

Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas

**Articulação do Serviço Social no Acolhimento e Integração dos  
Migrantes dos PALOP nos Cuidados de Saúde Primários**

Maria de Fátima Santos Tolentino Garcia

Trabalho de dissertação submetido como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Serviço Social

**Orientadora:**

Professora Doutora Inês Amaro  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2018



Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas

**Articulação do Serviço Social no Acolhimento e Integração dos  
Migrantes dos PALOP nos Cuidados de Saúde Primários**

Maria de Fátima Santos Tolentino Garcia

Trabalho de dissertação submetido como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Serviço Social

**Orientadora:**

Professora Doutora Inês Amaro  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2018



## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho coincidiu em termos temporais com alguns acontecimentos marcantes de âmbito familiar. As fraquezas tiveram que se tornar forças e para isso contribuíram algumas pessoas a quem quero agradecer ao finalizar este percurso.

Aos profissionais que dispensaram parte do seu pouco tempo disponível e que gentilmente partilharam o seu dia-a-dia e as suas dificuldades.

À Rita que sem o seu apoio nas nossas jornadas laborais, não seria possível acabar este trabalho, o seu incentivo e entusiasmo cativante foi uma bolha de oxigénio.

À Sónia que partilhou as suas angústias, acontecimentos, partilhas importantes que contribuíram para o desenvolvimento do trabalho.

Ao ISCTE, aos seus profissionais e à Professora Doutora Inês Amaro pelo percurso que nos conduz aos vários trilhos e nos obrigam a refletir no melhor caminho.

Muito obrigada.



## RESUMO

A "Articulação do Serviço Social no Acolhimento e Integração dos migrantes dos PALOP nos Cuidados de Saúde Primários" constitui o tema desenvolvido neste trabalho de Dissertação de Serviço Social.

O objetivo do estudo consistiu em conhecer e caracterizar o acolhimento dos migrantes nas unidades de saúde, nos Cuidados de Saúde Primários, através do assistente social permitindo desta forma identificar os maiores problemas e constrangimentos.

O presente estudo insere-se no contexto da investigação qualitativa e envolveu para além das entrevistas informais a vários profissionais de saúde, entrevistas a profissionais do Serviço Social de três Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Foi elaborado um guião para a realização de entrevistas semiestruturadas e posterior análise de conteúdo.

De acordo com o testemunho dos profissionais do Serviço Social os maiores constrangimentos situam-se ao nível da formação aos profissionais, na necessidade de desenvolvimento das suas competências comunicacionais de forma a sistematizar a informação e o encaminhamento, tal como na capacitação do próprio migrante, na regularização das situações que se encontram condicionadas, porque sendo cidadãos não regularizados no território não tem acesso a subsídios institucionalmente concedidos.

A presente investigação conclui, que para os profissionais envolvidos no estudo é importante dotar as instituições, neste caso específico de capacidade para proporcionar uma resposta imediata, por exemplo, com recurso a fundos de manuseio de modo a não terem de solicitar a outras instituições/ministérios e aumento nos recursos humanos, com um maior número de profissionais de forma a dinamizar uma área de abrangência maior, ao colocar os profissionais alocados a vários serviços é difícil em agrupamentos com poucos técnicos conseguir abarcar todas as unidades funcionais, inclusive compromete a participação em projetos de intervenção na comunidade no âmbito da saúde pública. A existência de serviços de proximidade com a utilização de mediadores culturais também é um dos pontos focados como necessários. A capacidade de resposta dos serviços no encaminhamento célere também é influenciada pela localização dos serviços de proximidade e dos parceiros sociais.

Palavras-chave: Serviço Social, Cuidados de Saúde Primários, Assistente Social, Migrantes.





## ABSTRACT

“Social Work leading and working for PALOP (Organization of African Portuguese Official Speaking Countries) Migrants Integration and Hospitality at Primary Health Care Services”, is the developed theme in this Social Work Dissertation Thesis.

The study purpose consists on knowing and characterizing hosting migrants in the health units by the social worker, allowing to identify the major problems and issues on Primary Health Care Services.

The study introduce itself in quality research and involved casual interviews to several health professionals and Social Workers of three major Community Centers of Lisbon and Tagus Valley. A written script was followed throughout all semi-structured interviews, proceed by a content analyses.

According with social workers professionals testimonial the major issues felt are regarding professional level of training, in the development need of their communications skills and information in a way that simplifies all possible referrals, also for the migrant itself, going forward in conclusion of all official technical matters, because by being non-european citizen don't have access to any institutional grants.

In conclusion of the presente research, for all professionals involved in the study its importante in this particular case for imediate response, to provide institutions of working capital, giving some level of financial autonomy, without having to apply for higher institutional levels of hierarchy and increasing the human resource professionals, aiming a larger social intervention area. In pursuit of quality social work, increasing the human resources is the answer, allocating the existing number of professionals to all existing community care units and in several projects is definately compromising the social care and also compromising the participation on public health intervention community projects.

Proximity services focused on cultural diversity through cultural advocates is one of the necessary migrants response. Fast response capacity is influenced by the proximity services location and social partners.

Keywords: Social Work, Primary Health Care, Social Worker, Migrants.



## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b>	i
<b>RESUMO</b>	iii
<b>ABSTRACT</b>	v
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	ix
<b>GLOSSÁRIOS DE SIGLAS</b>	xi
<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	5
1.1. O acolhimento aos migrantes nos CSP	5
1.2. O acolhimento e a integração	7
1.3. Os direitos, o bem-estar e o “empowerment”	10
1.4. Os migrantes e o conceito de cidadania	13
1.5. Caracterização dos CSP e o seu papel no acolhimento e integração aos migrantes	15
1.6. Programas de integração aos migrantes e a sua interligação com o Serviço Social	16
1.7. O Serviço Social nos CSP, enquadramento e contextualização	19
1.8. O Serviço Social, o acesso em saúde e a interligação com os direitos humanos	23
<b>CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA</b>	31
2.1. Métodos de investigação/opções metodológicas	31
2.2. Caracterização do campo empírico – universo e amostra	31
2.3. Técnicas de recolha e de tratamento de dados	32
<b>CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	35
3.1. Caracterização do estudo	35
3.2. Caracterização do Serviço Social nos CSP	36
3.3. Necessidades identificadas pelos profissionais	45
<b>CAPÍTULO 4 – CONCLUSÃO</b>	47
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	51
<b>ANEXOS</b>	55
<b>Anexo A – Guião de entrevista semi-estruturada aos profissionais</b>	I



## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1** –Fatores e vetores da prática do Serviço Social nos CSP (“O Serviço Social nos CSP: Contexto, Perspetivas e Desafios Francisco Branco e Maria Farçadas em “Serviço Social na Saúde” (Carvalho, Irene, 2012:19)).

**Figura 2** – Modelo Conceptual do PNS (2015:13).

**Figura 3** – Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, 2013 (PNS 2013:18)

**Figura 4** - A saúde dos imigrantes em Portugal REV PORT Clin Geral (2009:5:45-55).



## **GLOSSÁRIO DE SIGLAS**

- PALOP** – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- ACeS** – Agrupamentos de Centros de Saúde
- ARSLVT** – Administração Regional de Saúde de Lisboa
- ACM** – Alto Comissariado para as Migrações
- EU** – União Europeia
- ACIME** – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas
- ACIDI** – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
- MIPEX** – Índice de Políticas de Integração de Migrantes (Migrant Integration Policy Index)
- APAV** – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
- CAVITOP** – Centro de Apoio a Vítimas de Tortura
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- EEE** – Espaço Económico Europeu
- CLAII** – Centros Locais de Apoio à Integração de Imigrantes
- SEF** – Serviços de Estrangeiros e Fronteiras
- CSS** – Cuidados de Saúde Secundários
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- UNICEF** – The United Nations Children's Fund
- USF** – Unidade de Saúde Familiar
- UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- IPSS** – Instituições Particulares de Solidariedade Social
- ONG** – Organização Não Governamentais
- OIM** – Organização Internacional para as Migrações
- DGS** – Direção Geral de Saúde
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- EPI-MIGRA** – Núcleo de Estudo Epidemiológico de Doenças Transmissíveis em Populações Migrantes
- IHMT** - Instituto de Higiene e Medicina Tropical
- URAP** – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
- UCC** – Unidade de Cuidados Continuados
- APSS** – Associação dos Profissionais de Serviço Social
- PNS** – Plano Nacional de Saúde
- FIAS** – Federação Internacional de Assistentes Sociais
- AIESS** – Associação Internacional de Escolas de Serviço Social





## INTRODUÇÃO

### **Da pergunta inicial ao trabalho final...os vários caminhos percorridos...**

Na primeira abordagem ao tema foi criada a expectativa de traçar os percursos de vida dos migrantes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) face à importância do processo migratório destas pessoas em Portugal e com o passado histórico de algumas ex-colónias mas com o desenrolar da exploração inicial, foram sendo abertos vários caminhos, dos quais um pareceu ser o mais adequado para o tema do acesso e acolhimento na saúde dos migrantes: O “olhar dos profissionais do Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)” e que todos os dias trabalham com e para esta população migrante.

A pergunta inicial transformou-se e através do “olhar” dos profissionais e dos seus testemunhos a pergunta de partida que perdurou foi:

- Como é que se intervém no acolhimento e no acesso dos migrantes dos PALOP aos CSP?

Inicialmente foi ponderada a questão de qual é a metodologia de intervenção seguida, mas a pergunta foi revista e passou a ser qual a prática? Qual a realidade da prática?

O que se pretende é uma melhor compreensão, conhecimento e caracterização do acolhimento dos migrantes nas unidades de saúde identificando os maiores problemas e constrangimentos assinalados ao nível dos CSP através do assistente social.

A pesquisa foi realizada inicialmente num dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do concelho de Lisboa, o ACeS de Cascais, mas avançou para o ACeS Lisboa Norte e para o ACeS Lisboa Central, tendo também abrangido outras unidades de saúde, através de entrevistas informais porque a intervenção tem um tronco comum que se traduz pelas regras gerais da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) onde se inserem os diversos agrupamentos e as orientações do Alto Comissariado para as Migrações (ACM) da dependência direta do Conselho de Ministros de onde provém vários estudos e constituem-se no apoio das administrações inclusivamente na ótica do acolhimento, palavra-chave que traduz o foco desta dissertação.

Este desvio do tema inicial deve-se às várias entrevistas exploratórias que “obrigaram” de certa forma a rever a abordagem.

O conhecimento empírico sobre o tema tornou-se uma mais-valia, mas ao mesmo tempo um constrangimento ao depararmo-nos com as várias fragilidades existentes no terreno que por vezes poderiam ser aparentemente colmatadas com um maior conhecimento da realidade. A comunicação ou a sua ausência provoca carências, ou melhor lacunas, para a resolução dos problemas. Os testemunhos dos profissionais elevaram esta pesquisa para um patamar diferente de descoberta e reflexão.

Esta dissertação concentra-se então em dois eixos de análise:

- Primeiro eixo: acolhimento na saúde nos CSP dos migrantes oriundos dos PALOP;
- Segundo eixo: o “olhar” dos profissionais através de entrevistas.

Para este trabalho foram utilizadas entrevistas informais e semi-estruturadas e um diário de campo para as questões que eram colocadas aos profissionais de forma oportunista. Face ao exposto o plano estrutural da pesquisa consiste em 4 capítulos.

O primeiro capítulo faz o enquadramento conceptual do acolhimento em saúde, a comunidade migrante, a cidadania, o acesso à saúde, a integração na saúde, a interligação com os direitos humanos e a caracterização e a atuação do serviço social nos CSP. O segundo capítulo a análise e interpretação da pesquisa baseada nos dados recolhidos, no terceiro capítulo a apresentação dos resultados e no quarto capítulo serão apresentados as conclusões da pesquisa.

## **MOTIVAÇÃO**

No desenrolar da minha atividade profissional na área da saúde surgia por vezes a interrogação sobre a capacidade de sobrevivência da população migrante proveniente dos PALOP, com características como a dificuldade com a língua, dialetos diferentes dentro das próprias comunidades adotivas, subserviência, medo e dificuldade na compreensão das próprias ajudas sociais que lhes são oferecidas. Esta constatação desenvolveu um sentimento de procura e de compreensão sobre esta realidade social.

Reconhecendo a saúde como o pilar da sociedade, Portugal é um dos países da Europa que tem desenvolvido projetos para garantir, o acesso à saúde por todos os migrantes residentes, com situação regularizada ou por regularizar. A nenhuma pessoa é negado o acesso aos cuidados de saúde.

A fragilidade desta população e a necessidade de saber lidar com a diversidade cultural por parte dos profissionais de saúde desenvolveu a motivação que conduziu a esta investigação. As fragilidades desta população são conhecidas, mas e os profissionais? Esta interrogação colocou-se no meu caminho e considerei necessário compreender como é os profissionais se posicionavam perante esta problemática, como é que atuavam, como geriam as dificuldades, como era a sua atuação...

Em termos de enquadramento legal, Portugal é reconhecido a nível internacional, como um dos países que tem a legislação mais adequada na garantia dos direitos da população migrante tal como foi referido no Seminário Migração e Saúde que decorreu no dia 8 de junho de 2017, que reuniu uma série de investigadores sobre esta temática.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde, regulamentada pela Lei nº 48/90 de 24 de agosto (...) *“são beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, para além de todos os cidadãos portugueses e dos cidadãos nacionais dos Estados – membros da União Europeia, do Espaço Económico Europeu e da Suíça, os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade e os cidadãos apátridas residentes em Portugal.”*

Naturalmente ressalta-se que o sucesso da estratégia da saúde, tal como em todas as áreas de âmbito social e da política social, depende dos decisores políticos, aventurando-me a dizer das suas boas ou más decisões. Na prática os profissionais de saúde também têm de tomar decisões que interferem diretamente com a vida das pessoas que todos os dias procuram os CSP e são acolhidas por profissionais de saúde que deverão ter como objetivo fundamental servir o cidadão com o melhor acolhimento possível, tendo sempre presente o princípio da igualdade e da equidade.



## **CAPÍTULO 1 - Enquadramento teórico**

### **1.1. O acolhimento aos migrantes nos CSP**

“Entre os obstáculos identificados no processo de integração das comunidades migrantes, o acesso à saúde figura entre os mais relevantes” (Carballo et al., 1997).

A saúde é um dos palcos onde o Serviço Social se operacionaliza, é uma tradição histórica que se posiciona com a própria evolução da saúde e com a sua abordagem em relação ao indivíduo, ao utente. Os migrantes são um foco de atenção de qualquer comunidade que acolhe, especialmente ao nível da saúde, dessa forma é importante compreender como se processa o acolhimento e a integração na saúde, com especial ênfase nos CSP.

Ao longo deste trabalho encontramos contributos para a compreensão do acolhimento aos migrantes na saúde. A integração dos migrantes nos países de acolhimento levanta questões fundamentais sobre o conceito de cidadania e identidade destas pessoas que se deslocam para outro país, para outras sociedades e para outros usos e costumes. “Nas sociedades europeias contemporâneas, a imigração, a cidadania e a identidade tornaram-se elementos-chave” (Beja Horta, 2008: 345).

“As atuais políticas de imigração e de integração dos imigrantes, não podem ser dissociadas das políticas da identidade através dos quais os processos de inclusão e exclusão estão estreitamente associados às dinâmicas de identidade nacional e à construção e representação do “Outro”, em determinados contextos históricos” (Beja Horta, 2008: 346).

A forma como o acolhimento é realizado aos migrantes traduz de certa forma a política do Estado à imigração, neste âmbito, as práticas relativas ao acolhimento refletem a posição do Estado e da sociedade nas comunidades migrantes, ou seja, as políticas de inclusão das populações migrantes não estão dissociadas das políticas vigentes. Com a chancela da Comunidade Europeia foram criadas diretrizes específicas que os estados-membros terão de cumprir.

Portugal teve um percurso histórico colonial, um processo de descolonização e de adesão à União Europeia (EU), ou seja, Portugal tem um percurso de transnacionalização do Estado. “O acesso à UE produziu um novo espaço de construção de identidade e um referente simbólico em relação aos quais foram erguidas novas fronteiras, enquanto outras se dissolveram substancialmente” (Beja Horta, 2008: 347).

Ressalte-se também que o espaço europeu desencadeou processos de exclusão ou restrição especialmente da população proveniente dos países terceiros, sendo que as

respostas dos países europeus são diferentes apesar das tentativas de harmonização e as denominadas “convergências”.

Em Portugal, depois de 1994, com a criação do Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) foram implementadas diversas medidas legislativas que fomentaram a integração e diluíram a discriminação.

A Lei Orgânica nº 2 /2006, de abril de 2006 (Lei de Nacionalidade), foi um dos patamares chave para Portugal demonstrar que adere a um dos regimes de cidadania mais inclusivos da UE. Dessa forma poderemos caracterizar Portugal como um dos países de acolhimento mais favorável aos migrantes em termos de enquadramento legislativo. No Seminário Migração e Saúde que decorreu em 8 de junho de 2017 esta referência ao enquadramento jurídico favorável foi mais uma vez referida e apresentada.

Beck e Minuz (2008:2), referem que o acolhimento em saúde deve contribuir para a construção de uma ética da diversidade, da tolerância com os diferentes, da inclusão social e do comprometimento com a cidadania. Esta ideia traduz o acolhimento esperado ou melhor o necessário no contexto atual para o cidadão colocando no mesmo grau os conceitos de ética, diversidade, inclusão e cidadania. É esse patamar no acolhimento que esperamos encontrar nos CSP.

Não nos podemos esquecer que o “ato de emigrar constitui, só por si, um fenómeno gerador de stress” (Estrela, Paulo 2009:45), esta afirmação exemplifica que qualquer migrante vive uma situação que deve ser acautelada pelo país de acolhimento face à vulnerabilidade dos migrantes e das suas famílias, o que nos remete para o conceito de integração. Como criar as condições necessárias na comunidade que permitam a inclusão do migrante? A inclusão na saúde é fundamental devido às vulnerabilidades que são específicas à condição de migrante, especialmente com a população proveniente dos PALOP, público específico da resposta esperada. As situações de pobreza conduzem à exclusão e para identificar e sinalizar estas situações é importante o papel desempenhado pelo Serviço Social e pelas instituições de resposta social.

“Vemos, ouvimos e lemos não podemos ignorar”

Sophia de Mello Breyner Andresen

## 1.2. O acolhimento e a integração

“O acolhimento designa a maneira de receber alguém e, na ação social, o próprio ato de acolher” (Robertis 2011:14).

Para os migrantes é de extraordinária importância a forma como são acolhidos e tal como é referido a relação entre a saúde e imigração é uma das prioridades dos decisores políticos em quatro vertentes fundamentais, sendo a primeira, o acolhimento, seguindo-se a integração, os direitos e o bem-estar das famílias migrantes. Em Portugal, o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), integrou no Plano para a Integração dos Migrantes, cerca de noventa medidas tendo em vista estas vertentes, tal como vem expresso no Plano Estratégico para as Migrações. São questões de fundo e basilares para o contexto atual e constituem-se num desafio permanente a nível mundial, europeu e nacional.

Na vertente do acolhimento e na integração surge-nos a questão social e económica da desigualdade. “A desigualdade no acesso aos serviços é considerada uma ameaça aos valores sociais, económicos e aos objetivos da Europa” (EHMA, 2004).

Quando transpomos o acolhimento para a saúde surge a responsabilidade na medida em que envolve a saúde do indivíduo e da própria comunidade. O aumento dos fluxos migratórios obriga a uma maior atenção por parte da sociedade, com especial ênfase para a saúde pública e por inerência para a intervenção do Serviço Social.

O acolhimento em saúde envolve uma cadeia de intervenientes. O primeiro degrau de acesso, ou patamar como preferirmos designar, serão nos CSP com o seu conjunto de unidades funcionais de saúde ou vulgarmente denominados pela sua anterior designação de centros de saúde, na medida em que se constituem na principal estrutura para um sistema de saúde e a porta de entrada.

É nos CSP que normalmente o migrante surge quando procura resolver algum problema de saúde para si ou para a sua família. É neste patamar do acolhimento que se estabelece a relação com o migrante. O acolhimento em saúde é também uma forma de estabelecer uma relação. Os profissionais dos CSP pela sua proximidade junto às populações são o elo de ligação fundamental e essencial para a compreensão das populações migrantes nas suas diversas interações. Estrela (2009:45) refere que “prestar cuidados à população imigrante pressupõe, não apenas reduzir os fatores de risco e tratar a doença, mas, igualmente, promover o suporte social necessário tanto a estes doentes como às suas famílias, de modo a que, efetivamente se consigam eliminar as disparidades encontradas quando se comparam os cuidados de saúde prestados a estas populações com os dispensados à população autóctone”.

Neste âmbito o acesso tem de estar assegurado além da existência da parte legal da lei que protege, também tem de existir a prática. Em 2003, Dixon et al. levantaram esta consideração sobre a capacidade que o migrante tem de usufruir dos serviços. No artigo da revista Migrações é referida esta condição na medida em que a “igualdade de utilização (dos serviços de saúde) implica a igualdade na sua utilização efetiva” (Imigração e Saúde. Setembro:2007). Esta constatação implica para além do conceito do acesso e do acolhimento, o conceito da integração. Sem integração o migrante mantém a mesma fragilidade porque apesar de ser o detentor do direito não o sabe utilizar, “igualdade em termos de acesso implica que os indivíduos que deles necessitam tenham oportunidades idênticas de os utilizar” (Dixon et al. 2003 in revista Migrações:30).

Como refere Amaro (2015:186), “estar integrado é, efetivamente, estar ligado à sociedade a que se pertence por um conjunto de laços e de relações que se constituem como a rede de suporte”. É importante que o migrante esteja inserido e integrado de forma a desenvolver os laços que necessita para evitar a exclusão que conduz a uma forma marginal de estar na sociedade.

Em 2015 no último estudo do Índice de Políticas de Integração de Migrantes (MIPEX – Migrant Integration Policy Index), Portugal foi considerado o segundo país do mundo que melhor acolhe e integra migrantes num ranking mundial em que constam 38 países. Em 2011, Portugal já tinha tido esta posição apenas atrás da Suécia. A legislação é favorável à integração ao contrário de outros países da Europa. No conceito de integração e neste foco específico da integração em saúde deverá estar incluído na prestação de cuidados o suporte social necessário tal como vem referido num artigo de Estrela, Paulo (2009:45), “prestar cuidados à população imigrante pressupõe, não apenas reduzir os fatores de risco e tratar a doença, mas igualmente, promover o suporte social necessário tanto a estes doentes como às suas famílias, de modo a que, efetivamente se consigam eliminar as disparidades... (...)”

Em relação ao acolhimento de curto e integração de longo prazo de migrantes existem algumas instituições que emitem recomendações sobre a forma como deve ser processado o acolhimento aos migrantes e um dos pontos focados é em relação aos direitos, o migrante deve ser informado dos direitos que lhe assistem na medida em que na maior parte dos casos não os conhecem, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), o Centro de Apoio a Vítimas de Tortura (CAVITOP) e a Fundação Serra Henriques entre outras referem na suas recomendações “(...) os migrantes recolocados têm direitos reconhecidos e consagrados no âmbito do direito internacional e do direito português; contudo, a população em geral desconhece os direitos que assistem a estes migrantes, sendo fundamental garantir a informação sistemática, incluindo aos próprios migrantes que devem receber informação sobre os direitos de que gozam após a chegada ao território nacional”.



Esta afirmação coloca a questão como é realizada a transmissão da informação para os utentes e para os profissionais de saúde? Os profissionais de saúde recebem a formação necessária para conseguirem dar a resposta adequada? Segundo Estrela (2009:47), “os profissionais de saúde não possuem formação específica na área da multiculturalidade, tendem a responder de forma inadequada às situações que se lhe deparam” (...) “torna-se necessário implementar a formação e educação dos prestadores dos cuidados de saúde na área da multiculturalidade, dando-lhe a conhecer a importância que os aspetos culturais têm nas atitudes e comportamentos dos indivíduos em situação de saúde ou de doença”. Constata-se que a inclusão ou a não inclusão social interfere diretamente com os cuidados de saúde, o mesmo autor refere que os ganhos em saúde dependem fortemente de políticas sociais adequadas e pela implementação de medidas que promovam a inclusão social.

Este apelo à integração no seu conceito pleno para o migrante é coadjuvado por outros autores tal como já referido anteriormente por Amaro (2015:186), “a integração para evitar a exclusão da sociedade”. Remete-nos novamente para o conceito de integração e de interculturalidade. Integração para evitar a exclusão e a interculturalidade como processo que desenvolve as características necessárias para a interação das pessoas provenientes de outros locais, com diferentes culturas, hábitos e religiões, tal como as ações de comunicação para a saúde que deverão ser direcionadas para a prevenção e na proximidade com o cidadão, e aqui o Serviço Social como serviço de proximidade deverá promover e implementar todas as ações necessárias para aumentar a equidade e a integração na comunidade da população migrante, iniciando o processo através do acolhimento, estabelecendo a relação.

A legislação atual sobre os migrantes incide sobretudo sobre os acordos de saúde e como enquadrar os vários tipos de migrantes no acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) como constatamos ao ler o “Manual de acolhimento no acesso ao sistema de saúde de cidadãos estrangeiros” editado pelo Ministério da Saúde em 1 de janeiro de 2014 no ponto 2.2 do manual surge-nos a determinação legal dos Acordos de Cooperação no domínio da saúde celebrados entre Portugal e os PALOP.

Constata-se que existe uma preocupação política efetiva na garantia que o acolhimento e o acesso aos migrantes exista, na medida em que foram implementadas ações de formação ao nível da ARSLVT e todas as unidades de saúde receberam este manual de forma a auxiliar na compreensão sobre o acolhimento em saúde com os seus respetivos procedimentos de forma a garantir os direitos e o cumprimento dos deveres inerentes à aplicação dos procedimentos, a questão que se coloca é se a divulgação de manuais e as ações de formação pontuais, serão suficientes para manter as boas práticas no acolhimento aos migrantes.

### **1.3. Os direitos, o bem-estar e o “empowerment”;**

Quando identificamos as quatro vertentes constantes em qualquer plano de saúde (acolhimento, integração, direitos e bem-estar) e incluímos os direitos, é porque o direito à emigração é um Direito Humano. Os movimentos migratórios fazem parte da condição humana e o direito à saúde é um direito humano fundamental regulamentado na lei portuguesa, tal como refere Trindade, “A mobilidade, além de ser um Direito Humano, é um fator positivo não só para os cidadãos como para as sociedades, seja para as de origem como para as de acolhimento” (Trindade, 2007).

“O estado de saúde dos indivíduos e a procura de cuidados de saúde é por vezes também uma causa de mobilidade” (WHO, 2003 a). Como enquadramos a situação dos migrantes ao nível dos direitos, com o foco nos direitos humanos?

O Decreto-lei n.º 111/2000, de 4 de julho (Regulamenta a Lei n.º 134/99, de 28 de agosto, no tocante à prevenção e à proibição das discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica), e o artigo 13 da Constituição com o princípio da igualdade também defende a igualdade, a equidade e a não discriminação.

Portugal tal como outros países da Europa (por exemplo a “Declaração de Amesterdão para Hospitais amigos dos migrantes numa Europa etno-culturalmente diversa”, na qual são feitas recomendações para uma política de saúde amiga dos migrantes), tem desenvolvido projetos para garantir em igualdade de circunstâncias o acesso à saúde por todos os migrantes residentes com situação regularizada ou por regularizar. A nenhuma pessoa é negado o acesso aos cuidados de saúde independentemente de se encontrar com a situação regularizada ou não de acordo com a Lei de Bases da Saúde, regulamentada pela Lei nº 48/90, de 24 de agosto (...) “são beneficiários do SNS, para além de todos os cidadãos portugueses e dos cidadãos nacionais dos Estados – membros da UE, do Espaço Económico Europeu (EEE) e da Suíça, os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade e os cidadãos”.

A nenhuma pessoa é negado o acesso aos cuidados de saúde na medida em “a pessoa humana sobrepõe-se à cidadania enquanto critério de atribuição de direitos fundamentais” segundo Saraiva Matias (55:2014), ou seja todas as pessoas têm por direito o direito à saúde e neste âmbito aos cuidados de saúde. Os direitos fundamentais estão essencialmente interligados com a pessoa e não com o estatuto de cidadão. São valores que não podem ser ignorados em qualquer sociedade, o respeito à vida, à dignidade, à igualdade e à liberdade. Não é possível a negação dos direitos fundamentais à população migrante pois são os direitos que poderemos classificar como os grandes direitos de todas as pessoas,

inultrapassáveis por nenhum Estado. Poderemos dizer que os direitos dos migrantes são incorporados nos direitos humanos, apesar de a regulação sobre a população migrante depender da soberania dos Estados.

Clarificando, os migrantes não regularizados são titulares dos direitos que são inerentes à dignidade humana. Os direitos sociais, pelo menos alguns encontram-se na constituição como direitos humanos, por exemplo o direito à saúde. O direito à saúde é um direito social, mas pode ser considerado como direito humano. Citando Saraiva Matias “o direito à saúde pode ser considerado um direito social, mas possui, certamente, uma dimensão de direito humano na medida em que a sua denegação, em caso de emergência, pode constituir um risco para a vida ou a integridade física de uma pessoa” (Matias: 41), ao negar-se a assistência pode colocar-se em risco a vida da pessoa e passa para o estado de direito humano inegável.

O conceito de bem-estar é visto como um valor e um direito mas o nível do Serviço Social como refere Ferreira (77:2011), “tratamos o conceito de bem-estar como um valor, um elemento constitutivo de uma cidadania plena de toda e qualquer pessoa, que, inserida na sociedade tem como direito humano a possibilidade de acesso às melhores condições e qualidade de vida.

Outro conceito associado ao bem-estar é o conceito de desenvolvimento pessoal, ou seja, como é referido em Ferreira (79:2011) “este conceito integra entre outras dimensões as de valorização das potencialidades individuais e sua adaptação ao desenvolvimento”, ou seja, “cada pessoa é ator da sua evolução e do seu desenvolvimento”.

Do desenvolvimento pessoal caminhamos para o conceito de “empowerment”, que pode ser considerado como conceito político mas também necessário para a população migrante de forma a combater a exclusão, Robert Adams (2003) citado em Vieira (130:2017) define-o como “os meios através dos quais os indivíduos, grupos e ou comunidades, se tornam capazes de controlar as circunstâncias e atingir os objetivos, sendo a partir daí, capazes de trabalhar para se ajudarem uns aos outros e maximizar a qualidade das suas vidas”. Os migrantes e as comunidades migrantes devem ser ajudadas a conseguir atingir o “empowerment” necessário e a capacitação necessária para conseguirem a integração na sociedade de acolhimento.

Para Mayer (cit. in Vieira, 2017:130) o “empowerment” refere-se ao processo pelo qual as pessoas, os grupos e as comunidades, adquirem a capacidade de exercer um poder real, o que implica ser capaz de escolher, ter os meios para tomar uma decisão e estar em condições para agir deste modo. Como podemos capacitar os migrantes, fragilizados, com poucos meios de subsistência e conseguir fazer escolher, tomar decisões e com condições mínimas asseguradas? O mesmo autor defende que “antes de termos capacidade coletiva

para exercer o poder de decisão temos de tê-la a nível individual e este processo implica trabalhar simultaneamente, quatro componentes essenciais: a participação, a competência técnica, a autoestima e a consciência crítica”. Mayer (cit. in Vieira, 2017:130) Como conseguir este patamar com os migrantes? Segundo Mayer (2001) deve-se considerar o utente/cidadão como parceiro dos profissionais de intervenção social, não por terem papéis iguais, mas pelos seus papéis serem complementares.

Para Faleiros (cit. in Vieira 131:2017), o “empowerment” é entendido como estratégia de intervenção do Serviço Social para alterar as relações sociais, através da apropriação do poder, implicando os sujeitos na decisão e na afetação de recursos. Realmente os profissionais aplicam este reforço como estratégia de capacitação, mas com esta população tão frágil é difícil assegurar a sua efetividade.

Sandra Lima (1983) citada em Vieira (131:2017) “considera que a dificuldade de os utentes participarem nas instituições ou organizações que fornecem serviços de proteção ou ação social se deve, sobretudo, à diferença de culturas (cultura académica e cultura popular), a qual se manifesta através da linguagem e dos procedimentos exigidos”. Esta afirmação aplicada aos serviços de saúde faz sentido com o que já foi apontado anteriormente, as barreiras linguísticas e as dificuldades de comunicação são dois aspetos cruciais para um mau acolhimento em saúde, não estando o terreno preparado para gerir estas situações, a figura dos mediadores culturais desapareceram nos CSP, sendo utilizados nos serviços os Centros Locais de Apoio à Integração de Imigrantes (CLAI) ou associações implementadas e desenvolvidas nos bairros de forma adjacente, subsidiadas por vezes através do poder local com fundos comunitários. No Brasil aparece-nos a figura dos Agentes Comunitários associados ao Serviço Social sendo a sua principal função a de intermediários nas comunidades e na interligação com as equipas de saúde.

A mesma autora Sandra Lima citada em Vieira (131:2017) diz-nos que “as organizações recorrem a uma linguagem burocrática e técnica que não é conhecida dos utentes ou da população sem escolaridade, sendo este o primeiro fator de inibição para o cidadão que se dirige a um serviço”. A forma como se comunica com os migrantes é fundamental para conseguir transpor barreiras. Questiona-se será suficiente o que se faz para o acolhimento e a integração ao migrante? Consegue-se assegurar os seus direitos e a providenciar o seu bem-estar? Os profissionais conhecem e aplicam? Está ao alcance de todos os profissionais?

#### 1.4. Os migrantes e o conceito de cidadania

“Para a concretização do exercício dos direitos de cidadania têm de estar estruturados os princípios de integração social e a criação de condições sociais mínimas.” (Mozzicafreddo:1994), uma citação de 1994, mas ainda totalmente adequada ao contexto atual. Segundo Saraiva Matias (55:2014), a cidadania corresponde ao vínculo que liga um indivíduo a determinada comunidade política.

Como é que se introduz ou integra o conceito de cidadania nos migrantes tal como referido em Matias (2014:55), “a cidadania corresponde ao vínculo que liga um indivíduo a determinada comunidade política”, como é que se constrói esse vínculo para conduzir à inclusão e integração? Como é que conseguimos incentivar uma cidadania ativa com políticas de subserviência? Como é que conseguimos o equilíbrio das políticas económicas e monetárias e assegurar direitos sociais e manter uma aplicação justa das políticas sociais? No texto de Hermano Carmo in Carvalho, (2014:113-114) refere um deficit de cidadania existente, e para colmatar sugere uma estratégia global de educação para a cidadania com dois eixos, o primeiro eixo desenvolvimento como pessoa e o segundo eixo o desenvolvimento cultural, social e político. O conceito de que o indivíduo tem de ser autónomo, construir uma identidade única a partir do seu potencial individual e tem de ter a aprendizagem para lidar com a diversidade e a aprendizagem da democracia. O que o autor refere é uma base educacional que gera no indivíduo a capacidade de se sentir pessoa, única e incluída na comunidade em que se deverá inserir.

Para assegurarmos os direitos do cidadão, o papel do Estado como agente ativo é fundamental. Faleiros, afirma “a cidadania se fortalece nas relações Estado/Sociedade, nas mediações concretas das políticas sociais, que tornam o campo de intervenção da acessibilidade, apoio e acompanhamento dos usuários” e segundo ainda o mesmo autor “os deveres do Estado são por sua vez, direitos do cidadão”, a questão da cidadania levanta diversas questões sobre o migrante que tal como o nacional terá de integrar-se na comunidade, na saúde com as mesmas limitações”. Faleiros, (2008:60)

A cidadania está ligada às políticas sociais de integração e a inserção no trabalho, como se pode falar em cidadania ativa a quem não tem emprego e vive de subsídios, como pode participar ativamente em escolhas, quem não tem escolhas e vive dependente e com receio que lhe retirem os subsídios quando não tem mais nada? A pessoa perde a sua identidade como pessoa, sente-se excluída, marginalizada.

Como se processa com o migrante que caso se encontre em situação não regularizada tem medo de ser obrigado a regressar ao país de origem. Como é que o

profissional atua perante os diversos contextos? Como é que o profissional atua na situação de acolhimento na saúde perante a situação de uma pessoa ou de uma família migrante? Além das desigualdades de rendimentos, também temos níveis baixos de participação ao nível da educação o que é determinante para o exercício da cidadania. Como se processa a nível local com a integração dos migrantes, esta questão torna-se pertinente na medida em que as políticas de âmbito nacional são operacionalizadas a nível local.

Para promover a cidadania ativa tem de existir o “chão comum” como refere Espada (1995:131), caso contrário apenas temos um enumerado de leis, decretos, portarias e “desejos” que apenas tem lugar no papel e inserem-se muito bem num manifesto eleitoral. A política social existe com toda a legislação subjacente com direitos e deveres especialmente deveres muito bem delineados como é o caso do rendimento social de inserção, o “benefício” da isenção de taxas moderadoras, mas um programa específico para capacitar o cidadão e da promoção da pessoa não encontramos facilmente delineado.

Atualmente o conceito de cidadania assume um carácter supranacional através da UE e da “denominação” de estados-membros como pertença a um órgão que decide um programa e controla toda a atividade socioeconómica, apesar de mantermos o conceito de soberania da mesma forma no entanto as políticas de integração ao migrante também têm diretrizes comuns, aliás face à atual situação dos refugiados encontramos numa fase transitória porque o caminho tem de ser ainda mais inclusivo do que tem sido e será na certa, uma preocupação mundial e não apenas europeia.

O Estado deve ser o garante da cidadania. Para assegurarmos os direitos do cidadão, o papel do estado como agente ativo é fundamental, só com a criação de políticas de intervenção para assegurar as necessidades básicas de saúde, de educação, cultura, meio ambiente, rendimento mínimo é que conseguimos aplicar os direitos de todo o ser humano, do ser cidadão e viver em cidadania.

A preocupação com o exercício da cidadania em pleno não está espelhada nas políticas sociais do nosso país. Citando Mozzicafredo (1994), “O limite sociológico” à expansão dos direitos sociais que o desenvolvimento da cidadania, ou seja, o condicionamento relativamente aos constrangimentos fiscais do Estado-Providência e à eficácia das políticas sociais nomeadamente nos segmentos mais carenciados bem como a relação entre a universalidade dos direitos sociais e a justiça social redistributiva”.

Como é que os profissionais promovem o exercício da cidadania e a integração na saúde da população migrante neste contexto? O que pensam os profissionais sobre a sua intervenção? É um esforço árduo para os profissionais do Serviço Social.

A imigração pode ser considerada segundo alguns autores como uma fase de transição para a cidadania na medida em que a população migrante acaba por desejar na

grande maioria dos casos naturalizar-se no país de acolhimento. “Imigração como transição” como descreve Matias (2014:51) significa que um imigrante se encontra, logo que estabelece residência permanente, num processo de passagem a caminho da cidadania. Outro autor Hiroshi Motomura citado em “Migrações e Cidadania” (Matias,51:2014) refere-se aos migrantes como “cidadãos em espera”. Para o autor o fim ou o objetivo do imigrante é a naturalização, ou seja, no caso específico na maioria dos migrantes PALOP este é realmente o objetivo pretendido com a imigração. Não colocam como outros migrantes a hipótese de regressar, mas sim pretendem a reunificação familiar, ou seja, conseguem trazer para o país de acolhimento os familiares que ainda se encontram no país de origem. No entanto a tese de Motomura foca-se nos migrantes com a situação regularizada e a grande maioria dos migrantes PALOP só conseguem regularizar a sua situação numa fase posterior apesar de todos os esforços das entidades competentes, neste caso específico do Serviços de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) temos uma franja na sociedade portuguesa que ainda se encontra em situação não regularizada. O processo é demorado e exige alguns trâmites que muitos não conseguem ultrapassar um dos quais a parte monetária porque implica alguns custos, e alguns não conseguem ter essa disponibilidade financeira que varia entre 600 e 700 euros o que perfaz mais do que um salário mínimo.

### **1.5. Caraterização dos CSP e o seu papel no acolhimento e integração aos migrantes**

O acolhimento em saúde exige um acesso efetivo aos serviços de saúde e aos cuidados em saúde, englobando todos os serviços de atendimento da saúde nas suas áreas fundamentais. No entanto, para este trabalho vamos ter como foco os CSP porque é através dos CSP que entendemos o caminho percorrido por estes migrantes, as suas necessidades e o nível de integração no SNS e na comunidade de acolhimento.

De acordo com o parecer do Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, (setembro 2012) que se transcreve, de forma a criar o entendimento necessário sobre a escolha dos CSP e não sobre os Cuidados de Saúde Secundários (CSS): “Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), conceito estabelecido em 1978 na Conferência de Alma-Ata organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela The United Nations Children's Fund (UNICEF), constituem a principal estrutura de um sistema de saúde, quer pela dimensão de problemas de saúde que resolvem (80 a 85%), quer pela diversidade de intervenções que asseguram. Atuam ao longo de todas as fases da vida e integram todas as modalidades de intervenção em saúde: promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, terapêutica adequada, reabilitação e reinserção social. Localizam-se

próximo da população e são pró-ativos para com os cidadãos, designadamente com os mais vulneráveis, contribuindo para promover a equidade e garantir o acesso aos cuidados de saúde. Promovem a participação ativa dos cidadãos no seu processo de saúde e no dos outros. Conferem, comprovadamente, mais efetividade e eficiência aos sistemas de saúde. Os CSP asseguram a maior fatia do total da prestação de cuidados de saúde à população (...).”

Nos CSP encontram-se as Unidades de Saúde Familiar (USF) constituem-se uma parte substancial da reforma dos CSP. Em 2007 vieram substituir os antigos centros de saúde e consolidaram o conceito de um médico de família para cada utente. Nas USF não existem situações de utentes sem médico de família atribuído, denominados de utentes sem médico. Este processo tem sido moroso, face ao contexto político e económico, mas que tem vindo a ser implementado gradualmente em todas as zonas do país com particular relevo na zona Norte.

Encontramos também nos CSP as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que normalmente são a porta de entrada dos migrantes no SNS e que normalmente acolhem os utentes que ainda não dispõem de médico de família atribuído, mas estas unidades funcionais encontram-se em funcionamento para prestarem os cuidados de saúde necessários.

O Serviço Social nos CSP assumiu um papel primordial pelas “medidas das políticas que foram introduzidas, nomeadamente a criação da Lei de Bases da Saúde em 1990 – Decreto-Lei nº 48, de 24/90, 24 de agosto” (Lopes et al., 2012), porque a sua permanência junto das unidades de saúde torna-se de certa forma imprescindível pela aplicação das medidas e como elo de ligação entre o médico, a pessoa e a instituição que acolhe permitindo a identificação das situações mais problemáticas e agilizando a melhor resposta de forma mais célere. Em síntese constrói a ligação na saúde que permite a solução mais adequada.

### **1.6. Programas de integração dos migrantes e a sua interligação com o Serviço Social**

No contexto da investigação foi importante encontrar para além de grupos/instituições que existem no âmbito da saúde pública para o estudo da população migrante e da sua interação na comunidade, vários projetos na área da saúde, mas com o Serviço Social como foco e no seio dos CSP.

Em Fevereiro de 2018 foi lançado um novo projeto na área da saúde que envolve diretamente a área do Serviço Social, a prescrição social no ACeS Lisboa Central com base



nas seguintes premissas “ cerca de 20% dos pacientes recorrem ao médico de família por problemas essencialmente sociais e não médicos; o SNS está sobre uma crescente pressão assistencial com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas; existem desigualdades sociais crescentes que resultam em que o mesmo problema de saúde tenha um impacto individual mais grave, em pessoas mais desfavorecidas ao nível socioeconómico”. “A prescrição social permite aos profissionais de saúde a referenciação dos utentes para um “link worker” para co-produzirem uma prescrição social (não-médica) de modo a melhorarem a sua saúde e bem-estar. Neste projeto foram identificados três elementos chave, respetivamente o profissional de saúde, médico ou enfermeiro de família, o link worker que é o assistente social e por último o sector comunitário e voluntário, ou seja, a junta de freguesia, a câmara municipal, as associações, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e as Organizações Não Governamentais (ONGs). Este exemplo pode servir de alavanca para o desenvolvimento de uma prática diferenciada de acolhimento e integração nos CSP e dá relevo ao papel do assistente social como elo de ligação ao cidadão/ utente.

O assistente social que lhes oferece uma conversa durante a qual podem aprender sobre as suas possibilidades e produzir as suas próprias soluções personalizadas, isto é coproduzir a sua prescrição social – de modo a que pessoas com necessidades sociais, emocionais e práticas são capacitadas para encontrarem soluções que vão melhorar a sua saúde e bem-estar, recorrendo a serviços prestados pelo setor comunitário e voluntário.

O timing da investigação coincide com o enfoque a nível internacional sobre a acessibilidade dos migrantes o que promove o desenvolvimento de vários projetos, a Organização Internacional para as Migrações (OIM) em parceria com a Direção Geral de Saúde (DGS), organizou em Faro, na Administração Regional de Saúde (ARS) Algarve no dia 28 de maio de 2018, mais uma atividade formativa intitulada “Promover a integração através da equidade em saúde – reunião de grupos de trabalho multidisciplinares”, com a duração de 7 horas. Esta ação foi replicada na ARSLVT no dia 15 de junho de 2018.

A atividade tinha por objetivo a análise de “standards de equidade” pré-definidos em 2014 por grupos de trabalhos internacionais e igualmente alargados à multidisciplinaridade. A ideia é analisar 5 standards a nível regional identificar necessidades de intervenção e propor medidas de melhoria na acessibilidade ao migrante no SNS. Após uma breve apresentação do projeto formativo e de alguns dados sobre migrantes da região do Algarve, a formação teve uma metodologia de trabalho em grupos multidisciplinares, onde foram discutidos os standards e propostas medidas de melhoria para cada um deles. Os grupos de trabalho foram previamente definidos e integravam profissionais da ARS, ACeS e elementos das comunidades locais de migrantes.

Globalmente as propostas de ação que a própria OIM apresentará à ARS Algarve contemplam os seguintes domínios:

- Formação alargada sobre acesso, enquadramento legal, procedimentos informáticos e sistemas de informação;
- Criação de redes internas e externas facilitadoras de comunicação;
- Definição do perfil do profissional Mediador Cultural;
- Uniformização de procedimentos através da divulgação de instrumentos já existentes e devidamente simplificados;
- Integração de objetivos nos Planos Regionais e respetiva estratégia de avaliação

Temos também o Núcleo de Estudo Epidemiológico de Doenças Transmissíveis em Populações Migrantes (EPI-MIGRA) e é liderado pela Unidade de Clínica das Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa.

Participaram como parceiros iniciais a Unidade de Doenças de Transmissão Sexual (IHMT), Conselho Português para os Refugiados, Liga dos Africanos e Amigos de África, AGIR XXI, Associação dos Jovens Promotores da Amadora Saudável.

Existem vários projetos de âmbito nacional e internacional que merecem a nossa atenção porque demonstram uma preocupação pela sociedade civil, pelo cidadão e pelo contexto institucional envolvente.

O Portal da Inovação Social é um espaço de comunicação e aprendizagem onde se pode encontrar recursos e soluções inovadoras de intervenção social e trabalhar em rede com as pessoas e organizações que partilham interesses afins no âmbito da inserção social e do combate às discriminações. Este Portal contribui para mudar as práticas sociais que respondam melhor às necessidades das pessoas e das sociedades assentes nos seguintes valores: “empowerment”, responsabilidade e iniciativa, cooperação e parceria, partilha e aprendizagem, respeito da diversidade e igualdade de género, valorização da qualidade e reconhecimento do mérito, “accountability” e avaliação. Este projeto traduz a necessidade de conhecimento de forma a criar um repositório de inovação social. São estes projetos que defendem uma cultura de intervenção social provocando o desenvolvimento do conhecimento, oportunidades de atuação, espaço de partilha e interações entre parceiros, comunidade e público-alvo.

Com um carácter diferente mas semelhante na intenção, também nomeamos o Pessis 2 – Promoting Employers Social Services Organizations in Social Dialogue que promove o diálogo social com as organizações empregadoras discutindo soluções conjuntas e estabelecendo uma plataforma representativa para empregadores nos sectores dos serviços sociais a nível europeu e os sindicatos que representam os trabalhadores.

Todos estes projetos servem para captar e desenvolver recursos, potenciar o diálogo entre as organizações criando plataformas de conhecimento que permitem uma intervenção mais assertiva e documentada.

### **1.7. O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários, enquadramento e contextualização**

#### **“O social faz, o social pode desfazer” Bourdieu (1993)**

“O Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o “empowerment” e a promoção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do Serviço Social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o Serviço Social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social” (FIAS, Definition of the Social Work Profession).

Para um melhor enquadramento teremos de refletir sobre a definição global da profissão de Serviço Social e dos seus profissionais. Os valores definidos por esta profissão passo a citar, justiça social, direitos humanos, responsabilidade coletiva e de respeito pela diversidade são valores comuns a várias áreas de intervenção e envolve a salvaguarda da “Pessoa” como indivíduo, como cidadão.

O Serviço Social na saúde foi reconhecido pela Lei da Organização Hospitalar (Lei nº2011, de 2 de abril de 1946), será depois consolidado pelo Regulamento Geral dos Hospitais – Decreto-lei nº 48358/68, 27 de abril de 1968. No âmbito dos CSP através do Decreto-lei nº 413/71 de 27 de setembro, estabeleceu a criação dos centros de saúde locais e distritais e na sua estrutura coloca o Serviço Social como unidade orgânica. A fragilidade aconteceu com o decreto sobre os Centros de Saúde de 3ª Geração em que elimina o Serviço Social como serviço e coloca como referencial para os cuidados na comunidade a enfermagem.

A análise ao texto de Francisco Branco e Maria Farçadas in Carvalho (2012:2) “o carácter unipessoal do Serviço Social nos centros de saúde não tem favorecido uma consolidação institucional semelhante à que se regista nas unidades hospitalares, apresentando-se como uma jurisdição institucional em construção e mais instável”. Constatase que não existe um modelo de referência para os assistentes sociais dentro dos CSP e uns ACeS têm alocados um ou dois assistentes sociais e outros mais um profissional, mas normalmente também se encontram no Gabinete do Cidadão, por vezes acumulam as

funções o que pode criar alguma dispersão ou não dependendo da forma como organizam o seu tempo de trabalho.

Esta mudança de paradigma ao nível institucional de retirar da legislação o papel do assistente social de intervenção nos cuidados na comunidade, também se reflete nos CSP na medida em que colocam estes profissionais dentro de um serviço denominado de Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) juntamente com outros técnicos de saúde como os psicólogos e os fisioterapeutas que alocam horas na sua prestação, como exemplo para um melhor entendimento, dividem o seu horário de trabalho pelas várias unidades do agrupamento de saúde, 7 horas para a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), 5 horas para “Intervenção precoce de crianças e jovens”, 5 horas para o Gabinete do Cidadão ou seja existe institucionalmente uma partilha real da sua atuação. Poderia eventualmente questionar-se se esta prática produz resultados efetivos e com valor acrescentado na resposta ou diminui a capacidade de resposta efetiva e apenas se consegue uma resposta reativa a cada situação. “Sustenta-se que os assistentes sociais devem ser integrados na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) não só porque devido ao seu carácter transversal é esta a unidade funcional cuja vocação melhor se compagina com a natureza do trabalho destes profissionais, mas também porque é aquela que melhor permite a observância de um funcionamento colegial e uma coordenação técnica e funcional dos assistentes sociais no ACeS. (...)” (APSS, 2008).

Este é o enquadramento atual dos assistentes sociais nos CSP, no entanto, apesar das recomendações da Associação dos Profissionais de Serviço Social (APSS) na prática ainda não se encontra implementado na constituição dos ACeS a organização do Serviço Social da forma prevista e desejada em 2008, devido à falta de recursos humanos. “Deve ser salvaguardado o funcionamento de um Núcleo Operacional de Serviço Social no seio desta unidade, que promova a colegialidade e o trabalho de coordenação técnica e funcional dos assistentes sociais e a prossecução, entre outros, dos seguintes objetivos: Estabelecimento de uma Carta de Missão do Serviço Social no ACeS; Interlocação estratégica com a direção do ACeS; Planeamento e afetação de recursos de Serviço Social às diferentes unidades funcionais e serviços do ACeS, em articulação com as suas respetivas coordenações e direção; Estabelecimento das necessárias e adequadas formas de contratualização interna relativas à participação do Serviço Social nas diferentes unidades funcionais do ACeS; Elaboração de referenciais técnicos para as diferentes áreas e problemáticas de intervenção.” (APSS, 2008).

Alguns dos objetivos conseguem ser cumpridos, outros ainda se encontram em fase de planeamento e constata-se ainda que em alguns dos gabinetes do cidadão não se encontram assistentes sociais, mas sim outros técnicos a assegurar o atendimento ao cidadão

(apesar da recomendação da APSS). Esta será porventura uma área de intervenção prioritária para assegurar a intervenção na comunidade, com o objetivo claro e específico de potenciar, desenvolver e assegurar a integração e promoção da saúde.

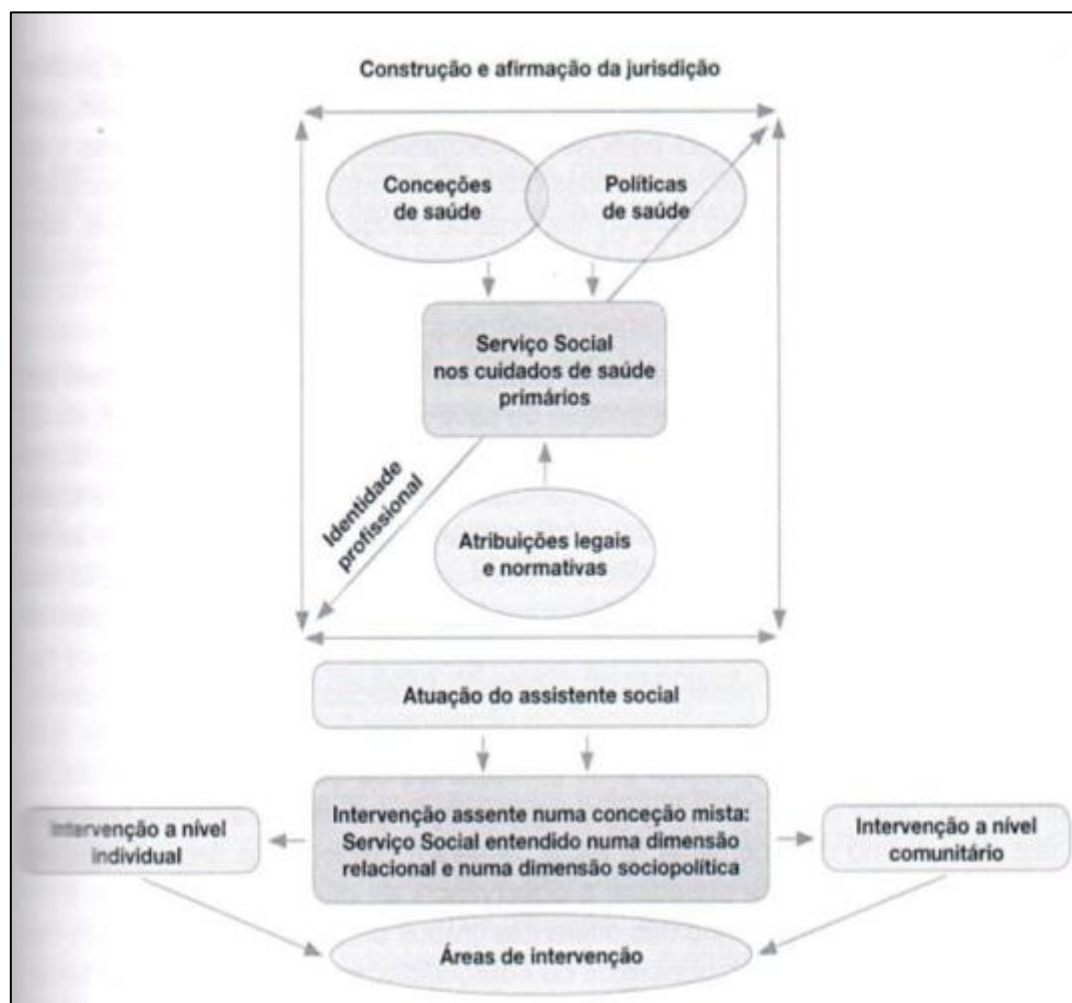
No caso específico do acolhimento ao migrante uma das “portas de entrada” nos CSP é o Gabinete do Cidadão e caso não esteja com a supervisão do Serviço Social poderá ser eventualmente uma oportunidade que se perde de criação de uma relação com o utente.

O Gabinete do Cidadão enquadra-se na legislação que criou os agrupamentos de Centros de Saúde (Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro) no seu artigo 37ª que assume as seguintes competências:

- a) verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde;
- b) informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários;
- c) receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativas aos cuidados prestados e responder às mesmas;
- d) verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACeS.

No número 2 no mesmo artigo estipula que o gabinete do cidadão organiza canais de comunicação com cada centro de saúde do ACeS. A APSS na sua posição defende que “os assistentes sociais devem manter uma presença efetiva e uma participação ativa no Gabinete do Cidadão, não só como forma de incorporação do importante capital de experiência acumulado no âmbito do funcionamento dos Gabinetes do Utente, mas também pela sua qualificação profissional para o prosseguimento dos seus objetivos, quer no âmbito da promoção do acesso aos cuidados de saúde, quer na promoção da qualidade em saúde, quer, ainda, na vertente da participação comunitária nos cuidados de saúde primários” (2008), esta última mais difícil de atingir face à falta de recursos humanos nos ACeS.

A jurisdição do Serviço Social nos CSP é frágil segundo (Branco e Farçadas,2012:17) porque encontra-se inserido num “campo onde continua a predominar um modelo de intervenção que privilegia a medicina geral e familiar” o que pode contribuir para a fragilidade de atuação por parte de outros profissionais.

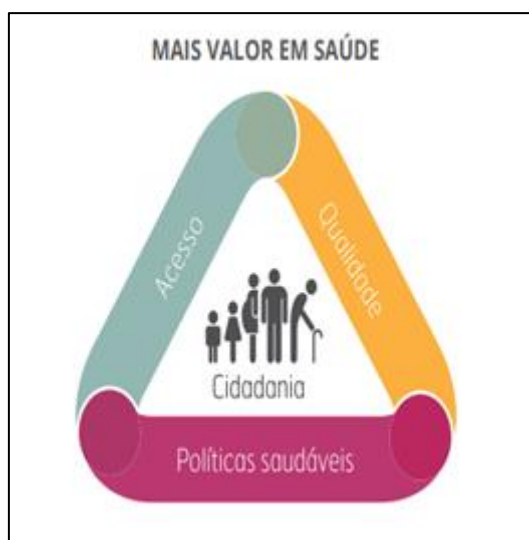


**Figura 1** – Fatores e vetores da prática do Serviço Social nos CSP (“O Serviço Social nos CSP: Contexto, Perspetivas e Desafios Francisco Branco e Maria Farçadas em “Serviço Social na Saúde” (Carvalho, Irene,2012:19).

Ao olharmos para a figura nº1 conseguimos entender a dificuldade numa identificação clara do Serviço Social nos CSP “influenciado pelo modelo de saúde vigente na instituição e pelas políticas de saúde” ou seja poderemos talvez referir uma fragilidade institucional na medida em que ainda não se encontram implementados os núcleos defendidos pela APSS e porque dependem do tipo de organização do próprio agrupamento de saúde, sendo os recursos humanos a mais valia e sendo os recursos humanos escassos tornam-se uma ameaça porque podem transformar-se em serviços meramente administrativos. “Na contemporaneidade, os serviços sociais burocratizaram-se e rotinizaram-se transformando-se em meros processadores administrativos, onde há cada vez menos espaço para o diálogo e para a construção de uma relação entre profissional e utente” (Vieira,2017:177).

### 1.8. O Serviço Social, o acesso em saúde e a interligação com os Direitos Humanos

Neste ponto específico chegamos a outra vertente essencial a questão do acesso à saúde. Na figura nº 2 retirado do Plano Nacional de Saúde (PNS) verifica-se a existência de três eixos fundamentais: o acesso, a qualidade, políticas saudáveis e no centro a cidadania.



**Figura 2** – Modelo Conceptual do PNS (Plano Nacional de Saúde 2015:13).

O Serviço Social tem um papel fulcral como “vigilante” do acesso em saúde, aliás a preocupação do legislador está bem patente como se constata ao colocar na primeira alínea do artigo 37º do decreto-lei nº 28/2008, que legisla a verificação do mesmo através do ACeS referido anteriormente o Gabinete do Cidadão. Partilho da mesma opinião da APSS e não defendo a prática de colocar outros técnicos neste serviço, no mínimo deve ter formação no âmbito do Serviço Social ou partilhar este gabinete com profissionais da área do Serviço Social, de um dos serviços que dependem exclusivamente da Direção Executiva de um ACeS referido anteriormente, o Gabinete do Cidadão.

A prática do Serviço Social é naturalmente indissociável dos Direitos Humanos, aliás poderia ser considerado como base organizacional do “terreno” em que está inserido o assistente social. As desigualdades em saúde são um dos olhares em que o assistente social deve manter o foco da atenção. O assistente social tem o dever de olhar para o cidadão sempre de forma a garantir os seus direitos e pela proteção das diferenças individuais. Podemos então sistematizar que a advocacia social é um dos papéis dos assistentes sociais nos CSP, fundamentais na população migrante que não tem como recorrer de outra forma. Este olhar ou posicionamento do Serviço Social perante as desigualdades no acesso da

população migrante como forma de garantir a equidade na saúde é major para a prática da intervenção do profissional do Serviço Social. “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, 2010).



**Figura 3** – Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, 2013 ( Plano Nacional de Saúde, 2015:18).

O assistente social está representado em todas as áreas desta figura do PNS. Como já foi referido o assistente social como otimizador de recursos. Ao olharmos para a figura poderíamos identificar o papel do assistente social como agente promotor da saúde e do bem-estar da população, neste âmbito da população migrante, porque a sua amplitude alcança todas as áreas representadas na figura.

Branco e Farçadas (2012:10), focam no seu texto sobre o papel do Serviço Social nos CSP, o assistente social como consultor, como promotor da advocacia social e como mobilizador de recursos e mediador entre o utente e os serviços.

Como consultor o assistente social apresenta-se como um especialista sobre os problemas psicossociais “ou até mesmo para explorar ou envolver outros recursos da comunidade” (Dhooper,1997) como é referido no texto de Francisco Branco e Maria Farçadas.



Ressalte-se que este é o palco do assistente social por inerência, é através da intervenção no campo social que se consegue escutar e dar voz a quem necessita como refere Robertis, “o utente está pois presente e é ator, tanto como o trabalhador social” (2011:141), neste âmbito específico Robertis refere-se à intervenção direta com o utente, numa relação de frente a frente. No caso das intervenções indiretas aí coloca-se o assistente social como promotor da advocacia social “sendo o trabalhador social o único ator e a pessoa é simplesmente beneficiária” Robertis,(2011:139).

“O Serviço Social surge como um otimizador de serviços e recursos, ao diagnosticar e intervir em problemas psicossociais, evitando que estes se mascarem de problemas físicos ou clínicos”, (Dhooper,1997) citado por Branco e Farçadas (6:2012) no entanto noutra abordagem dos mesmos autores a otimização dos recursos pode situar-se também no âmbito da integração dos utentes, numa vertente organizacional, e dos próprios serviços de saúde, no âmbito da informação e advocacia social. Na problemática apresentada do acolhimento e integração dos migrantes na comunidade envolvente esta forma de atuar nos CSP fará todo o sentido quando se procura identificar a forma como se acolhe e se promove a integração dos utentes. Como mobilizador de recursos e mediador entre o utente e os serviços prestados nos CSP que coloca o cidadão no centro e o assistente social desenvolve o mesmo percurso ao ser o promotor da advocacia social, prática social efetiva ilustradora das técnicas utilizadas no Serviço Social.

Como mobilizador de recursos, o assistente social tem de os conhecer, tem de ter um papel ativo de conhecimento do terreno de providenciar a melhor resposta “mediação das estruturas que se apresentam como os maiores determinantes da saúde”, Cowles (2003) citado por Carvalho (2012:11). O assistente social será o eixo de articulação entre a equipa de saúde e a comunidade, mobilizando recursos e articulando-os com as instituições comunitárias referido por Mondragón e Trigueros (1999) citado por Carvalho (2012:11).

A Federação Internacional de Assistentes Sociais (FIAS) e a Associação Internacional de Escolas de Serviço Social (AIESS) consideram que todos os profissionais envolvidos na prática do Serviço Social devem “assumir um compromisso claro e incondicional de promoção e proteção dos Direitos Humanos”. Os Direitos humanos não são passíveis de uma legislação única, desenvolvem-se dia após dia. Todos os dias os assistentes sociais deparam-se com situações em que os direitos são abalados e necessitam de intervir, denunciar, pressionar e especialmente “cuidar”.

Neste âmbito o assistente social pode trabalhar com o cidadão em diversos níveis de acordo com o que foi denominado por rotas de intervenção social por Carmo em Carvalho (2012:119) o “conceito de intervenção social é o processo social em que dada pessoa, grupo, organização, comunidade ou rede social se assume como recurso social de outra pessoa,

grupo, organização, comunidade ou rede social”. Temos então o nível micro- ao nível do indivíduo e da família, o nível meso – ao nível da comunidade e ao nível macro- ao nível da sociedade nacional e internacional. Hermano Carmo (2014:117) defende que para a implementação de qualquer programa de educação para a cidadania deverá ter em consideração que para se ser cidadão é necessário cada um desenvolver-se como pessoa com o seu potencial individual mas tem de estar em sincronia com o desenvolvimento cultural, social e político, ou seja ao serviço da comunidade.

Estas ligações e interligações são fundamentais para o relacionamento com o cidadão e para o exercício da cidadania, pois ao considerarmos cidadania como o exercício dos direitos e deveres civis, políticos e sociais temos de referenciar os direitos humanos que são inerentes ao ser humano, ou seja, sem os quais não poderemos viver. Os direitos humanos têm de estar sempre presentes na intervenção social, tem de ser a sua base. A defesa e a ajuda que se presta o cidadão seja no encaminhamento, seja na condução à solução ou à resolução do problema passa sempre pelo crivo dos direitos humanos e da salvaguarda da dignidade da pessoa.

Deste modo a prática do assistente social ou seja no exercício da sua atividade passa pela intervenção tendencialmente personalizada exercida predominantemente em contextos micro (interpessoais, grupais) e meso (organizacionais) (Carmo, 2014: 122). A educação para a cidadania podemos afirmar que é a base da intervenção dos profissionais, no âmbito da população eleita para o estudo, os PALOP, é fundamental esta prática e essencial na intervenção da população migrante. Começamos a ver a mudança de paradigma na profissão preconizada por diversos autores que já defendiam uma adaptação das práticas que Carmo (2014:125) sistematizou:

- “Desenvolver a inteligência emocional, social e existencial com vista a melhorar as competências comunicacionais e cooperativas dos sistemas-clientes de forma reflexiva e assertiva;
- Desenvolver competências económicas e políticas, com o objetivo de fomentar o aumento da coesão social e o aumento das competências de orientação coletiva;
- Promover programas de educação para a cidadania, nomeadamente nos seguintes domínios: autonomia, solidariedade, diversidade e democracia”.

No âmbito do desenvolvimento das competências teremos de colocar também o critério da qualidade, foco da atenção de todos no âmbito dos serviços prestados ao cidadão, no âmbito dos CSP, e pelo desenvolvimento da sua reforma desde 2005, também o Serviço Social tem de o afirmar como postulado – a Qualidade. Expósito (2009:89) citado em Carvalho (2012:39) afirma a qualidade de acordo com os seus valores e princípios, orientados para os sujeitos na defesa dos direitos, dignidade humana e solidariedade, orientados para a

sociedade na transparência da gestão, eficiência e responsabilidade social e da qualidade centrada nas organizações de saúde orientadas para o utente. O processo de acreditação é fundamental na saúde e começa a ser uma prática corrente de forma a contribuir para a melhoria dos serviços, nesse âmbito também o Serviço Social deve seguir o mesmo percurso já iniciado a nível do contexto hospitalar e ser implementado também nos cuidados primários, como é critério de qualidade e de desenvolvimento para as unidades funcionais e para as UCC, porque neste momento já temos muitas unidades funcionais certificadas/acreditadas e uma UCC na região de Lisboa e Vale do Tejo. É um desafio para os profissionais do Serviço Social. A acreditação no Serviço Social potencia a elevação do próprio serviço a um patamar mais elevado em termos de qualidade. A nível hospitalar já engloba por vezes o Serviço Social mas deve ser investido também nos CSP através da URAP onde se encontram alocados. É importante construir um caminho que potencie a área de intervenção e os seus profissionais.

O Serviço Social tem de ter um desenvolvimento estratégico, criando sinergias e colocando sempre o cidadão no centro. A criação de elos de ligação através de organizações estatais e privados, através do recurso às comunidades locais por exemplo as sociedades (denominadas recreativas, associações locais) existentes em determinadas zonas do nosso país que criaram elos de inter-ajuda, subjacente ao espírito de aldeia comunitária.

Cristina Robertis considera que o Serviço Social encontra-se articulado com as políticas sociais do país e de cada região (2009). A iniciativa privada e de cariz católico nos primeiros tempos transformou-se numa participação ativa de instituições que aplicam também elas as políticas sociais.

As Ligas de Amigos especialmente ligadas aos Hospitais e nos CSP são um exemplo da interligação das instituições com a sua comunidade que através do sistema de associação (sócio), torna a solicitação menos pesada, ou seja, o “recebimento” torna-se menos pesado porque a mensagem é “ajuda quem ajuda”, associada ao sentimento de pertença. As Ligas utilizam os recursos das instituições e os recursos privados de cada elemento, criando sinergias muitas vezes até ao nível da procura de emprego, o passa palavra no seio de uma comunidade pode fazer a diferença. Normalmente nas Ligas os beneficiários passam a sócios o que em termos sociais lhes dá outro “empowerment”, permitam-me a expressão, ou seja, “hoje eu preciso de ajuda mas amanhã sou eu que ajudo” e normalmente este elo bem delineado funciona na capacitação do cidadão e contraria-se a óptica do simples “recebimento” obrigando através do reconhecimento e futura participação.

O Serviço Social através dos seus assistentes tem forçosamente de ir para o terreno e ter presente a antecipação do problema da comunidade em que se insere, a acomodação dos gabinetes fechados e subjugados às regras claras, corretas e concisas podem ser confortáveis na atuação mas na sociedade atual há que antecipar o problema, preparar as

comunidades, viver com a comunidade, colocando sempre o cidadão no centro, desta forma conseguimos dar voz ao cidadão.

Neste momento ao nível dos serviços públicos na legislação já existe a preocupação de colocar a comunidade dentro das instituições no entanto com um papel institucional de parceiro através dos conselhos da comunidade (ACeS), normalmente representados ao lado do poder local mas o caminho tem de ser forçosamente este. Se “o Serviço Social é o elo entre a pessoa e a sociedade, criando e mantendo os laços entre o individual e o colectivo” (Robertis, 2011) então esta poderá ser uma das formas de proteger o cidadão, dando-lhe perspectivas, abrindo-lhe caminhos para a cidadania ativa, um termo de certa forma na “moda” mas muitas das vezes não passando da nomenclatura, inserindo-o dentro das instituições, fornecendo-lhe ferramentas e capacidades enquanto beneficiário usufrui mas também presta serviço dentro das suas capacidades, tornando-o agente ativo.

No âmbito da pesquisa, Paulo Estrela apresenta-nos dois quadros com referências ao nosso público-alvo, a população migrante com especial ênfase para a proveniente dos PALOP. Este quadro potencia-nos um valor referencial para a atuação dos assistentes sociais nos ACeS e para a análise dos dados conseguidos através das entrevistas.

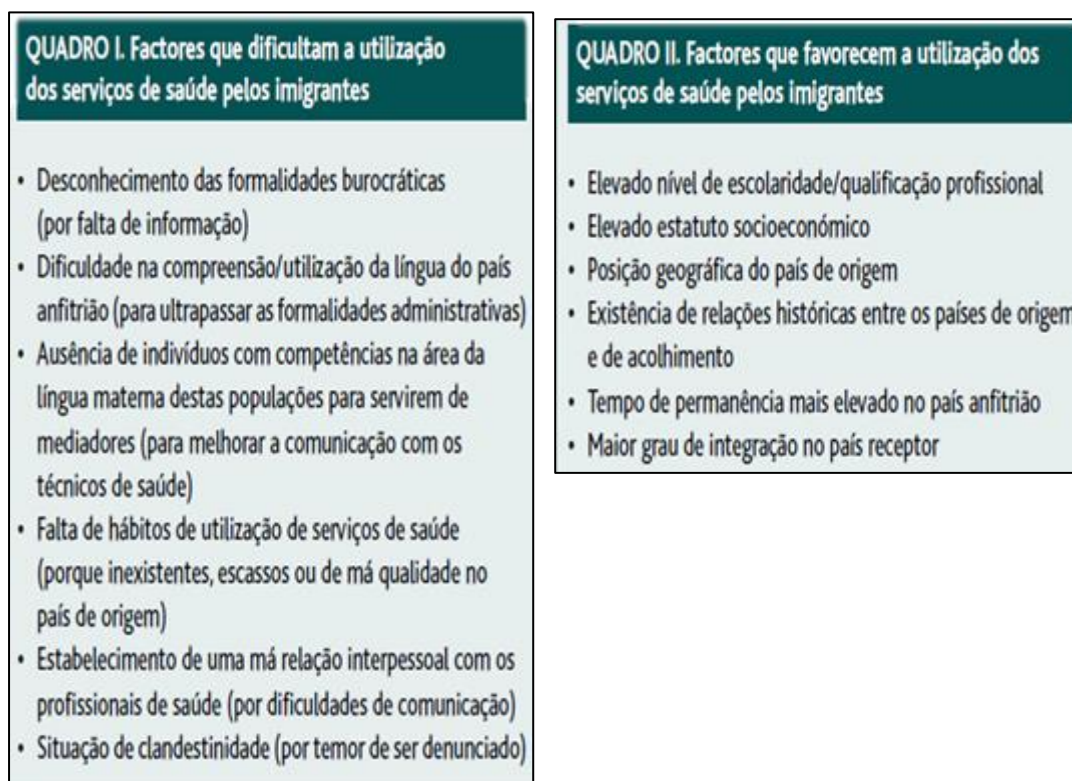


Figura 4 - A saúde dos imigrantes em Portugal REV PORT Clin Geral 2009;25:45-55.

Estas referências sistematizam alguns dos problemas apontados pelos profissionais que será evidenciado na análise de conteúdo realizada. No caso da população migrante proveniente dos PALOP o Quadro II não tem aplicação no primeiro e no segundo item (elevado nível de escolaridade/qualificação profissional e elevado estatuto socioeconómico). No entanto, ressaltamos a importância da sistematização realizada ao indicar os pontos fulcrais apontados também nas entrevistas pelos profissionais, na pesquisa realizada, tais como: “dificuldade na compreensão/utilização da língua do país anfitrião”, “ausência de indivíduos com competências na área da língua materna destas populações para servirem de mediadores” este ponto indica concretamente a necessidade efetiva do mediador cultural ou de um profissional especialmente formado e com experiência necessária para colmatar esta necessidade. A situação da população com a situação não regularizada também desenvolve conforme o autor assinala o “temor” o medo da denúncia e do regresso forçado ao local de origem. O medo desta população dos PALOP é algo com que o profissional de saúde se debate diariamente.



## **CAPÍTULO 2 – Metodologia**

### **2.1. Métodos de investigação/opções metodológicas**

**“Os processos de pesquisa são como vastas explorações mineiras com vários poços, muitos dos quais fechados de há muito, os pesquisadores trabalham muitas vezes no escuro guiados apenas por túneis ou poços anteriormente explorados seguindo o filão e esperando descobrir novos veios ricos em minério”**

**(Pais, Machado in Sociologia da Vida Quotidiana, 2012:58)**

A metodologia utilizada no âmbito deste trabalho insere-se no contexto da investigação qualitativa, “investigação qualitativa está vocacionada para a análise de casos concretos, nas suas particularidades de tempo e de espaço, partindo das manifestações e atividades das pessoas nos seus contextos próprios” (Flick, 1998:13).

“O respeito pelo terreno empírico é o ponto de partida” (Guerra, 2006:23), e de acordo com esta referência o modelo circular do processo de investigação é o que melhor se ajusta ao desenvolvimento da mesma, à compreensão da realidade onde os sujeitos se encontram, ao enquadramento social e aos seus vários públicos. As interações entre instituições implicam uma atitude de “reflexão constante”.

O investigador trabalha de “baixo para cima”, começando nos factos (no terreno) (Guerra, 2006:25). Segundo Bogdan e Blikem (1994), na investigação qualitativa a “preocupação geral não é a de saber se os resultados são suscetíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados”

A utilização do modelo circular do processo de investigação (Glaser e Strauss) é a mais adequada para esta investigação porque permite um reformular constante da análise, ou seja, vamos contruindo e desenvolvendo o conhecimento empírico de uma forma mais livre e menos condicionada.

Esta pesquisa quer compreender e caraterizar o acolhimento que é realizado para a população definida no estudo (migrantes provenientes dos PALOP) e a intervenção social realizada pelos assistentes sociais dos ACeS a esta população.

### **2.2. Caraterização do campo empírico – universo e amostra**

A população (universo) definida para esta pesquisa é a equipa do Serviço Social do ACeS de Cascais, do ACeS Lisboa Norte e do ACeS Lisboa Central, tendo como amostra um

elemento de cada uma, sendo que no ACeS de Cascais foram 2 elementos, no âmbito da exploração também se enquadraram na análise dos profissionais, o olhar de uma coordenadora de uma URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados justificado porque os assistentes sociais, na sua maioria, encontram-se alocados a esta unidade e poderemos avaliar a avaliação em contexto de dirigente.

Nas entrevistas exploratórias também se incluiu a responsável de uma UCC e o Gabinete do Cidadão. “A população deve ser definida em pormenor (...) para que possa determinar se os resultados que se obtiveram ao estudar uma dada população podem ser aplicados a outras populações com características idênticas” (Ferreira et al,1995:191).

Ao definirmos esta população, caso mais tarde, o presente estudo seja aprofundado será utilizada a mesma população (assistentes sociais) mas em todos os ACeS. Neste âmbito quase que poderemos dizer que temos um estudo de caso porque tal como Yin (1998) (citado em Ferreira, Maria Manuela Malheiro, Hermano Carmo, Metodologia da Investigação, 1995:216), refere-se ao estudo de caso como uma abordagem empírica que investiga um fenómeno atual no seu contexto real; quando os limites entre determinados fenómenos e o seu contexto não são claramente evidentes e no qual são utilizadas muitas fontes de dados.

A investigação inicial efetuada para este estudo foi a pesquisa bibliográfica que permitiu conhecer o “estado da arte” através de leituras de livros, de artigos científicos, de referências teóricas, de relatórios, informações dos organismos e instituições, legislação existente normativa e informativa, e também é importante assinalar uma vantagem que é estar perto do “terreno”, aprender a olhar o “terreno” como se fosse a primeira vez, ou seja, tornar-se pesquisador como é retratado por Beaud e Weber,1998“(...) a situação de pesquisa corta seus vínculos mais próximos (família, amigos), suas atividades e horários usuais, obriga-o a se desfazer provisoriamente de seus laços (sociais, familiares, territoriais) e a deixar em suspenso boa parte da sua identidade social anterior (...)” é uma vantagem ainda maior, porque nos permite observar o que normalmente nem sequer perderíamos tempo a ver.

### **2.3. Técnicas de recolha e de tratamento de dados**

As técnicas mais utilizadas em pesquisa qualitativa são a observação participante, a entrevista e a análise documental. Numa primeira fase foram utilizadas as entrevistas exploratórias de carácter informal, recorremos depois à entrevista semiestruturada, foi preparado um guião da entrevista em função dos objetivos da problematização.



Nas entrevistas entramos por vezes no espaço privado, como diz Pais, “(...) os relatos de vida, apesar da sua linearidade aparente, são, na realidade, amontoados de memórias de pedaços de vida...(...)”. O relato pelos profissionais do Serviço Social nos CSP permite o conhecimento sobre a realidade da sua atividade diária, no dia-a-dia, os problemas, as interligações, a intervenção nos seus contextos. As entrevistas tiveram como objetivo escutar os diferentes olhares e formas de agir no quotidiano dos profissionais.

Segundo Bardin “a subtileza dos métodos de análise de conteúdo corresponde aos objetivos seguintes: - a ultrapassagem da incerteza e o enriquecimento da leitura” (2000:29), o mesmo autor refere que a “análise de conteúdo é um método muito empírico, dependente do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Não existe o pronto-a-vestir em análise de conteúdo... (...)”, considera três fases na análise de conteúdo, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (1998) (citado em Ferreira, Maria Manuela Malheiro, Hermano Carmo, Metodologia da Investigação, 1995:253).

A análise de conteúdo segundo Berelson (1952, 1968), é “uma técnica de investigação que permite fazer uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objetivo a sua interpretação.

Contemplando várias interpretações sobre este método, ressalte-se que este método é um instrumento de auxílio precioso na análise das entrevistas e questionários permitindo categorizar (análise categorial) a mensagem que nos é dada para análise através dos dados recolhidos.

Segundo Shaw e Gould (2001) citado em Vieira (156:2017) a metodologia qualitativa exige abertura do investigador para criar novos conceitos e categorias de acordo com as informações recolhidas e a realidade observada; é uma pesquisa interpretativa que procura as significações atribuídas pelos autores às suas ações e tenta perceber como estas se processam; é uma pesquisa reflexiva que conta com a subjetividade do investigador e dos investigados e cuida da relação que entre estes se estabelece;”

Posterior à análise documental e ao tratamento dos dados recolhidos seguiu-se a fase da interpretação para a elaboração do relatório final ou seja as conclusões da pesquisa. Bertaux (1997) citado por Guerra (2006:84), “De facto, se a pesquisa tem carácter exploratório, a sua conclusão, é exatamente esboçar “hipóteses explicativas” que possibilitem a sua continuação através de metodologias quer hipotética-dedutivas, quer compreensivas”.



### **CAPÍTULO 3 – Apresentação dos resultados**

#### **3.1. Caracterização do estudo**

Até chegarmos ao patamar da análise de conteúdo compreendemos que toda a pesquisa vai sendo construída ao longo do tempo, não é algo fechado mas sim uma progressiva evolução do próprio objeto, com avanços e recuos e com vários acessos e não apenas um único caminho. Tal como Guerra (2006:36) afirma “na pesquisa a definição do objeto é um momento difícil que se prolonga no tempo” (...) “a pesquisa qualitativa é muito maleável, o objeto evolui, a amostra pode alterar-se ao longo do percurso” (2006:43).

Nesta pesquisa as dificuldades sentidas consistiam em afastar as ideias preconcebidas especialmente pelo conhecimento do terreno “afastar o senso comum e as ideias preconcebidas, interrogando as evidências, é uma atitude indispensável a qualquer tipo de pesquisa e o primeiro obstáculo epistemológico é, quase sempre, a familiaridade com o objeto de análise, pelo que o foco da curiosidade sociológica é sempre um objecto reconstruído”, Guerra (2006:37). Para Bertaux (1997) citado em Guerra (2006:42) “no fundo, há três momentos que correspondem a três estatutos ou graus de maturação diferentes da pesquisa: exploração, análise e síntese”.

A caracterização do presente estudo realizado através de entrevistas aos profissionais do Serviço Social porque encontram-se no “local” privilegiado para o acolhimento ao migrante, sempre que surge algum conflito, dificuldade, é a este acesso que a população recorre. Esta “amostra” foi constituída de forma estratégica ou seja de forma a uma “construção do perfil social dos informadores” (2016:41) ou seja procurou-se a “a diversidade e não a homogeneidade” porque a escolha dos assistentes sociais em quatro ACeS e não apenas num só de forma a verificar se nas diferenças de contexto sobressaíam outros tipos de acolhimento, outras formas de encaminhamento ou outros modelos de atuação.

Acrescentou-se um outro perfil para além do Serviço Social, um coordenador de uma URAP, onde se encontra inserido em termos formais, o Serviço Social.

Foi construído um guião de entrevista de acordo com o objeto e uma grelha provisória para balizar o momento da entrevista e da gravação, mas privilegiando sempre uma entrevista mais aberta de forma a não criar constrangimentos ou afunilamentos iniciais, mas tentando sempre não desviar das questões consideradas centrais “a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teóricos-analíticos” Guerra (2006:62). Privilegiou-se nesta pesquisa a

análise categorial, temática e de forma descritiva, através das transcrições integrais das entrevistas realizadas para dar resposta ao objeto.

### 3.2. Caraterização do Serviço Social nos CSP

Uma das primeiras questões na entrevista foi procurar o enquadramento no serviço ou na área de intervenção/atividade (UCC, URAP, USF, Gabinete do Cidadão ou outro porque nos CSP os assistentes sociais encontram-se alocados na URAP), num sistema de partilha do seu horário através de uma forma de organização dos recursos por uma distribuição das horas do tempo de trabalho (35 horas), com os vários projetos e locais de atividade, deste modo dividem o seu tempo efetivo de trabalho por horas para as UCC, horas para o atendimento ao cidadão através do Gabinete do Cidadão, adesão a projetos pontuais que vão surgindo através dos parceiros, normalmente associados às Câmaras Municipais. “Sustentase que os assistentes sociais devem ser integrados na Unidade de Recursos Assistenciais Integrados Partilhados (URAP) “(APSS, 2008).

A. (...) *“Eu entrei para os cuidados de saúde primários em 2006, há 11 anos, na altura para, apenas para o projeto piloto da equipa de cuidados continuados integrados, entretanto pouco tempo depois, cerca de um ano depois comecei a integrar outros projetos. Há dois anos quando vim, quando vim para o ACeS de..., estive os primeiros tempos só no gabinete do cidadão, e neste momento estou, estou a dar apoio a várias unidades do agrupamento”.*

O seu vínculo é recente e é público, pois ainda existem técnicos de saúde com contratos de trabalho a termo certo. Esta tardia colocação dos técnicos também evidencia uma fragilidade do serviço. Hoje em dia ainda temos profissionais de saúde com vínculo precário.

A. *“É um contrato em funções públicas a tempo indeterminado, não é muito, é relativamente recente, mas neste momento está resolvido”*

B. *“Foi muito tempo essa situação, (sem vínculo) agora neste momento já tenho a situação toda regularizada”.*

O conhecimento da população por parte dos assistentes sociais - caraterização dos migrantes que acedem aos serviços de saúde onde trabalha (Angola, Cabo-verde; Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé) não é de forma estruturada, ou seja, não possuem dados

estatísticos fornecidos pelos sistemas informáticos para o conhecimento seguro da população, normalmente estes dados são referidos nos Planos Locais de Saúde, mas não são trabalhados por serviço ou atividade.

- A. *“Eu penso que a nacionalidade que temos mais emigrantes, dentro dos PALOP, que é Cabo Verde.” ... “E talvez a seguir Angola... E Guiné...”*
- B. *“Cabo-Verdianos.”*
- C. *“Aqui é angolanos... se bem que aqui nos últimos tempos que aqui estou, que não é assim há tanto tempo, não há tantos PALOP, já não há tantos PALOP...”*
- D. *“PALOP sim... PALOPS, hummm... Interessa-lhe sobretudo só os PALOP temos muitas situações de Angola”*

- A. *“Faixas etárias... Ahhh... Temos muitas pessoas na... Eu estou a falar de cor, não fiz agora um levantamento estatístico, mas assim do que me lembro muitas pessoas na faixa etária dos 40-50 anos e depois temos já a segunda geração não é, os filhos destas pessoas.”*

B. *“40 até aos 55”*

C.

- D. *“Não tenho dados que me permitam dizer-lhe, (...) e o que me parece é que os que vão chegando são mais, são mais novos.”*

*(...) “Assim, temos muitas situações de Angola, de muitas mulheres que vêm cá ter os filhos e que depois regressam. Temos vários dos PALOPs, temos... Portanto... temos população chinesa, brasileira, todos os dias nós estamos a fazer novas inscrições.”*

Nas questões abertas para avaliação da interação com o migrante e sua caracterização constata-se o referido no enquadramento teórico. A dificuldade na compreensão/utilização da língua do país anfitrião, desconhecimento das formalidades burocráticas por falta de informação, estabelecimento de uma má relação interpessoal com os profissionais de saúde por dificuldades de comunicação, dificuldade no estabelecimento da relação. Apontam falhas no acolhimento direcionando para a falta de formação, na altura do acesso às unidades de saúde com o foco nas inscrições ou seja na forma como são inscritos os utentes. Na própria explicação sobre a sua atividade os profissionais caracterizam o Serviço Social e o seu atendimento como “um serviço informativo e de encaminhamento”.

Quando o próprio profissional identifica o âmbito do seu serviço como de informativo e de encaminhamento teremos de levantar a hipótese que possivelmente o tempo escasso

repartido pelas múltiplas atividades não permitirá ir além desta realidade para responder diariamente às solicitações.

- A. *“Não, não é fácil, porque muitas das vezes são pessoas que, às vezes até já estão cá há 30 anos, mas não dominam bem o português, temos de ter uma linguagem muito simples, repetir várias vezes, e embora não fique muito satisfeita, mas às vezes tenho a sensação que depois de um atendimento prolongado que a pessoa pode não ter percebido tudo o que foi falado. (...) Muitas vezes são pessoas também com uma escolaridade baixa, algumas até ainda analfabetas, o que também não facilita a nossa comunicação, e a informação pelo que tento normalmente explicar, escrever, dizer para mostrar aos familiares com, com, mais facilidade de leitura o que está escrito para lembrar, normalmente tento sempre que haja notas escritas para que a pessoa saia daqui informada e que depois consiga dar os passos seguintes, porque o que nós fazemos aqui muitas das vezes é mais um serviço informativo e de encaminhamento.(...)e temos de adequar a nossa linguagem à pessoa que está a perceber, tentar ver até pela expressão facial se aquela pessoa está a entender o que estamos a dizer, olhá-la nos olhos, porque às vezes a tendência é o profissional quando atende no balcão tem um computador à frente, logo aí barra, barra aqui uma série de comunicação não-verbal não é, depois está a escrever, porque tem de fazê-lo não é, está a escrever no computador enquanto fala com a pessoa e muita da informação só por aí é enviesada ou é deturpada, não sei bem a palavra, e eu acho que é importante nós tirarmos um bocadinho, falar diretamente para a pessoa e tentar perceber o feedback que ela nos está a dar daquela comunicação e eu acho que é por aí...”*

Este testemunho é importante porque descreve ponto por ponto as fragilidades da população proveniente dos PALOP. Já mencionado anteriormente Sandra Lima citada em Vieira (131:2017) diz-nos que “as organizações recorrem a uma linguagem burocrática e técnica que não é conhecida dos utentes ou da população sem escolaridade, sendo este o primeiro fator de inibição para o cidadão que se dirige a um serviço”. Esta situação é aqui apontada pelo profissional do Serviço Social, as barreiras à comunicação, a linguagem e a sua compreensão fazem com que o migrante tenha dificuldades no seu acolhimento junto dos profissionais de saúde.

- B. *“(...) em relação à língua, às vezes há certas dificuldades e nós temos aí logo, o atendimento é um pouco diferente*

*Não criam relação, não criam relação... Muito reservados”*

- C. *“Quando não está regularizada eles até chegam-nos muito pela consulta, pela saúde materna ou porque precisam ser encaminhados e depois acompanhadas pela saúde materna. E depois aqui o acolhimento é feito pela, primeiro recebemos por essa questão do Gabinete do Cidadão e depois fazemos o acompanhamento no Serviço Social.”*
- D. *“Eu estive no gabinete do cidadão e na altura desenvolvi com outro colega que estava na unidade de apoio à gestão formação sobre o acesso dos migrantes à saúde, precisamente porque verificávamos que existiam erros crassos na forma como é promovida a acessibilidade aos serviços de saúde e nas inscrições que são feitas” (...)*

Na pergunta que pretende identificar e caracterizar os problemas relatados pelos migrantes ao Serviço Social/assistente social de forma a compreender o acolhimento e o nível de integração nas unidades de saúde constata-se que na grande maioria, o que encaminha os migrantes até ao serviço são as dificuldades no acesso, com as questões burocráticas das inscrições nas unidades de saúde por dificuldades de linguagem, barreiras linguísticas, má vigilância de saúde motivada também por dificuldades económicas ou seja as situações de carência económica, no entanto duas das assistentes sociais apontam que o recurso ao serviço também acontece pela falta de formação no atendimento para o acolhimento aos utentes provenientes dos PALOP, tal como já foi referido na questão anterior.

- A. *“Desde que trabalho sempre tem sido uma população a recorrer com alguma regularidade ao Serviço Social. Ahhh... Para já, porque para além destas questões de inscrição nos serviços de saúde, estão também depois associadas muitas das vezes situações graves de carência económica e, não consigo precisar se neste momento faço mais atendimentos a nível dos PALOP, penso que não, mas que é um volume considerável. São pessoas que a maioria das vezes vem com um problema de saúde A maior parte das vezes tem muito a ver com, quando é um médico ou enfermeiro é porque a pessoa já tem aqui algum tipo de acompanhamento, e então tem muito a ver com a situação económica, porque não consegue comprar os medicamentos, porque devido à falta de informação e literacia não consegue fazer a própria gestão. Não sei se há algum estudo clínico sobre isso, mas temos, estas pessoas muitas vezes vêm com situações de diabetes, problemas vasculares que têm de fazer medicação regular que têm de fazer medições e que têm de ter acompanhamento e que também associada a alimentação específica, dieta específica, que não é fácil trabalhar nesta população. E muitas destas situações vêm, que são encaminhadas vêm por aí, vêm*

*por má vigilância de saúde, por dificuldades de comunicação e por carência económica.”*

A. *“É as inscrições. Parte logo desde aí do início, das inscrições. Porque às vezes as pessoas que estão a atender não têm conhecimento às vezes da legislação, “ai logo uma inscrição esporádica não podemos fazer nada” ...*

*“A língua, dificuldades económicas, têm dificuldades em serem ouvidos, porque também depois não criam relações e vivem isolados”.*”

B. *“(...) depois é feito também aqui a acompanhamento no Serviço Social, até a criança nascer e depois também à criança, mas depois nas unidades também não há depois o acompanhamento além desta situação pontual que é do acompanhamento a... “*

C. *“O que eu sinto é que ultrapassada, esta é a primeira barreira, a questão de inscrição, o que eu sinto é que ultrapassada a barreira em termos de cuidados são iguais, em termos do acesso a uma consulta o quer que seja, é igual a qualquer outro tipo de população.”*

O conhecimento sobre a intervenção do Serviço Social foi um pouco para ir além do conhecimento da atuação dos profissionais e dos recursos da comunidade a que habitualmente recorrem, também compreender se entendem o seu serviço como um possível agente promotor do desenvolvimento e da mudança social ou se apenas assumem a resposta institucional possível e o encaminhamento das situações.

Uma das profissionais aponta os serviços de proximidade como algo que se deve investir face à necessidade de ajuda a esta população para lidar com a burocracia. Os CLAI são espaços de informação descentralizada que visam articular respostas locais ao nível das necessidades de acolhimento e integração. São neste momento um dos serviços de proximidade assinalados pelos profissionais nas entrevistas.

Na localização dos ACeS também se constata a diferença na capacidade de resposta social existente, na área do Lisboa Norte foi apontada como mais facilitadora e com mais recursos existentes, face à proximidade de instituições pertencentes à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. A não regularização da população migrante dos PALOP também foi apontado tal como referido no enquadramento teórico como um fator que prejudica no auxílio a estas pessoas porque não têm direito a qualquer tipo de subsídio.

A. *(...)” Não, por escrito não reclamam normalmente e poderão fazer algumas reclamações verbais, mas não é um tipo de população que reclame com regularidade, mais facilmente desistem no primeiro, no primeiro obstáculo que aparece pela frente,*



*claro que isto estou a generalizar e as pessoas não são todas iguais, mas é uma ideia que tenho, generalizada da população.”*

Os mediadores seriam fundamentais porque tal como é descrito a população por princípio não reclama, não se sente seguro para o fazer, não participa, a baixa literacia também contribui para este modo de estar. A participação destas pessoas é praticamente nula porque tal como refere Vieira (136:2017) a participação, abordada na perspectiva dos direitos humanos é encarada como um direito da pessoa e é vista como uma necessidade básica da existência. Neste âmbito a “participação é entendida como um direito universal que se constitui como direito do cidadão para exercer a sua cidadania”. Vieira (136:2017) O que não acontece nos casos dos migrantes porque a sua fragilidade impera sobre a sua capacidade de exercício dos direitos. Os serviços de proximidade foram referidos como um serviço que poderá atenuar a problemática existente no acolhimento ou seja a dificuldade na comunicação e na compreensão do que se transmite apontada por Paulo Estrela (2009:45) que poderá ser colmatada pelos serviços de proximidade que poderão acompanhar estes utentes de forma institucional que sirvam de elo de ligação e de alavanca de entendimento para ultrapassar estas barreiras.

A. *Mas eu acho que era importante haver estes serviços de proximidade que acompanhe estas pessoas, claro que nós não temos que ser paternalistas e fazer as coisas pelos outros mas há realmente pessoas que não têm recursos para resolver estas questões burocráticas. Eu acho que é mais por aí quando, e nós temos vontade, mas também não temos nós recursos para acompanhar todas as pessoas a uma marcação no SEF, e depois à própria entrevista e depois à reunião dos documentos que são necessários e às vezes as coisas param por aí. Tentamos sempre encaminhar para as instituições da comunidade, articular com o ACIDI, às vezes baralho-me porque eles vão mudando de nome...*

B. *Como iniciámos que logo a base, o atendimento, dar mais formação às pessoas que estão a atender.*

*Porque está sempre a haver a atualização dos decretos lei, e, uma pessoa que tivesse, que ficasse responsável por essa, por essa área para depois dar formação também aos colegas.(...)Olhe talvez ter um fundo de maneiço para poder quando a pessoa chegasse, olhe poder já ter, algum dinheiro já disponível. Precisa de medicamentos, nós vamos fazer a avaliação económica, se tiver direito é atribuído imediatamente, do que estar a encaminhar por exemplo para outra instituição, ou para a Segurança Social, que leva depois meses e meses em lista de espera para atender.*

A formação é considerada uma ferramenta indispensável pelos profissionais do Serviço Social. Segundo Carvalho Teixeira (2004) a comunicação efetiva em saúde tem influência importante em dois níveis complementando o assinalado por Carmo (2014) a nível individual e a nível comunitário.

A nível individual segundo o autor “ajuda a tomar consciência das ameaças para a saúde, pode influenciar a motivação para a mudança que visa reduzir os riscos, reforça atitudes favoráveis aos comportamentos protetores da saúde e pode ajudar a adequar a utilização dos serviços e recursos de saúde”. Os últimos aspetos focados vão ao encontro do enunciado pelos profissionais que sentem essa dificuldade no seu dia-a-dia, aliás focam a formação como a forma para adquirir as competências necessárias para o acolhimento eficaz.

A nível da comunidade segundo o mesmo autor pode promover mudanças positivas nos ambientes socio-económicos e físicos, melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde e facilitar a adoção de normas que contribuam positivamente para a saúde e a qualidade de vida. Neste âmbito conforme afirma o autor a comunicação em saúde pode influenciar os resultados da atividade dos técnicos conduzir ao bem-estar psicológico do utente e contribuindo para ganhos em saúde.

Pode-se considerar que a comunicação em saúde é a pedra de toque facilitadora do acolhimento e integração do migrante porque envolve três itens segundo Carvalho Teixeira (2004) é transversal, é central e é estratégico. É transversal como já identificado porque envolve várias áreas e contextos de saúde, quer nos serviços de saúde quer na comunidade. É central na relação que os técnicos de saúde estabelecem com os utentes no quadro da prestação dos cuidados de saúde. E é estratégico relacionado com a satisfação dos utentes.

Os níveis de literacia demasiado baixos também dificultam a integração dos migrantes na comunidade e no sistema de saúde, a incompreensão conduz a erros de avaliação por parte dos profissionais muito bem identificados nas entrevistas aos profissionais.

*A.(...) porque muitas das vezes são pessoas que, às vezes até já estão cá há 30 anos, mas não dominam bem o português, temos de ter uma linguagem muito simples, repetir várias vezes, e embora não fique muito satisfeita, mas às vezes tenho a sensação que depois de um atendimento prolongado que a pessoa pode não ter percebido tudo o que foi falado (...)*

*C. As situações... Os PALOP em situação não regularizada têm menos, também têm acesso a menos respostas do que as outras que têm situação regularizada, mas as respostas aqui em Lisboa por exemplo são muito mais, há muito mais respostas*

*relativamente à outra realidade que eu conhecia (...) Porque há mais associações, porque a própria Santa Casa tem muito mais verbas... Ahhh até em termos da saúde, aqui, por exemplo, aqui existe esta, nós temos o centro de saúde e há aqui outra unidade de saúde da Santa Casa. (...) Até mesmo a Santa Casa tem muito mais verbas, portanto, é possível nós conseguirmos muito mais do que, do que nos locais onde há só a resposta, onde a resposta é a Segurança Social. E depois a própria Santa Casa quando, quando é referenciada por exemplo uma situação destas, de um PALOP em situação não regularizada, mas, mas são cidadãos que não têm depois um suporte familiar ou, ou porque têm, são situações frágeis e que não se prevê que consigam voltar ao país de origem, são eles próprios a também, que nos ajudam aqui a tratar de regularizar a situação.*

Em uma apresentação pública, Carvalho Teixeira (1995) já identificava 4 problemas de comunicação que se mantêm nos serviços segundo os testemunhos, na transmissão da informação, nas atitudes comunicacionais, na comunicação afetiva e na análise do pedido. Na transmissão da informação aponta-se “informação excessivamente técnica, informação insuficiente, imprecisa ou ambígua”; nas atitudes comunicacionais “estilo autoritário de influência”, na comunicação afetiva refere a dificuldade em empatizar e escassa transmissão de segurança emocional”; na análise do pedido surge-nos a “dificuldade na identificação de pedido relacionados com crises pessoais”. Este testemunho ilustra de certo modo algo que ainda persiste na atualidade e que se torna imperativo ultrapassar. Coloca-se a questão se é resolvida apenas com ações de formação para os vários intervenientes na saúde, que é a resposta apresentada pelos profissionais do Serviço Social ou se terá de ir além?

Na última pergunta sobre a existência de um possível cenário ideal e o que poderia propor para melhorar o acolhimento e a integração aos migrantes, serviria como a oportunidade para o profissional realizar uma projeção futura sobre o serviço ideal a prestar a esta população ou na sua própria instituição. Ao promover a reflexão poderiam eventualmente surgir ideias de intervenção eficazes e de aplicação prática de incentivar qualquer profissional à reflexão, embora não sendo a pergunta ideal para uma entrevista porque implica parar, pensar, refletir para responder mas mesmo assim retiram-se algumas ideias pertinentes para a prática. Foram obtidas algumas respostas que merecem alguma reflexão porque denota a fragilidade não só dos utentes como dos profissionais na sua capacidade em encontrar trajetos, caminhos para quem os procura e a resposta adequada para resolver a situação.

- A. *Antes de vir, não conheço as realidades que as pessoas que vivem e acredito que vivam realidades complicadas, mas muitas das vezes vêm para situações também muito extremas de carência e eu acho que seria importante as pessoas antes de virem estarem bem informadas daquilo de que necessitam e se vêm com, se, e depois haver realmente aqui serviços de acolhimento. As pessoas nos PALOP têm as embaixadas mas a experiência que eu tenho, talvez a embaixada de Cabo Verde ainda dê algum apoio e até tem assistentes sociais mas a maioria das embaixadas não conheço grandes recursos. Sei que por exemplo a embaixada de S. Tomé é suposto dar, pelo menos foi essa informação que foi passada não sei se estou errada, mas é suposto dar apoio para a manutenção das pessoas cá mas depois não têm dinheiros e não dão, não têm recursos, e as pessoas vêm com uma expectativa que é completamente frustrada depois à chegada. E por isso acho que os serviços têm que se organizar e as pessoas têm que, a vir têm de vir com projetos de vida mais estruturados e penso que é isso têm que haver serviços à saída nos países de origem e à chegada para acolhimento destas pessoas até depois na procura de emprego, o problema é que nós também vivemos uma crise de emprego, e o emprego atualmente é um problema, na verdade não é o emprego é o desemprego, e eu acho que é por aí também... acho que é importante a formação, o trabalhar com esta problemática como com outras exige muitas das vezes conhecimentos específicos de legislação de procedimentos e de normas que mudam, e mudam às vezes com regularidade, e acho que o mais importante e eu muitas das vezes sinto porque nós não sabemos tudo de tudo, é importante nós termos formação regular e depois claro convinha haver alguns especialistas dentro do nosso serviço não é, nós sabemos que aquela pessoa nos vai, e de certa forma e apesar de as coisas não serem oficiais nós sabemos mais ou menos a quem recorrer conforme a problemática não é, conforme a dúvida, mas acho que é muito importante os serviços, claro que o próprio profissional também tem de procurar formação, mas os serviços dinamizarem formação de reciclagem em relação aos assuntos que trabalhamos e acho que o dos emigração é muito importante. Por acaso sei que houve uma formação ontem, uma ação sobre emigração ali na Casa das Histórias, não pude estar, normalmente também estou atenta a isso e tento...*
- c. *“Os profissionais estivessem todos mais informadas sobre estas questões das, dos migrantes, inclusive os médicos, enfermeiras e até os assistentes técnicos por causa de muito até, que são os primeiros, não é, que os recebem, e que fazem, e que lidam com eles naquelas questões que tem a ver com a, com a inscrição”. (...)” Temos acesso a um, a um serviço jurídico”*

### **3.3. Necessidades identificadas pelos profissionais**

Shaw e Gold (2001) citados em Vieira (156:2017) dizem que “a grande preocupação da pesquisa atual é de dar espaço e visibilidade a uma pluralidade de vozes”, mas tal como é mencionado pelos mesmos autores é necessário “um envolvimento nas situações da vida de todos os dias” (...) “a pesquisa tenta obter dados a partir de dentro, do interior das situações e do ponto de vista dos atores locais. Tenta-se aprofundar as questões a partir de uma compreensão empática, despidendo-se de preconceitos acerca dos tópicos em questão (...)”. Em resumo, os profissionais focaram ao longo das entrevistas alguns dos problemas existentes e que se constituem no seu dia-a-dia. Ao sistematizarmos podemos resumir em pelo menos sete alíneas que foram referenciadas ao longo do enquadramento teórico pelos vários autores.

- a) Informação/Comunicação;
- b) Formação aos profissionais de saúde, englobando todos os profissionais;
- c) Capacitação do migrante;
- d) Regularização das situações que se encontram condicionadas porque sendo pessoas não regularizadas no território não tem acesso a subsídios institucionalmente concedidos;
- e) Dotar as instituições neste caso específico de capacidade para proporcionar uma resposta imediata por exemplo com recurso a fundos de manuseio e não terem de solicitar a outras instituições/ministérios;
- f) Maior número de profissionais de forma a dinamizar uma área de abrangência maior, ao colocar os profissionais alocados a vários serviços é difícil ACeS com poucos técnicos conseguir abarcar todas as unidades funcionais e UCC, até mesmo conseguir participar em projetos de intervenção na comunidade no âmbito da saúde pública;
- g) Serviços de proximidade com a utilização de mediadores culturais.



## CONCLUSÃO

No âmbito deste trabalho procurou-se conhecer e caracterizar o acolhimento e a integração dos migrantes dos PALOP através do Serviço Social nos CSP, identificando os maiores problemas e constrangimentos através destes profissionais. O seu “olhar” é o grande foco deste trabalho porque os profissionais verbalizam mais facilmente e de uma forma mais estruturada as suas dificuldades e as suas necessidades para fazer face aos problemas que lhes são colocados diariamente. Os seus testemunhos permitiram uma reflexão sobre a sua prática. As dificuldades de compreensão, as barreiras linguísticas, a sobrevivência desta população com as dificuldades económicas assinaladas, as dificuldades de integração, a situação de utentes dos PALOP não regularizados que os impede de ter acesso a apoio institucionais, a escassa formação dos profissionais e as alterações na própria legislação que implica uma formação contínua, para além dos programas informáticos e suas aplicações morosas e constantemente em atualizações, como as situações assinaladas dos erros existentes nas inscrições destes utentes.

Segundo Estrela (2009:47), e as entrevistas assim o demonstram, os profissionais de saúde, “não têm formação específica na área da multiculturalidade, necessitam de conhecer e posteriormente integrar a heterogeneidade cultural e étnica”, no âmbito do acolhimento aos migrantes. Os profissionais participam nas formações, mas consideram insuficientes para abarcar as diferentes realidades necessárias de forma a melhorar o acolhimento e o atendimento destes utentes.

Numa das entrevistas foi classificado o Serviço Social como serviço informativo e de encaminhamento. Não foi referido o seguimento do processo, situação que se coaduna com a fragilidade da própria capacidade de resposta dos profissionais dependendo da localização territorial dos seus serviços (o acesso aos parceiros e resposta local). Vieira (2017:177) “os serviços sociais burocratizaram-se e rotinizaram-se transformando-se em meros processadores administrativos, onde há cada vez menos espaço para o diálogo e para a construção de uma relação entre profissional e utente”.

Concluimos que nos CSP a prática continua a ser de certo modo “conservadora” tal como Vieira (2017:219) descreve, são “práticas conservadoras aquelas que se limitam ao exercício da burocracia, agindo através do cruzamento das rotinas e dos procedimentos técnicos e administrativos” no entanto também se encontram algumas práticas transformadoras “quando tentam ser inovadoras e constroem novas estratégias para lá dos limites institucionais” como acontece com o projeto a “Prescrição Social” numa unidade com a maior percentagem de migrantes de Lisboa (USF da Baixa) que desenvolveu este projeto

novo no âmbito do Serviço Social. A prescrição social permite aos profissionais de saúde a referência dos utentes para um “link worker” para co-produzirem uma prescrição social (não-médica) de modo a melhorarem a sua saúde e bem-estar.

Também na conclusão do processo de acolhimento e encaminhamento não está enraizado um processo de finalização e auditoria aos processos de encaminhamento, de forma a concluirmos a sua eficiência e eficácia. Nos CSP ao nível das unidades de saúde já existe uma preocupação efetiva com a implementação da monitorização, avaliação e prática de auditorias para incentivar as melhorias e a correção dos desvios, mas ainda não se encontra alargado ao Serviço Social.

A Acreditação do Serviço Social poderia servir de alavanca para a promoção da profissão nos CSP, no caso do Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde para a área hospitalar, insere uma norma que contempla o Serviço Social, denominada de norma 63 aplicada para a área de Apoio Social que visa seis itens, a gestão, o encaminhamento de doentes, a avaliação, a prestação dos serviços, implementação, monitorização e avaliação e por fim o planeamento do trabalho futuro, Carvalho (2012:42-43).

Ao procurarmos uma definição sobre a distribuição e organização dos recursos humanos no Serviço Social constatamos que existem diferentes “topografias” dentro dos CSP, existe uma irregular afetação dos recursos ao nível do Serviço Social porque alocam-se recursos a várias unidades, projetos, serviços... o que de certa forma poderá eventualmente contribuir para uma redistribuição fundamentada ou desencadeando dispersão. Nos locais com vários profissionais nesta função poderá ser uma mais-valia mas na ausência de profissionais, não ajuda na capacidade de intervenção do assistente social. As orientações dadas pela APSS para a criação de um Núcleo Operacional de Serviço Social, é difícil de implementar face à carência de recursos humanos.

Os profissionais assoberbados por múltiplas tarefas focam-se apenas na sua capacidade de resposta efetiva, tal como caracterizam alguma da sua atividade nos CSP como “informativa e de encaminhamento”. A capacidade de intervenção destes técnicos fica submersa pela multiplicidade de “funções” desempenhadas.

Nas dificuldades identificadas pelos profissionais corroboradas por alguns dos autores referidos poderão eventualmente, ser colmatadas através de uma ação de harmonização de procedimentos na medida em que a proximidade geográfica a algumas instituições de âmbito social caracteriza a forma como são encaminhados e resolvidos os problemas. As associações de apoio aos migrantes também foram consideradas de grande importância pelos profissionais que evidenciam os serviços de proximidade e a importância dos mediadores culturais existentes em algumas instituições. A utilização de intérpretes ou de mediadores



culturais contribui para a eficácia da comunicação, a compreensão do problema do utente, de saúde e ou a caracterização do problema social.

Os parceiros sociais são a resposta existente e a que recorrem os assistentes sociais mas considerada insuficiente pelos profissionais para colmatar todas as situações.

O assistente social nos CSP tem um maior envolvimento com o utente e sua família e faz a ponte com o médico e o enfermeiro de família é um contexto diferente da realidade hospitalar. O campo de atuação do Serviço Social nos CSP baliza-se no acesso à saúde. É nesta premissa que deve atuar o assistente social, o acesso à saúde deve ser alvo da intervenção do Serviço Social porque é o primeiro patamar nos CSP a identificar quando existe acesso e quando são construídas barreiras. “A prática profissional do Serviço Social entrelaça, assim, diversos saberes disciplinares que cruzam uma dimensão política, uma dimensão científica-disciplinar, uma dimensão pedagógica e uma dimensão ética, as quais se manifestam numa relação/ação, simultaneamente negocial e interventiva, comunicacional e prestativa, que se estabelece entre profissional e utente” (Vieira, 2017: 32).

Ao acolher migrantes teremos de consolidar aprendizagens e unir esforços no campo social. (Estrela, 2009:47) “Para uma atuação apropriada a estas características necessitariam de aprender a integrar os fatores culturais na definição dos estados de saúde e de doença, já que estes condicionam fortemente as atitudes e os comportamentos dos indivíduos. Os próprios comportamentos adotados pelos indivíduos como resposta à sensação de doença (sickness ou sick –role dos autores anglo-saxónicos) são condicionados, de modo significativo, pelos seus contextos socioculturais”. Os profissionais identificam a formação como um constrangimento para a sua prática.

Ressalto que ao longo da investigação detetei que é premente a reflexão sobre o desenvolvimento e um maior investimento nos profissionais para não se diluir ao longo do tempo de permanência na função, a capacidade de intervenção tal como (Robertis 2011:36) afirma “o trabalho social dirige-se a uma realidade dinâmica e em mudança”. Se entendermos o papel do Assistente Social como mediador, como consegue intervir numa realidade em permanente processo de mudança, de evolução sem intervir de forma proactiva. Robertis chama a atenção para a “utilidade social da profissão do Serviço Social”, aliás denominada de trabalhador social por Robertis.

A capacidade de intervenção dos profissionais do Serviço Social terá forçosamente de evoluir para assumir a sua proatividade na comunidade ao serviço do cidadão, “ao Serviço Social cabe a função, especializada, de fazer a mediação e a articulação entre três subsistemas, a «pessoa em situação», a cultura da organização e o sistema de políticas sociais” (Vieira,2017:33). É imperativo caminhar-se para um desenvolvimento estratégico de intervenção ao nível político e social, começando pelo poder local de forma a tornar visível a

sua atividade na comunidade. Corrigir estratégias na alocação dos recursos, desenvolver novas práticas de intervenção colocando o cidadão sempre ao seu lado, caminhando em conjunto, participando e valorizando o utente. “A participação emancipatória propõe-se a transformar os sujeitos individuais em sujeitos coletivos, aumentando a sua capacidade de representatividade e o seu poder de pressão ou negociação, junto dos centros de decisão, de modo a influenciarem a atribuição a distribuição de recursos” (Vieira, 2017:37).

### **Reflexão pessoal**

Em termos futuros considero importante o desenvolvimento de um trabalho de investigação na área do Serviço Social englobando as cinco regiões, Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve no âmbito dos CSP identificando a temática do acolhimento e das boas práticas de intervenção na comunidade de forma a sistematizar a informação e potenciar as boas práticas.

A criação de um círculo de partilha envolvendo as várias regiões, potenciando o nível local, regional e nacional ao mesmo tempo. Neste círculo de partilha com o objetivo major, tal como o nome indica, de partilha de conhecimentos, das boas práticas, de identificação dos constrangimentos e apresentação de soluções, tornar perto quem está longe e potenciar o profissional reforçando as suas competências e suas especificidades, diminuindo as assimetrias e dotando o assistente social de uma maior capacidade reivindicativa, fundamentada e construtiva de uma realidade social mais completa, justa reafirmando os valores básicos da equidade na comunidade nacional.

“O Serviço Social transpõe pontes...para conseguir unir as margens”

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin (2004), *Análise de Conteúdo*, 3ª Ed, Lisboa: Edições 70.
- Becker, Howard S. 2008 (1998) *Segredos e truques de pesquisa*, Rio de Janeiro: Zahar.
- Beaud, Stéphane e Weber, Florence, 2007 (1998) *Guia para pesquisa de campo*.
- Burgess, Robert G. 1997 (1984) *A pesquisa de terreno*. Uma introdução. Oeiras: Celta: 11-31; 33-56; 111-133; 181-201.
- Branco, Francisco, & Amaro, Inês. (2011). "As práticas do "Serviço Social activo" no âmbito das novas tendências da política social: uma perspectiva portuguesa". *Serviço Social & Sociedade*, (108), 656-679.
- Caetano, Sofia, Correia, Cláudio, Silveira, Elisabete (2014) *Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros*, DGS, editor Ministério da Saúde.
- Capucha, Luís (2014), *Envelhecimento e Políticas Sociais em tempos de crise*, *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 74, pp. 113-131.
- Carmo, H. & Ferreira, M.M. (1998), *Metodologia da investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, Maria Irene (2012), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa: Factor.
- Carvalho, Maria Irene e Carla Pinto (2014) *Serviço Social – Teorias e Práticas*, Lisboa: Factor. Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Cabral, João de Pina (2007) "Aromas de urze e de lama": reflexões sobre o gesto etnográfico, *Etnográfica*, 11 (1): 191-212
- Carvalho, Maria Irene, Pinto Carla (2014) *Serviço Social Teorias e Práticas*. Factor- Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Carvalho, Maria Irene (2012) *Serviço Social na Saúde*, Factor- Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Carvalho, Maria Irene (2015) *Serviço Social com Famílias* Factor- Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Costa, António F. 1986, *A pesquisa de terreno em sociologia* in Silva, Augusto S. e Pinto, José M. (ed) *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Afrontamento.
- DESLAURIERS, Jean-Pierre et Hurtubise, Yves. (2005) *Le Travail Social International. Elements de Comparaison*. Les Presses de L'Université Laval. Canada.(online)
- Dias, Sónia e Gonçalves, Aldina (2007), "Migração e Saúde", in Dias, Sónia (org.), *Revista Migrações - Número Temático Migração e Saúde*, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 15-26. (online)
- Diogo, Fernando, Castro, Alexandra, Perista, Pedro, (2015), *Pobreza e Exclusão Social em Portugal Contextos, transformações e Estudos* Edições Húmos.
- Direitos das Minorias – Módulos sobre questões seleccionadas de direitos humanos (2012).
- Estrela, Paulo (2009) "A saúde dos imigrantes em Portugal" in *Revista Portuguesa de Clínica. Geral Dossier multiculturalidade* 45-55.
- Espada, João Carlos – *Análise Social*, Vol XXX (131-132), 1995 (2ºe 3º), 265-287.
- Faleiros, Vicente de Paula, *Estratégias em Serviço Social* 2ª edição, 1999.

- Fazenda, Isabel (2008), *O Puzzle Desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*, Lisboa: Climepsi Editores 76.
- Ferreira, Jorge (2011), *Serviço Social e Modelos de Bem-Estar para a Infância. Modus Operandi do Assistente Social na Promoção da Protecção à Criança e à Família*, Lisboa, Quid Juris Sociedade Editora.
- Flick, Uwe (2005) *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Monitor- Projetos e Edições,lda.
- Fonseca, Maria Lucinda et al *Saúde e Integração dos imigrantes em Portugal: uma perspetiva geográfica e política*, revista Migrações- Número Temático Imigração e Saúde, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI pp 27-52.
- Guerra, Isabel Carvalho (2006) *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo*, Sentidos e formas de uso, Principia, Cascais.
- Hespanha, Pedro et al, *Famílias Pobres, Desafios à Intervenção Social*, Coleção Sistemas, Famílias e Terapias 11; Climepsi Editores (2007).
- Hespanha, P. (2008). *Políticas Sociais: novas abordagens, novos desafios*. Revista de Ciências Sociais, 39(1).
- Horta, Ana Paula Beja, (2008), *A construção da Alteridade; Nacionalidade, Políticas de Imigração e Acção Colectiva Migrante na Sociedade Portuguesa Pós-colonial* (2009), Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lechner, Elsa, 2009, *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Leite, Ricardo Baptista Leite, Pontes, Carla de Sousa, Pavão, Francisco José (2015) *Cidadania para a Saúde*, Universidade Católica Editora.
- Matias, Gonçalo Saraiva (2014) *Migrações e Cidadania*, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Martin, Vivien, Henderson, Euan, 2004, *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*, Lisboa, Monitor.
- Marshall, Thomas Humphrey – *Cidadania e Classe Social* vol 1, Senado Federal 2002.
- Mozzicafreddo, Juan Pedro, *Sociologia- Problemas e práticas* nº 16, 1994 pp11-40 *O Estado-Providência em transição*.
- Naidoo, Jennie; Wills Jane, 2009 *Foundation for Health Promotion* Edinburgh : Elsevier, 2009
- Núncio, Maria José da Silveira (2010), *Introdução ao Serviço Social, Histórias, Teoria e Métodos*, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Coleção manuais pedagógicos.
- Núncio, Maria José da Silveira (2013), *Políticas de Família e Intervenção Social com Famílias*, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Coleção manuais pedagógicos.
- Oliveira, Ana Maria da Costa (2016) *A Teoria das Forças: um referencial para a prática na intervenção social*, Lisboa, Universidade Católica Editora.
- Payne, Malcolm, (2014), *Redes Sociais em Serviço Social*, em Maria Irene Carvalho e Carla Pinto (org.), *Serviço Social- Teorias e Práticas*, Pactor.
- Payne, Malcolm, (2002), *Teoria do Trabalho Social Moderno*, Coimbra, Quarteto Editora Pedroso, P. (2010), “*Modelos de activação: workfare ou dupla activação?*” in *Modelos de activação dos desempregados: os desafios estruturais e as condicionantes conjunturais*, Lisboa, GEP/MTSS, pp. 45-67.
- Raepenbush, Preface de Melchior Wathelet (2001) *la Sécurité Sociale des travailleurs européens. Principes directeurs et grands arrêts de la cour de justice des communautés européens*. The borak Université. Bruxelles. (online)

- Robertis, Cristina de (2011) *Metodologia da Intervenção em Trabalho Social*, Porto Editora.
- Robertis, Cristina de (2003) *Fundamentos del Trabajo Social Ética y Metodología*, Colección Trabajo Social, 1 Nau L Libres, Universitat de València.
- Rocha-Trindade, Maria Beatriz [et al.] (1995) *Sociologia das Migrações*, Lisboa: Universidade Aberta.
- Rocha-Trindade, Maria Beatriz, 2009, *Migrações Permanências e Diversidades*, Lisboa: Edições Afrontamento.
- Rocha-Trindade, Maria Beatriz (1993) *Perspetivas Sociológicas da Interculturalidade*", in *Análise Social*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Volume XXVIII, n.º 123-124, 4º e 5º, 869-878.
- Rocha-Trindade, Maria Beatriz, *Migrações no Quadro do Mercado Único Europeu*, in *Análise Social*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Volume XXV (107,1990 (3º), 465-477.
- Teixeira, José Carvalho (2004) *Comunicação em saúde, relação técnicos de saúde-utentes*, notas didáticas, ISPA.
- Vieira, Isabel de Freitas (2017) *A Participação – Um paradigma para a intervenção social*, 2ª Edição, Lisboa, Universidade Católica Editora.
- Weber, Philippe (2011) *Dinâmicas e Práticas do Trabalhador Social*, Porto Editora.

### **Legislação**

- Código Penal artº 200 nº1
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro
- Decreto-Lei n.º 111/2000 de 4 de Julho, artigo 2º, alínea g, Lei da não Discriminação
- Decreto-lei n.º 48358/68 de 27 de abril
- Decreto-Lei n.º 413 /71 de 27 de setembro
- Decreto Regulamentar n.º2/2013 de 18 de março
- Despacho 25 360/2001 de 12 de dezembro Acesso à saúde por parte dos migrantes
- Diretiva comunitária 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011
- Lei n.º48/90 de 24 de agosto – Lei de Bases da Saúde
- Lei 134/99 de 28 de agosto
- Lei 2011/46 de 2 de abril de 19146
- Lei n.º 2/2006, de 17 de abril
- Lei 37/2006 de 9 de agosto
- Lei 29/2012 de 9 de Agosto
- Parecer do Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP, setembro de 2012
- Portaria 227/2015 de 3 de agosto
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015 -Plano Estratégico das Migrações

### **Sites consultados**

- [www.acidi.gov.pt](http://www.acidi.gov.pt) 2017/23 de janeiro 2018 site do Alto Comissariado para as Migrações
- <https://www.acm.gov.pt/pt/-/observatorio-das-migracoes> 24 de janeiro, 30 de março de 2018 site do Observatório das Migrações

<http://www.observatoriodireitoshumanos.net/> 2017, 2018 6 fevereiro -Site do Observatório dos Direitos Humanos

<http://opss.pt/> 2017, 2018 24 de janeiro- site do Observatório da saúde

<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>

Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020

<http://www.mipex.eu/> MIPEX – Migrant Integration Policy Index) 2 de fevereiro de 2017;janeiro de 2018

<http://www.easpd.eu/en/content/pessis-2-promoting-employers-social-services-organisations-social-dialogue> -Pessis 2 de fevereiro 2017; 5 de agosto 2018

# ANEXOS

**Anexo A – Guião de entrevista semi-estruturada aos profissionais.**

Com esta entrevista pretende-se recolher informações sobre o tipo de intervenção do Serviço Social com os migrantes oriundos dos PALOP- Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa nos Cuidados de Saúde Primários de forma a compreender o acolhimento e a integração na saúde e através do “olhar” do Serviço Social conseguir a identificação das problemáticas existentes nas unidades funcionais do ACES – Agrupamento de Centros de Saúde, relacionadas especificamente com estes utentes.

Este instrumento metodológico enquadra-se numa investigação no âmbito do Mestrado em Serviço Social do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa com a orientação do Prof. Dra. Inês Amaro. Todas as informações recolhidas são estritamente confidenciais.

**1) Função e objetivos**

1.1. Serviço ou área de intervenção/atividade (UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade, URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, USF- Unidade de Saúde Familiar, Gabinete do Cidadão.

1.2. Qual a sua função e tempo de serviço?

1.3. Situação profissional – tipo de vínculo.

**2) Conhecimento da população - Caracterização dos migrantes que acedem aos serviços de saúde onde trabalha (Angola, Cabo-verde; Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé)**

2.1. Indique as nacionalidades dos migrantes que procuram os serviços.

2.2. Existe uma nacionalidade que se evidencia na procura? Qual?

2.3. Quais são as (idades) faixas etárias que mais recorrem aos serviços?

**3) Interação com o migrante: caraterização**

3.1. Como é a sua interação com o utente migrante?

3.2. Qual é a sua abordagem? Indica possibilidades, orienta para onde se deve dirigir?

3.3. Solicita a opinião ao próprio?

3.4. Como preferem os utentes ser ajudados?

3.5. Dando-lhes soluções imediatas?



3.6. Conversando e encontrando uma solução em conjunto?

3.7. Como classificaria o acolhimento e integração nas unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários?

3.8. Que diferenças tem vindo a notar ao longo dos anos? População, serviços, solicitações...

**4) Identificação e caracterização dos problemas relatados pelos migrantes ao serviço social/assistente social de forma a compreender o acolhimento e o nível de integração nas unidades de saúde.**

4.1. Consegue identificar quais são os maiores problemas e constrangimentos assinalados pelos migrantes ao nível dos cuidados de saúde primários quando procuram *diretamente* a sua instituição?

4.2. Indique quais são os maiores problemas /constrangimentos assinalados pelos migrantes ao nível dos cuidados de saúde primários quando referenciados pelas Unidades Funcionais ou instituições de âmbito social, ou seja, pelos profissionais?

4.3. Identifique quais as situações que considera mais problemáticas para os migrantes?

4.4. Indique o tipo de reclamações que os migrantes transmitem quando questionados sobre as Unidades Funcionais do Serviço Nacional de Saúde? (pergunta especialmente dirigida, caso a entrevista seja com um profissional que exerça funções no gabinete do cidadão)

4.5. Identifique as situações mais difíceis de encaminhar ou de obter resposta.

**5) Intervenção do serviço social na instituição e o seu papel na sociedade como agente promotor do desenvolvimento e da mudança social.**

5.1. Costuma relatar por escrito os acontecimentos mais marcantes ou problemáticos aos seus superiores hierárquicos/chefias?

5.2. Para o desenvolvimento da sua atividade, quais são os recursos disponíveis na comunidade?

5.3. Como funciona essa interação com a comunidade/ poder local? Identifique os recursos disponíveis.

5.4. A nível social e com o foco na sua área de atuação, indique quais são os maiores desafios?

5.5. Que meios utiliza quando pretende relatar ou denunciar uma situação, chamar a atenção?

**6) Reflexão final do profissional entrevistado.**

6.1. Caso sinta essa necessidade o que mudaria ou que implementaria de imediato no acolhimento e acompanhamento ao migrante.

6.2. Imaginemos um cenário ideal e que poderia solicitar no imediato, indique o que considera necessário para a sua instituição melhorar o acolhimento e a integração aos migrantes.

6.3. Há algum assunto que queira acrescentar e que possa contribuir para o meu trabalho?

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO