ formação dos profissionais. Sendo que se constituíram igualmente num obstáculo incontornável no contacto com a própria população imigrante, quando podiam porventura ser um dos primeiros intermediários, com igual interesse em que o contacto fosse estabelecido.

Também a indisponibilidade, já esperada, dos participantes, sobretudo por parte da população imigrante, foi uma barreira complicada e praticamente inultrapassável para quem não dispõe de tempo útil e meios suficientes que permitissem deter maior disponibilidade. Porém, foram inúmeras as insistências de pedidos de participação, por diferentes vias de contacto, nomeadamente presencial, com mais de 5 ou 6 deslocações a um mesmo espaço comercial, sempre sem sucesso, porque não havia sido ainda preenchido o questionário, e nunca havia disponibilidade para o preencher no momento.

Alguns estudos referem um grande nível de adesão ao preenchimento dos questionários aplicados, associando de alguma forma o mesmo ao facto de terem envolvido indivíduos da própria população-alvo enquanto entrevistadores, o que terá permitido aumentar os níveis de confiança dos inquiridos, e a confidencialidade no tratamento da informação (Gonçalves et al., 2003). Na procura desta solução foram estabelecidas as parcerias mencionadas com entidades representativas e reconhecidas pelas diferentes comunidades, mas não foi notado o efeito expectável.

Assim, os resultados, talvez um pouco aquém do desejado, mas possíveis e apesar de tudo muito úteis devido a todas as vicissitudes e circunstâncias vivenciadas, serão agora apresentados e discutidos detalhadamente no capítulo seguinte, sempre que exequível sob forma fundamentada de acordo com a literatura disponível sobre esta temática.

RESULTADOS E REFLEXÃO CRÍTICA

As dificuldades e os obstáculos encontrados no processo de colheita de dados ultrapassaram todas as expectativas, mesmo as menos positivas. O processo foi de tal forma árduo e quase improficuo que frustrou demasiado uma das fases que se almejava

como das mais estimulantes e proveitosas, dado o contacto direto com a população-alvo, e o verdadeiro trabalho de campo a desempenhar, crucial ao contexto real de mediação.

Lamentavelmente, o desenho inicial foi inevitável e necessariamente alterado, sobretudo devido a preocupações manifestadas pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARS Norte, IP com o desenvolvimento desta componente prática, sobretudo no que respeitava à cedência por parte das unidades funcionais dos dados de identificação dos Utentes para realização das entrevistas, e à observação participante. Sendo que uma vez eliminados estes fatores, e modificado o instrumento de colheita de dados (inicialmente pensado como entrevista semiestruturada e alterado para questionário de autopreenchimento), apresentado de forma totalmente anónima e confidencial, foi manifestada a intenção de um parecer favorável (quase 8 meses depois da submissão do pedido), e eliminada inclusive a necessidade de consentimento informado. O que, por conseguinte, determinou a escusa de parecer por parte da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

No entanto, alegadamente devido a questões alheias à vontade e empenho da investigadora, por motivos inerentes ao funcionamento da CES, e a eventuais lacunas no desenvolvimento das suas atividades, o parecer só foi oficialmente emitido cerca de 15 meses após o pedido inicialmente submetido a 22/11/2017.

POPULAÇÃO IMIGRANTE

Começando pelo grupo da população imigrante, dos quase 50 questionários intitulados “Acesso ao Saúde em Portugal” / “Access to Health in Portugal” distribuídos das diferentes formas mencionadas, foram devolvidos apenas 11 – seis destes aplicados e respondidos na versão disponibilizada em língua inglesa e cinco em português.

Não tendo sido encontrado nos parcos estudos anteriores de forma preponderante, mas essencialmente especulativa, a relevância dos dados sociodemográficos, ou sequer a sua relação efetiva com a utilização dos serviços de saúde, não deixaram os mesmos de ser considerados pertinentes para breve caracterização da população visada, e argumentação com base na pouca evidência encontrada relativamente a alguns aspetos desta matéria.

Assim, seis dos participantes eram do género feminino e os restantes cinco do género masculino, sendo na maioria (sete) jovens com idades entre os 21 e os 35 anos, e apenas quatro com idades entre os 36 e os 50 anos. Tal como referem Abbott & Riga (2007) no

seu estudo com população de origem Bengalesa num bairro da zona Este de Londres, a proporção de indivíduos com idade inferior a 24 anos de idade supera os 40%. O que se verifica igualmente com a população inquirida, que sendo também a sua maioria de origem Bengalesa, a percentagem de população jovem é no caso superior a 60%, devendo estes dados serem analisados proporcionalmente à dimensão da amostra em causa, naturalmente.

Apesar de a dimensão da amostra obtida não permitir estabelecer qualquer tipo de relação a este nível, e não ter sido diretamente avaliado o grau de satisfação com a qualidade dos serviços de saúde prestados, será oportuno denotar que o fator género poderá ser relevante no reconhecimento das condicionantes no acesso aos cuidados de saúde. De acordo com Dias et al. (2008) num estudo realizado junto de utilizadores dos serviços do CNAI, em Lisboa, aos quais aplicaram questionários para identificação dos determinantes de saúde dos imigrantes em Portugal, as mulheres tendem a manifestar maior grau de insatisfação com o acesso aos serviços de saúde, nomeadamente no que concerne aos tempos de espera, porque na maioria das situações estas acumulam responsabilidades familiares e de trabalho a tempo inteiro que não lhes permite adaptarem-se aos horários de agendamento habitualmente disponíveis nas unidades de saúde. Isto pode ser um fator extremamente influenciador da utilização e procura dos cuidados de saúde por parte desta população.

Não tendo sido possível estabelecer uma relação absoluta entre a influência da nacionalidade e o tipo de utilização dos serviços de saúde por parte da população imigrante, são vários os estudos que enfatizam a importância de eventuais discrepâncias entre os países de origem e os de acolhimento no que à saúde diz respeito (Dias, et al., 2018). Havendo por vezes referência mesmo aos “aspectos de ordem social, cultural e étnica”, em que “Os factores étnicos podem condicionar a necessidade percebida de aceder aos serviços de saúde (...)” (Gonçalves et al., 2003, p. 63), salientando-se assim o papel dos costumes tradicionais e das crenças de saúde próprias da população em estudo, que neste caso não foi possível aprofundar melhor.

Dos 11 questionários devolvidos, a distribuição numérica da amostra, de acordo com a sua nacionalidade, é a seguinte:

- Bengalesa – 7 indivíduos

- Búlgara – 1 indivíduo
- Camaronesa – 1 indivíduo
- Indiana – 1 indivíduo
- Ucraniana – 1 indivíduo

Relativamente às habilitações literárias, esta população distribui-se essencialmente por três categorias: cinco com ensino secundário, quatro com bacharelato, e dois com licenciatura. A maioria dos inquiridos (cinco) apresenta agregados familiares com três membros, e os restantes, de forma equitativa, com um, quatro e mais de quatro membros, respostas dadas por dois dos inquiridos em cada uma das opções. Dos agregados compostos por quatro ou mais indivíduos, seis dos participantes afirmaram terem como membro uma criança de menor idade, dois indicaram haver três crianças menores, um com duas, e outros dois alegaram não terem crianças menores de idade no seu agregado familiar.

Curiosamente, os dados relativamente ao nível de instrução não são habitualmente considerados nos trabalhos de investigação pesquisados, mas poderão porventura ser relevantes na forma como a população imigrante poderá esta mais ou menos predisposta a aceder à informação disponível sobre o acesso e utilização dos cuidados de saúde no país anfitrião, bem como a dispor de conhecimentos essenciais a um melhor entendimento com os profissionais de saúde, de forma a ultrapassar algumas das barreiras expectáveis, quer linguísticas quer culturais.

Quando questionados sobre há quanto tempo residiam em Portugal, cinco referiram ser há mais de cinco anos, e os restantes dividiam-se em dois grupos de há menos de um ano (três dos participantes) e entre dois a três anos (os restantes três elementos).

Na pergunta de resposta aberta sobre a atividade profissional exercida, tendo havido apenas um dos participantes que não respondeu a esta questão, as profissões mencionadas foram as seguintes:

- Trabalhador da construção civil – um participante
- Cozinheiro – um participante
- Dona de casa – quatro participantes
- Eletricista – um participante
- Empregada doméstica – duas participantes

- Vendedor – um participante

No que respeita à motivação para a emigração, em que mais do que uma opção de resposta poderia ser assinalada, as razões com maior número de respostas foram “Oportunidade de trabalho” e “Razões familiares”, respostas dadas respetivamente por cinco participantes cada; seguidas do “Estatuto financeiro” respondido por dois dos inquiridos, “Formação académica” e “Outra”, sem a mesma ser especificada, opção de um indivíduo cada. Sobre a existência prévia de familiares ou amigos em Portugal, oito dos respondentes afirmaram que sim, e os restantes três que não.

O quadro 2 apresenta os resultados relativamente à utilização dos serviços de saúde em Portugal pela população de imigrantes inquirida.

Quadro 2 - Utilização dos serviços de saúde em Portugal por parte da população imigrante inquirida

Pergunta	Resposta					
11. Conhece as condições de acesso ao SNS, nomeadamente aos CSP?	Sim – seis indivíduos			Não – cinco indivíduos		
12. Está inscrito(a) em alguma unidade de CSP?	Sim – nove indivíduos			Não – dois indivíduos		
13. Se não, quando recorreu pela primeira vez a um serviço de saúde, e qual o motivo?	Nunca fui. (um respondente)					
14. Qual o tipo de serviço a que recorreu?	Serviço privado (um respondente)					
15. Identifique o grau com que experimentou cada uma das situações a seguir descritas, no acesso aos CSP?		0	1	2	3	4
	a) dificuldades linguísticas no atendimento	Um	Zero	Três	Um	Três
	b) dificuldades burocráticas	Um	Um	Zero	Dois	Três
	c) dificuldades de contexto sociocultural	Dois	Três	Dois	Zero	Zero
Assinalando entre 0 (Nunca experimentou) e 4 (Quase sempre).	d) encaminhamento da sua situação de saúde/doença	Um	Dois	Um	Três	Zero
	16. Se considera a barreira cultural como um dos principais obstáculos no acesso mencionado na questão anterior, por favor exemplifique.					
Sem respostas.						

17. Se aplicável, qual(is) o(s) elemento(s) que identifica como facilitador(es) neste processo?	Duas respostas: Gentileza e disponibilidade dos enfermeiros/ Ajuda por parte dos enfermeiros	
18. Qual(is) a(s) sugestão(ões) que gostaria de fazer para eventual melhoria dos serviços neste âmbito?	Quatro respostas: Necessidade de resposta mais rápida. / Profissionais melhor preparados para ajudar. / Profissionais de saúde mais treinados. / Formação de funcionários.	
19. Por último, conhece os serviços disponibilizados pelo CNAI?	Sim – dois indivíduos	Não – sete indivíduos

Fonte: Questionário aplicado à população imigrante da cidade do Porto, 2018

Relativamente à participação da população imigrante neste estudo, a análise deste quadro consiste num ponto essencial a esta discussão, sobretudo quando, ainda que em reduzida escala dada a dimensão da amostra, os resultados obtidos corroboram os apresentados em estudos anteriores.

Vários são os autores, em contexto nacional e internacional, que salientam o desconhecimento das condições de acesso aos serviços de saúde como fator primordial para a sua limitação - “Bangladeshis are not aware of the available services and what they can expect to receive.” (Abbott & Riga, 2007, p. 937); “(...) a lack of awareness of available services, which can act as a barrier to the use of health services” (Dias et al., 2008); constatação reforçada num trabalho de investigação recente coordenado por esta mesma autora:

A falta de confiança nos serviços e a consequente subutilização dos mesmos por alguns grupos pode também estar associada à escassez de conhecimentos sobre o direito ao acesso à saúde e sobre o modo de funcionamento dos serviços de saúde nos países de acolhimento. (Dias, et al., *Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes*, 2018, p. 36)

No entanto, torna-se interessante o facto de quase metade dos inquiridos ter afirmado desconhecer estas condições de acesso, e apenas dois não se encontrarem inscritos numa unidade de saúde, sendo que destes um afirmou nunca ter recorrido a um serviço de saúde, e o outro indicou que quando o fez pela primeira vez recorreu a um serviço privado. Mas ao analisar melhor este ponto nos questionários individuais, verifica-se, tal como indicado pela literatura, que um dos fatores predisponentes para este tipo de utilização poderá ser o tempo de estadia em Portugal, uma vez que estes dois participantes referiram residir em Portugal há menos de um ano (Dias, Severo, & Barros, 2008).

Alguns estudos (...) indicam que muitas vezes a sua utilização dos serviços modifica-se progressivamente com o aumento do tempo de residência, desde a não utilização ou utilização ocasional dos serviços de emergência até à utilização regular dos serviços de cuidados de saúde primários). (Dias, et al., Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes, 2018, p. 33)

Situação porventura comprovada pelos restantes participantes que se encontrarão de facto inscritos em unidades de CSP, e afirmaram estarem imigrados em Portugal há mais de dois anos, sendo que cinco deles estarão mesmo há mais de cinco anos.

Quando inquiridos sobre a frequência dos diferentes tipos de dificuldades sugeridas no acesso aos cuidados de saúde (apesar de haver participantes a afirmarem nunca ter experimentado qualquer das dificuldades referidas) sem grande surpresa, a maioria apontou as dificuldades linguísticas, burocráticas e o encaminhamento da sua situação de saúde/ doença.

Situação confirmada por inúmeros autores (Dias et al., 2012; Dias et al., 2010; Dias et al., 2008; Gonçalves et al., 2003; Maurício, 2009; Stampino, 2007) que indicam de entre as várias dificuldades possíveis no acesso e na utilização dos serviços de saúde “diferentes níveis de barreiras e/ou obstáculos (...) as legislativas, estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas.” (Dias, et al., 2018, p. 33)

Sendo por sua vez positivamente surpreendente, e como tal contrário aos dados obtidos por todos os autores referidos, que a grande maioria dos respondentes tenha afirmado nunca ou raramente ter experimentado dificuldades de contexto sociocultural; o que, por conseguinte, implicou a ausência de respostas à pergunta 16. Poder-se-á depreender desta situação que, tal como referem Dias et al. (2012, p. 1), “Indeed, national efforts have been made in the last decades to improve health services by immigrants in Portugal.”

Exemplo disto mesmo é a mais recente publicação do Observatório de Migrações, em dezembro de 2018 - o Caderno Estatístico OM #2 – Migrações e Saúde em números: o caso português (Oliveira e Gomes, 2018), como forma de assinalar as quatro décadas do Serviço Nacional de Saúde português, em que é afirmado:

Um melhor conhecimento das relações entre migrações e saúde, nomeadamente por via da recolha e sistematização de dados neste domínio, pode auxiliar os decisores políticos na identificação e compreensão da complexidade dos determinantes de saúde que induzem à heterogeneidade no estado de saúde das populações, no acesso e utilização dos serviços de saúde, e nas necessidades, seja das populações residentes seja dos sistemas de saúde. Este conhecimento pode orientar no desenvolvimento ou aprofundamento de políticas e de medidas orientadas que se adequem à promoção do acesso e utilização dos serviços de saúde por imigrantes em Portugal. (Oliveira & Gomes, 2018, p. 303)

As respostas dadas à pergunta 17, em que os inquiridos identificam os enfermeiros como principais facilitadores do processo, reforçam igualmente os dados apresentados na literatura revista, quando autores como Gonçalves & Matos (2016, p. 631), citando no seu artigo Reis et al., afirmam que

nos enfermeiros, as competências culturais se constroem de uma forma processual no contexto dos cuidados (...) têm a possibilidade de identificar as áreas deficitárias ao nível dos conhecimentos e habilidades culturais, tomando consciência do património cultural dos utentes;

ou ainda Dias et al. (2011, p. 515) quando referem no seu estudo que

Os enfermeiros distinguiram-se dos médicos e dos administrativos no que respeita ao factor relacionado com as competências sociais e culturais dos profissionais de saúde. (...) o grupo dos enfermeiros pode estar mais sensibilizado do que os restantes grupos para a importância destas questões.

Das sugestões dadas em resposta à pergunta 18 para a eventual melhoria dos serviços, depreende-se que, apesar da pequena dimensão da amostra, os resultados obtidos são significativos, pois são mais uma vez transversais aos dados partilhados por vários autores nos seus estudos, em que é destacada a importância da formação de profissionais de saúde adequada ao contexto. (Dias et al., 2018; Dias et al., 2012; Dias et al., 2010; Gonçalves & Matos, 2016)

Também o desconhecimento sobre os serviços providenciados pelo CNAI demonstra o que alguns autores apontam como falta de divulgação e sensibilização para os recursos existentes e as eventuais redes de suporte essenciais à integração da população imigrante nos países de acolhimento (Dias et al., 2018; Stampino, 2007).

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Gonçalves et al. (2003, p. 63) destacam no seu estudo “a importância dos costumes tradicionais e das crenças de saúde próprias” da população imigrante, sugerindo “um padrão de utilização dos serviços de saúde modernos apenas em caso de doença aguda e séria”, dado que “Os profissionais dos centros de saúde (principalmente os não médicos) podem tender para atitudes mais “controladoras” e exigentes, uma vez que os cuidados estão mais normatizados”. Este poderá ser um dos motivos por que esta população “tende a não utilizar os serviços disponíveis” (Dias et al., 2011, p. 512), entre outras das inúmeras dificuldades associadas a “características do indivíduo (...) da relação entre profissionais e utentes (...) e dos próprios serviços de saúde.” (Ibid.)

Ainda de acordo com estes mesmos autores, a maioria dos estudos baseia-se essencialmente na perspetiva das populações imigrantes, havendo “escassa informação sobre as preocupações e experiências dos profissionais de saúde”, quando “Uma maior compreensão das perspetivas dos profissionais pode permitir identificar potenciais oportunidades de intervenção que permitam uma maior adequação dos serviços de saúde às populações imigrantes.” Simultaneamente, “um melhor conhecimento sobre as diferenças entre os vários grupos profissionais” poderá “contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais adequadas aos seus perfis e necessidades.” (Dias et al., 2011, p. 513)

Com estes mesmos propósitos, o questionário “Interculturalidade na Saúde” foi aplicado online, através do envio por correio eletrónico para os Coordenadores de cada uma das unidades de saúde familiar dos respetivos ACeS, conforme orientações recebidas, a 451 profissionais de saúde (263 do ACeS Porto Ocidental e 188 do ACeS Porto Oriental), distribuídos da seguinte forma pelos três setores profissionais envolvidos: 163 médicos, 166 enfermeiros e 122 secretários clínicos. Sendo que do total de inquiridos apenas 34 responderam, resultando nos dados a seguir apresentados.

Do total de respondentes (55,9% eram do ACeS Porto Ocidental e 44,1% do ACeS Porto Oriental) 70,6% eram do género feminino e 29,4% do género masculino; a maioria com mais de 50 anos (41,2%), 38,2% na faixa etária dos 36 aos 50 anos e 20,6% tinham entre 20 e 35 anos. Segundo Dias et al. (2012, p. 4), de acordo com os dados obtidos no que afirmam ter sido o primeiro trabalho de natureza quantitativa neste âmbito, desenvolvido com 320 profissionais de saúde dos CSP da região de Lisboa, não foram observados efeitos do género ou idade nas atitudes demonstrados perante a população imigrante. Contudo, tal como neste estudo, foi igualmente identificada uma tendência relativamente à idade, sendo que “Older generations tend to be less tolerant and have stronger feelings toward immigrants due to a higher adhesion to conservative values (...) as shown in other studies.” (Dias et al., 2012, p. 5), situação de alguma forma verificada nas respostas dadas às questões de resposta aberta analisadas adiante neste capítulo.

Em termos de categoria profissional, 55,9% eram médicos, 26,5% enfermeiros e 17,6% secretários clínicos, com a seguinte distribuição no que respeita a habilitações literárias:

- Mestrado – 20,6%
- Pós-graduação – 8,9%

- Licenciatura – 50% □ Bacharelato – 2,9%
- 12.º ano de escolaridade – 14,7%
- 9.º ano de escolaridade – 2,9%

Caracterizando-se esta distribuição por um nível habilitacional graduado ou pósgraduado, como seria expectável dada a predominância de médicos e enfermeiros na amostra obtida. Estes dados podem ser relevantes na medida em que, conforme demonstrado no estudo de Dias et al. (2012, p. 5), os funcionários do foro administrativo apresentaram atitudes menos positivas face à população imigrante, o que poderá ser explicado pelas suas funções específicas no que respeita à inscrição destes utentes, o que acarretará padrões de contacto e experiência diferentes, com potenciais implicações na utilização e acesso destes serviços pelos mesmos.

Estes autores referem ainda que estudos anteriores indicam que indivíduos com habilitações literárias mais baixas poderão ser igualmente menos tolerantes e revelar uma atitude negativa para com a população imigrante, sendo que os secretários clínicos têm habitualmente um nível de escolaridade inferior ao dos médicos e dos enfermeiros, como é o caso também da amostra aqui em estudo.

Com menos de 5 anos de tempo de experiência em CSP responderam 5,9%; 26,5% 6 a 10 anos; 14,7% com 16 a 20 anos; 17,6% com 11 a 15 anos; tendo a maioria – 35,3% - mais de 20 anos de experiência.

Relativamente à dimensão da lista de utentes a grande maioria (76,5%) afirmou ter mais de 1750 utentes inscritos, com os restantes 23,5% com um total entre 1501 e 1750 utentes. Destes, 90% dos inquiridos afirmaram ter menos de 10% de população imigrante de origem não lusófona inscrita, e 8,8% negaram a existência de utentes não lusófonos inscritos nas suas listas.

De acordo com a informação prestada por estes participantes, havendo a possibilidade de indicar mais do que uma opção de resposta e ainda com campo disponível para resposta aberta, apresentam-se os resultados em valores numéricos e não em percentagem sobre a(s) nacionalidade(s) não lusófona(s) predominante(s). Assim, foi apontada a nacionalidade chinesa por 21 dos inquiridos, seguida da ucraniana por 16 respondentes, 12 dos participantes indicaram a indiana, oito a romena, quatro a marroquina, a bengalesa por três respondentes, a turca por dois, e por último a nepalesa, a espanhola, a inglesa, a russa, a venezuelana, e a búlgara referidas por um participante cada. Tendo havido um

que afirmou desconhecer se haveria uma nacionalidade predominante, um outro que indicou várias em simultâneo, e cinco que referiram a nacionalidade brasileira, decerto por lapso na interpretação da questão apresentada.

Lamentavelmente, pelos motivos já apresentados no capítulo sobre as parcerias estabelecidas, não foi possível aplicar questionários a imigrantes de outras nacionalidades que não as agora documentadas. Teria sido porventura oportuno e interessante comparar algumas das respostas no âmbito das dificuldades sentidas pela população chinesa, por exemplo, que é a indicada como maioritária pelos profissionais de saúde inquiridos.

Quando questionados sobre os fatores que identificariam como condicionantes no contacto com esta população, mais uma vez com a possibilidade de seleção de mais do que uma das opções de respostas e com resposta aberta, os participantes responderam de acordo com a informação apresentada no quadro 3.

Quadro 3 – Testemunhos sobre fatores que condicionam o contacto dos profissionais de saúde com a população imigrante não lusófona

Resposta	Total de respondentes
Competências linguísticas	23
Desconhecimento dos direitos e deveres da população imigrante	11
Competências sociais e culturais	6
Identificação do histórico de saúde/doença	16
Preconceitos relativamente a contextos culturais diferentes	3
Alteração frequente de residência e meios de contacto	15
Resposta aberta (3 respondentes): Tempo de consulta inadequado sobretudo se não falantes de português ou língua estrangeira comum/ Hiperfrequentadores/ Inscrição por iniciativa própria há anos na minha lista	

Fonte: Questionário aplicado à população de profissionais dos CSP dos ACeS Grande Porto V e VI, 2018

Estes dados, quando analisados à luz dos resultados de estudos anteriores, confirmam mais uma vez os fatores já percecionados pelos profissionais de saúde como dificultadores do contacto com a população imigrante, naturalmente com as competências linguísticas em destaque, seguidas da identificação do histórico de saúde/doença, e alteração frequente de residência e meios de contacto. (Dias et al., 2018; Dias et al., 2011; Gonçalves et al., 2003)

Apesar de com uma menor preponderância, mas igualmente presente, e, por conseguinte, relevante dado o seu significado, surgem os preconceitos relativamente a contextos

culturais diferentes, manifestados por três dos participantes, e, as competências sociais e culturais apontadas por seis respondentes. Situação igualmente identificada por Dias et al. (2011); Dias et al. (2010); Ferguson & Candib (2002) e Gonçalves & Matos (2016), entre outros, nas suas investigações.

Não menos importantes foram as respostas dadas por três dos inquiridos que destacaram o que Dias et al. (2012, p. 5) já haviam mencionado no seu trabalho “health workers described that interaction with immigrant patients is often difficult and provision of care generates feelings of work overload, anxiety and frustration”; ou ainda Abbott & Riga (2007) ao verificarem que os profissionais de saúde participantes no seu estudo caracterizavam a população imigrante, no caso Bengalesa, como “inappropriately demanding on the NHS”.

Quando solicitada a identificação específica de exemplos sobre competências sociais e culturais como um dos fatores condicionantes, cinco indivíduos manifestaram a informação constante do quadro 4 a seguir apresentado.

Quadro 4 - Testemunhos sobre competências sociais e culturais como fatores condicionantes

Testemunho I	Desconhecimento dos hábitos e costumes, o que dificulta muitas vezes a continuidade de cuidados no que respeita por exemplo à determinação de um plano alimentar adequado a um quadro de Diabetes. Também implica por vezes alguma inibição no que respeita ao toque terapêutico, pois sei que há contextos em que não é permitido tocar na cabeça de uma criança. São situações para as quais precisamos de formação específica para podermos prestar cuidados mais personalizados.
Testemunho II	Variedades culturais nas crenças de saúde
Testemunho III	Dieta
Testemunho IV	Conhecimentos sobre hábitos e estilos de vida culturalmente diferentes, regras sociais e religiosas, bem como o desconhecimento do funcionamento do SNS e especificidade da MGF por parte da população imigrante (tanto pelo abuso, por exemplo a solicitar encaminhamento para especialidades hospitalares sem critérios para tal, como pelo não seguimento apropriado ao faltar a consultas de vigilância apropriadas)
Testemunho V	Religião

Fonte: Questionário aplicado à população de profissionais dos CSP dos ACeS Grande Porto V e VI, 2018

Nesta questão, os participantes manifestaram opiniões um pouco transversais às apresentadas no quadro 3, corroborando novamente as diversas conclusões referidas já por diferentes autores, tal como Dias et al. (2010, p. 258) quando indicam que “os administrativos realçaram as questões relacionadas com os procedimentos de acesso aos cuidados, enquanto que os médicos e os enfermeiros salientaram o desconhecimento dos

profissionais sobre as práticas culturais e religiosas e a sua influência na prestação de cuidados.”.

Quanto ao conhecimento sobre as condições de acesso da população imigrante não lusófona ao SNS, nomeadamente os CSP, 58,8% dos inquiridos respondeu que sim, e os restantes 41,2% responderam que não. Pelo que à questão sobre a identificação de lacunas neste âmbito, seis dos profissionais de saúde participantes no inquérito responderam da conforme os testemunhos constantes do quadro 5.

Quadro 5 – Testemunhos respeitantes ao conhecimento sobre as condições de acesso da população imigrante não lusófona ao SNS

Testemunho I	Logo na primeira linha de atendimento a falta de formação dos elementos do setor administrativo, nomeadamente no âmbito de domínio de uma língua estrangeira como a inglesa. E a falta de divulgação de informação nos organismos próprios para o efeito.
Testemunho II	Burocracias na legalização
Testemunho III	tem pouco acesso a usf, são mais encaminhados para as UCSPs
Testemunho IV	a noção que tenho é que estes imigrantes têm acesso ao SNS como qualquer outro habitante de nacionalidade portuguesa - chegam, são inscritos imediatamente em listas de utentes com MF, pedem muitas consultas, querem fazer muitos exames e querem ser referenciados para muitas especialidades. A minha experiência é que esta população tem tido uma acessibilidade que chega a ser excessiva e a diminuir a acessibilidade da população mais antiga do CS.
Testemunho V	O desconhecimento da legislação da parte dos profissionais do SNS para inscrição dos mesmos
Testemunho VI	falta de médico de família/ atrasos na obtenção de vistos

Fonte: Questionário aplicado à população de profissionais dos CSP dos ACeS Grande Porto V e VI, 2018

Estes testemunhos fundamentam igualmente os dados mencionados na análise dos resultados anteriores, no que se refere ao perfil porventura inadequado dos profissionais do setor administrativo, à falta de resposta por parte dos serviços e burocratização do sistema, à falta de preparação dos próprios profissionais, e à presença de preconceitos relativamente à população imigrante quando é manifestado que “esta população tem tido uma acessibilidade que chega a ser excessiva e a diminuir a acessibilidade da população mais antiga do CS” (Testemunho IV, quadro 5).

Quando pedida a identificação de elementos facilitadores da acessibilidade desta população ao SNS, cujas respostas constam do quadro 6 a seguir apresentado, seis dos inquiridos responderam de forma talvez um pouco equivocada com o que era pretendido com esta questão, pois alguns dos testemunhos parecem indicar o que poderia ser facilitador e não o que de facto é, dos elementos atualmente existentes.

Quadro 6 – Testemunhos sobre identificação de elementos facilitadores da acessibilidade da população imigrante não lusófona ao SNS

Testemunho I	A disponibilidade e esforço por parte da grande maioria dos profissionais, que muitas vezes ultrapassam as suas competências para tentar ajudar.
Testemunho II	Depende do SEF
Testemunho III	Acesso
Testemunho IV	Google translator
Testemunho V	Formação específica e uma linha telefónica disponível em caso de dúvidas
Testemunho VI	Mais um médico família

Fonte: Questionário aplicado à população de profissionais dos CSP dos ACeS Grande Porto V e VI, 2018

Contudo, o testemunho I (quadro 6) salienta a questão já apontada por outros autores que também avaliaram a motivação e o envolvimento dos profissionais de saúde no planeamento de estratégias de melhoria do acesso que poderão contribuir para a adequação da prestação de cuidados no contexto da imigração. (Dias et al., 2010)

Sobre os fatores que condicionam o contacto por parte da população imigrante não lusófona com os serviços de saúde, a opinião dos respondentes divide-se da forma apresentada no quadro 7.

Quadro 7 - Fatores que condicionam o contacto da população imigrante não lusófona com os serviços de saúde

Resposta	Total de respondentes
Desconhecimento dos procedimentos e legislação inerentes	22
Carência de recursos económicos	8
Diferenças sociais e culturais	13
Receio de denúncia quando em situação irregular	10
Competências linguísticas	19

Fonte: Questionário aplicado à população de profissionais dos CSP dos ACeS Grande Porto V e VI, 2018

Igualmente sem surpresas, confirmando novamente as premissas de outros investigadores (Abbott & Riga, 2007; Dias et al., 2018; Dias et al., 2010; Gonçalves et al., 2003), e na sequência das respostas obtidas nas questões anteriores, os profissionais de saúde apontam como principais fatores condicionantes do contacto da população imigrante com os serviços de saúde o desconhecimento dos procedimentos e legislação inerentes, e as competências linguísticas, logo seguidos das diferenças sociais e culturais. Tendo sido distribuída de forma mais ou menos equitativa a carência de recursos económicos e o

receio de denúncia quando em situação irregular, como fatores igualmente presentes neste contexto.

Na questão relativa ao nível de conhecimentos sobre os hábitos e costumes da população imigrante, não lusófona, a quem prestam cuidados, podendo o mesmo ser classificado entre 1 (muito baixo) e 5 (muito alto), 11,8% responderam 1; quase metade (44,1%) dos indivíduos indicou o nível 2; 32,4% responderam 3; 8,8% responderam 4, e apenas 1 indivíduo (2,9%) indicou deter conhecimentos num nível muito alto, 5. Estes dados são mais uma vez consistentes com os de estudos anteriores, em que uma grande parte dos profissionais assumiu ter um nível de conhecimentos sobre as questões culturais da população imigrante razoável, ou até mesmo abaixo do razoável. (Dias et al., 2018; Dias et al., 2011)

No quadro 8 são apresentados os 30 testemunhos dos 32 respondentes que manifestaram a sua perceção sobre o comportamento desta população no que respeita à sua situação de saúde/doença, sendo que dois destes foram eliminados por se referirem exclusivamente a população proveniente do Brasil e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

Quadro 8 – Testemunhos sobre a perceção dos profissionais de saúde quanto ao comportamento da população imigrante não lusófona perante a sua situação de saúde/doença

Testemunho I	Um pouco dos dois extremos, desde preocupação e interesse a total desleixo, inclusive com os filhos menores, ao não comparecerem para o cumprimento dos planos vacinais, e ao mudarem de residência sem qualquer tipo de informação prévia.
Testemunho II	procura ativa nos cuidados de saúde
Testemunho III	Preocupados mas não cumpridores
Testemunho IV	MUITAS VEZES UM COMPORTAMENTO MUITO DESAGRADAVEL
Testemunho V	Negligencia
Testemunho VI	Pouco preocupada
Testemunho VII	Quando precisa recorre a nossa usf sempre foi assim há mais de trinta anos
Testemunho VIII	Seguem as consultas de Saúde Materna e Saúde Infantil na 1ª infância, mas após a 1ª Infância é mais difícil manter o seguimento.
Testemunho IX	Por um lado, medo porque estão sós e / ou longe do seu país, por outro porque têm outra capacidade de sofrimento e outros habitos
Testemunho X	Consumo excessivo de consultas
Testemunho XI	Preocupam-se pouco e não entendem o significado de consultas para promoção da saúde.
Testemunho XII	OS UTILIZADORES ADEREM BEM AOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE

	SAUDE MATERNA E INFANTIL DOS PRIMEIROS 2 ANOS DE VIDA
Testemunho XIII	Diferentes hábitos de prescrição
Testemunho XIV	Não entendimento dos deveres, mas só dos direitos.
Testemunho XV	Necessitam de maior número de consultas
Testemunho XVI	IDENTICA A PORTUGUESA
Testemunho XVII	Procuram preferencialmente cuidados de saúde agudos (e não de vigilância)
Testemunho XVIII	Normal
Testemunho XIX	muito pouco cumpridores, em relação a vacinas e consultas
Testemunho XX	Pouco utilizadora
Testemunho XXI	Boa
Testemunho XXII	igual como qualquer pessoa que sofra com uma qualquer dorlência
Testemunho XXIII	Verifico em geral um desconhecimento do funcionamento do SNS e especificidade da MGF por parte da população imigrante, tanto pelo abuso, por exemplo a solicitar encaminhamento para especialidades hospitalares sem critérios para tal, como pelo não seguimento apropriado ao faltar a consultas de vigilância apropriadas. Em alguns casos verifico surpresa e agradecimento pelos bons cuidados prestados pelo SNS.
Testemunho XXIV	Sabe quais dão os seus direitos
Testemunho XXV	Comportamento de procura de saúde adequado
Testemunho XXVI	Não aplicável
Testemunho XXVII	Parece-me semelhante à nossa
Testemunho XXVIII	População pouco informada
Testemunho XXIX	Pouco conhecimento
Testemunho XXX	quase nenhuma

Fonte: Questionário aplicado à população de profissionais dos CSP dos ACeS Grande Porto V e VI, 2018. Apresentando-se com alguma diversidade no tipo de respostas, mas total congruência com os resultados obtidos em estudos anteriores, como já referido, estes dados demonstram mais uma vez a complexidade que é a perceção de atitudes, e as inúmeras interpretações possíveis dum mesmo comportamento dependendo do sujeito que o está a analisar.

Mas, acima de tudo, demonstra de forma quase flagrante a incidência de atitudes menos tolerantes, que a literatura (Dias et al., 2012) identifica como tendencialmente atribuídas aos profissionais de saúde do setor administrativo e mais velhos, em opiniões como as verificadas nos testemunhos III e XIV (quadro 8), proferidas por dois elementos de secretariado clínico, com mais de 50 anos de idade e mais de 20 de experiência em CSP.

No testemunho XIV, acresce ainda o facto de ser o participante com menor nível de habilitações literárias.

Os comentários aparentemente mais positivos, compreensivos, ou até mesmo neutros, surgem, tal como sugerido por estudos anteriores (Dias et al., 2011; Gonçalves & Matos, 2016), por parte de profissionais mais jovens do setor médico e de enfermagem, com destaque para os enfermeiros com manifestações de eventual preocupação no acompanhamento desta população e prevenção de complicações como os testemunhos VIII, XII e XV (quadro 8).

Também o desconhecimento da finalidade dos CSP, e um comportamento algo desajustado, na perspetiva dos profissionais de saúde, é identificada nos testemunhos XI, XVII e XXIII (quadro 8), o que confirma novamente os dados obtidos por outros investigadores (Abbott & Riga, 2007; Dias et al., 2018; Gonçalves et al., 2003).

Quase a totalidade (88,2%) dos profissionais de saúde participantes manifestaram a intenção de lhes ser proporcionada a oportunidade de aquisição/ atualização de conhecimentos sobre este contexto de diversidade cultural. Enfatizando-se esta necessidade por uma percentagem semelhante, 82,4%, que indicaram desconhecer os serviços disponibilizados pelo CNAI.

Dados extremamente importantes que a literatura enfatiza (Abbott & Riga, 2007; Dias et al., 2018; Dias et al., 2010; Gonçalves & Matos, 2016), e que reforçam a pertinência da concretização deste contexto formativo, tal como Dias et al. (2011, p. 514) referem no seu estudo que “A aquisição de formação específica sobre a saúde dos emigrantes foi considerada por 82,9% dos participantes como importante para a sua atividade profissional.”

Como nos dizem Dias et al. (2018, p. 158), citando Campayo et al. (2006), Van Ryn & Burke (2000), Fuertes & Martín Laso (2006) e Ingleby et al. (2005),

As atitudes são um fenómeno complexo multidimensional que dependem da classe profissional e variam face a diferentes comunidades de imigrantes (...) os estereótipos, preconceitos e atitudes negativas têm sido reconhecidos como determinantes na qualidade da interação profissional-utente, podendo resultar na insatisfação dos utentes quanto aos serviços e potencialmente na sua não utilização.

Torna-se assim crucial investir na formação dos profissionais de saúde, no acesso à informação por parte da população imigrante, e continuar a promover trabalhos de investigação que explorem este contexto das atitudes em função das características

sociodemográficas dos seus utentes, avaliando o verdadeiro impacto na qualidade dos cuidados prestados. (Dias et al., 2018, p. 159)

CONCLUSÕES

Diferentes investigadores identificaram praticamente os mesmos problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e a população imigrante, com o risco que isto pode implicar. Desde diagnósticos desajustados, ao não cumprimento de tratamentos prescritos e a uma utilização inadequada dos cuidados de saúde disponibilizados. Os mesmos investigadores demonstraram que estes problemas não se confinam somente às questões associadas à barreira linguística, determinante sem dúvida, porém não exclusiva. As experiências individuais, as crenças no contexto de saúde/doença, as características culturais de um dado grupo de pertença, habitualmente discrepantes da comunidade autóctone em que os profissionais se inserem, aumentam o risco de lacunas importantes ao nível da comunicação.

Os resultados obtidos neste estudo permitiram confirmar estas mesmas constatações a partir das respostas dadas pelos participantes dos dois grupos da população alvo, que identificando eles próprios a necessidade de melhoria, ou porventura em alguns casos, aquisição de conhecimentos e saberes neste âmbito, admitiram assim as diferenças socioculturais existentes.

E assim se enfatizou o propósito essencial deste trabalho, pois uma vez reconhecidas as principais causas, pode considerar-se que o problema de investigação identificado é pertinente, e que o principal objetivo, que consistia em determinar a importância da mediação intercultural no acesso da população imigrante, não lusófona e residente no Porto, aos cuidados de saúde primários, foi atingido. Facilmente se percebe que os intervenientes neste processo se sentem muitas vezes desorientados, sobrecarregados e até mesmo isolados no desempenho dos seus papéis enquanto utilizadores e prestadores de cuidados. Torna-se necessário contrariar os preconceitos, as ideias erróneas, a desinformação, e, promover atitudes informadas, comportamentos adequados e níveis de acessibilidade eficientes.

Pois também as questões burocráticas se intensificam perante um quadro sociocultural complexo. Por isso, estudos anteriores destacam a importância da figura do mediador intercultural nos serviços de saúde, detentor de níveis de consciência e conhecimento culturais, que com o devido apoio organizacional poderá contribuir fortemente para o desenvolvimento de competências culturais recíprocas e uma maior proximidade entre a

população imigrante e os profissionais de saúde, envolvendo representantes de ambos os grupos e promovendo a cooperação mútua.

Com base na pesquisa da literatura efetuada, e no trabalho de campo realizado, foi possível dar resposta a todas as questões de investigação identificadas, considerando-se por isso extremamente satisfatório o desenvolvimento deste percurso académico.

No entanto, no que aos objetivos específicos diz respeito, estes foram parcialmente colmatados, pois não foi possível concretizar as sessões formativas, dirigidas aos profissionais de saúde, e inicialmente planeadas. Contudo, os obstáculos que assim o determinaram, criaram a possibilidade de mais facilmente perceber o empenho e a disponibilidade dos intervenientes a um nível superior de gestão dos serviços, bem como identificar as lacunas de operacionalização neste processo, em que a consciencialização dos principais responsáveis pela organização dos serviços é premente.

O papel da mediação intercultural é aqui novamente realçado, pois será através da mediação intercultural que esta consciencialização e sensibilização de todos os envolvidos poderá ser trabalhada. Somente através de mediadores interculturais, preferencialmente membros das comunidades em questão, como referido por diferentes autores, poderá ser todo este processo agilizado e operacionalizado eficazmente. Os mediadores interculturais poderão ser a ponte essencial para a promoção da autoconsciencialização de eventuais atitudes inadequadas e baseadas no desconhecimento sobre culturas diferentes, procura efetiva de aquisição de competências a este nível, e consequentes melhorias significativas no âmbito da comunicação.

Mas as instituições responsáveis pela prestação de cuidados de saúde, e todos os organismos que integram a rede de suporte à integração da população alóctone, terão que ser mais assertivos e proativos no seu campo de atuação, transpondo mais ativamente a teoria e demonstrando seriamente a sua aplicação prática. Para que a imagem característica de falta de recursos, falta de informação sobre o funcionamento e a organização dos serviços de saúde sejam ultrapassadas de facto; e falta de capacidade de resposta e de sensibilidade por parte dos profissionais, e a retenção de informação nos serviços centrais, deixem de ser uma realidade.

As barreiras encontradas a este nível foram demasiadas, e dificultaram consideravelmente a prossecução dos propósitos deste estudo como referido oportunamente em capítulo

próprio. A disponibilidade da investigadora para recorrer às entidades necessárias em tempo útil, cujos horário de expediente e disponibilidade dos responsáveis eram quase sempre incompatíveis, podem ter contribuído igualmente para a morosidade verificada. Porém, a persistência e o empenho foram incansáveis como se crê ter sido demonstrado, apesar dos inúmeros obstáculos que em muitos momentos pareciam crer frustrar os principais intentos.

Tendo sido este, tanto quanto é do conhecimento da autora à data, o primeiro estudo desenvolvido sobre esta temática no Porto, possivelmente mesmo na região norte do país, espera-se oferecer assim um contributo determinante para que outros investigadores, ou ainda a própria no desenvolvimento de uma nova etapa académica ou profissional, se debrucem sobre a mesma e assim possam igualmente despertar para um contexto que é já considerado relevante aos mais diversos níveis, e terá tendência a demarcar-se continuamente, incrementando assim a necessidade de cuidados culturalmente diferenciados e profissionais culturalmente competentes.

O desenvolvimento deste tipo de trabalhos, e outros que versem ainda mais especificamente as necessidades em saúde da população imigrante, e os seus padrões de utilização dos cuidados de saúde, deverão ser uma meta global e de âmbito local, regional e nacional. Para que os problemas ora identificados, e as soluções presentemente sugeridas, não sejam permanentemente repetidos e ainda proclamados dentro de uma ou duas décadas.

BIBLIOGRAFIA

- Abbott, S., & Riga, M. (2007). Delivering services to the Bangladeshi community: the views of healthcare professionals in East London. *Public Health*(121), pp. 935-941.
- ACM, I.P., A. (2015). Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020.
- ACM, I.P., A. (24 de fevereiro de 2019). <https://www.acm.gov.pt/-/cnaicentro-nacionalde-apoio-ao-imigrante>. Obtido de <https://www.acm.gov.pt/inicio>.
- ACM, I.P., A. (2019). <https://www.acm.gov.pt/pt/-/cnaiporto>. Obtido em 8 de março de 2019, de <https://www.acm.gov.pt>.

- ACM, I.P., A. (5 de março de 2019). <https://www.acm.gov.pt/pt/-/servico-de-traducaotelefonica>. Obtido de <https://www.acm.gov.pt>.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., Normand, J., & Task Force on Community Preventive Services. (2003). Culturally Competent Healthcare Systems A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3S).
- Azevedo, J., Vieira, I., Azevedo, A. S., Magalhães, P., Dias, S., & Martins, F. (2009). *Porto Solidário - Diagnóstico Social do Porto*. (F. d. Psicologia, Ed.) Porto: Universidade Católica Portuguesa | Centro Regional do Porto - Pólo da Foz.
- Baganha, M. I. (dezembro de 2005). Política de imigração: A regulação dos fluxos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 73, pp. 29-44.
- Baganha, M. I., & Marques, J. C. (2001). *Imigração e Política o Caso Português*. Lisboa: Fundação Luso Americana.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp. 5-12.
- Carvalho, M. A. (2013). Satisfação dos imigrantes chineses com os Cuidados de Saúde Primários . Relatório de um estudo realizado numa unidade de saúde da ARSC, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Chaer, G., Diniz, R. R., & Ribeiro, E. A. (2011). A técnica do questionário na pesquisa educacional. *Evidência*, 7(7), pp. 251-266.
- Delors, J. (1996). *Educação um tesouro a descobrir – Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Lisboa: Edições ASA.
- DGS, D.-G. (maio de 2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*.
- DGS, D.-G. (maio de 2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*.
- Dias, S., & Gonçalves, A. (setembro de 2007). Migração e Saúde. (ACIDI, Ed.) *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*(1), pp. 15-26.

- Dias, S., Gama, A., Gargaleiro, H., & Martins, M. O. (9 de julho de 2012). Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Human Health Resources*, 10(14), pp. 1-6.
- Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Gargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M., & Martins, M. d. (2018). Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações, I.P. (ACM, I.P.).
- Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Gargaleiro, H., & Martins, M. O. (2011). BARREIRAS NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS IMIGRANTES A Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 24, pp. 511-516.
- Dias, S., Rodrigues, R., Silva, A., Horta, R., & Gargaleiro, H. (2010). Procura de Cuidados e Acesso aos Serviços de Saúde em Comunidades Imigrantes: Um Estudo com Imigrantes e Profissionais de Saúde. *Investigação Original*, 24(6), pp. 253-259.
- Dias, S., Severo, M., & Barros, H. (7 de Outubro de 2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*(8), p. N/A.
- Eshiett, M. U.-A., & Parry, E. H. (May/June de 2003). Migrants and health: a cultural dilemma. *Clinical Medicine*, 3(3), pp. 229-231.
- Ferguson, W. J., & Candib, L. M. (2002). Modern Culture and Physician-Patient Communication. 34(5), pp. 353-361.
- Fonseca, M. L., Esteves, A., McGarrigle, J., & Silva, S. (setembro de 2007). Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. (ACIDI, Ed.) *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*(1), pp. 27-52.
- Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Fernandes, M. J., & Cabral, J. (Janeiro/Junho de 2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(1), pp. 55-64.

- Gonçalves, M. O. (2009). *Migrações e Desenvolvimento*. Porto: Fronteira do Caos.
- Gonçalves, M., & Matos, M. (29 de outubro de 2016). Competência Cultural na Intervenção com Imigrantes: Uma Análise Comparativa entre Profissionais da Saúde, da Área Social e Polícias. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 29(10), pp. 629-638.
- Horta, A. P. (2011). As políticas de imigração em Portugal. Contextos e protagonistas. *RILP - Revista Internacional em Língua Portuguesa*, 24, pp. 233-253.
- Horta, R., & Carvalho, A. (setembro de 2007). O Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante: uma estratégia de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. (ACIDI, Ed.) *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*(1), pp. 179-186.
- ICN, I. (2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. Conselho Internacional de Enfermeiros - Dia Internacional do Enfermeiro 12 de Maio de 2008. Genebra, Suíça: International Council of Nurses, ICN.
- INE. (17 de dezembro de 2012). *A População Estrangeira em Portugal 2011. destaque - informação à Comunicação Social*. Instituto Nacional de Estatística.
- INE, I. (2018). *ESTATÍSTICAS DEMOGRÁFICAS 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Jackson, J. A. (1991). *Migrações*. Lisboa: Escher.
- João H. C. António, V. P. (2011). *Os Imigrantes e a Imigração aos Olhos dos Portugueses*. Lisboa: Formação Calouste Gulbenkian.
- Marques, J. C., & Góis, P. (2011). A evolução do sistema migratório lusófono. Uma análise a partir da imigração e emigração portuguesa. *Revista Internacional em Língua Portuguesa*(24), pp. 213-231.
- Marreiros, L. R. (junho de 2010). *Acesso aos Cuidados de Saúde da população residente em Portugal de origem Chinesa*. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

- Maurício, I. L. (2009). Mais e novos imigrantes: que dificuldades para os profissionais nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, pp. 56-64.
- Monteiro, A. P. (2011). Migrantes somos todos - da estranheza do (des)encontro às identidades partilhadas. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 30, pp. 191-196.
- Monteiro, I. (2007). *SER MÃE HINDU Práticas e Rituais Relativos à Maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração.
- O Nosso Partido é o Porto, R. (6 de setembro de 2018). <http://ruimoreira2017.pt/comunidade-bangladesh-no-porto-homenageia-ruimoreira/>. Obtido de <http://ruimoreira2017.pt/>.
- Oliveira, A., & Galego, C. (2005). *A Mediação Sócio-Cultural: Um Puzzle em Construção (Vol. 14)*. (O. d. Imigração, Ed.) Lisboa: ALTO-COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO E MINORIAS ÉTNICAS (ACIME).
- Oliveira, C. R., & Gomes, N. (2018). *Indicadores de Integração de Imigrantes RELATÓRIO ESTATÍSTICO ANUAL 2018*. Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP), Lisboa.
- Oliveira, C. R., & Gomes, N. (2018). *Migrações e Saúde em números: o caso português. Observatório das Migrações*. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, I.P.).
- Ordem dos Enfermeiros. (20 de outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*.
- Padilla, B., Hernández-Plaza, S., Freitas, C. d., Massanet, É., Santinho, C., & Ortiz, A. (2013). *Cidadania e diversidade em saúde: necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados*. *Saúde & Tecnologia(Suplemento)*, pp. e57e64.
- Patarra, N. L. (2006). *Migrações internacionais: teorias, políticas e movimentos sociais*. *Estudos Avançados*, 20(57).

- Porto., o. (8 de março de 2019). <http://www.porto.pt/noticias/objeto-e-seus-discursos-homenageia-lingua-bengali>. Obtido de <http://www.porto.pt>.
- Ramos, M. N. (2012). Migração, Maternidade e Saúde. *Repertório*, 18 n. 1, pp. 84-93.
- Reis, A. C. (2015). Enfermeiros em contextos de multiculturalidade: dos discursos à prática clínica em CSP. *Revista da UIIPS*, 3, n. 5, pp. 58-74.
- Reis, A. M. (2014). *Da Multiculturalidade em Cuidados à Produção de Competências nos Enfermeiros*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Reis, A. M. (junho de 2016). Constrangimentos nos Contextos de Cuidados de Saúde: entre Profissionais de Saúde, Mediadores Interculturais e Imigrantes. *Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural*, pp. 143-157.
- Rodrigues, A. S. (dezembro de 2007). *A Sociedade Portuguesa face aos Imigrantes*. Coimbra: Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Rodrigues, T. F., & Ferreira, S. d. (2014). Portugal e a globalização das migrações. *Desafios de segurança. População e Sociedade*, 22, pp. 137-155.
- Romero, C. G. (2010). *Interculturalidade e Mediação (Vol. 4)*. (A. Gouveia, Trad.) Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, IP).
- Rutland, A., António, J. H., Policarpo, V. M., Vitorino, A., & Mota, I. (2012). *Os Imigrantes e a Imigração aos Olhos dos Portugueses*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Santinho, M. C. (2016). *Projetos de Mediação Intercultural na Saúde e sua implementação, em Portugal*. *Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural - Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural*, pp. 175-188.
- SEF, S. (2019). <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>. Obtido em cinco de outubro de 2018, de <https://sefstat.sef.pt>.
- Serrano, G. P. (1997). *Educação em valores*. Porto Alegre: Editorial Popular, SA.

- Setton, M. d. (2002). *Habitus: uma leitura contemporânea*. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo.
- Silva, A. C., Piedade, A., Morgado, M., & Ribeiro, M. d. (junho de 2016). *Mediação Intercultural e Território: estratégias e desafios*. Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural, pp. 9-29.
- Silvestre, T. F. (2010). *A saúde dos imigrantes em Portugal: Que necessidades em saúde? Que utilização dos cuidados de saúde?* Localidade: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Stampino, V. G. (2007). Improving access to multilingual health information for newcomers to Canada. *Journal of the Canadian Health Libraries Association*, 28, pp. 15-18.
- Torremorell, M. C. (2008). *Cultura de Mediação e Mudança Social*. Porto: Porto Editora.
- Vieira, R. (1999). *Histórias de Vida e Identidades. Professores e interculturalidade*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Vieira, R. (maio/agosto de 2013). *Etnobiografias e descoberta de si: uma proposta da Antropologia da Educação para a formação de professores para a diversidade cultural*. *Pro-Posições*, 24(2), pp. 109-123.
- Vieira, R., Margarido, C., & Marques, J. C. (2013). *Partir, chegar, Voltar... Reconfigurações Identitárias de Brasileiros em Portugal*. Lisboa: Edições Afrontamento.

ANEXOS

ANEXO

ANEXO –

ANEXO –

ANEXO

