

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

A comunicação entre o cidadão migrante e as instituições de saúde em Portugal

Yasminne Ramalho Chermiti

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva, Professora Auxiliar com agregação do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia

outubro, 2022

iscte

**BUSINESS
SCHOOL**

A comunicação entre o cidadão migrante e as instituições de saúde em Portugal

Yasminne Ramalho Chermiti

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Doutora Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva, Professora Auxiliar com agregação do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Sociologia

outubro, 2022

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, a Professora Rita Espanha, por toda a orientação, apoio, partilha e disponibilidade ao longo destes últimos meses.

Além disso, agradecer aos meus pais e irmãos por serem a minha força e por estarem sempre presentes e serem um pilar nos momentos mais desafiantes.

Aos meus amigos, o meu mais sincero obrigada por todo o apoio e motivação, em especial à Laura, por ter sempre uma palavra de apreço e motivação nos momentos certos.

À equipa da UCC de Sacavém, ao pessoal técnico do CAR e aos cidadãos migrantes, pela partilha dos seus testemunhos nas entrevistas, o meu obrigada.

Como em qualquer caminhada, antes de apreciar a paisagem é necessário percorrer um caminho, por vezes tumultuoso. Mas no fim, ao alcançar ao destino final, chega-se à conclusão de que todos os obstáculos tornaram a viagem mais bonita.

Que venha a próxima caminhada.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender como é estabelecida a comunicação entre os cidadãos migrantes e as instituições de saúde em Portugal. Para tal, foi desenvolvido um estudo compreensivo interpretativo com base em dois blocos temáticos: acesso aos cuidados de saúde primários e questões da língua e integração sociocultural. Foi possível verificar que os cidadãos migrantes sentem a existência de limitações no acesso aos cuidados, desde a questão da barreira linguística, até aos longos tempos de espera e dificuldade em agendar consultas com Médicos Especialistas. Os profissionais de saúde consideram igualmente que existem alguns constrangimentos, desde a carência de recursos humanos especializados, falta de infraestruturas e incentivos por parte do Sistema Nacional de Saúde. Algumas sugestões de melhoria apresentadas consistiram em aumentar o volume de horas dedicado ao atendimento em cuidados de saúde primários no Centro de Acolhimento para Refugiados, investir em recursos humanos com formação específica, em infraestruturas mais inclusivas e em intérpretes para facilitar a comunicação ao longo de todo o processo de acesso aos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Cidadão migrante; Profissionais de Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Comunicação; Barreiras; Acesso

ABSTRACT

The goal of this study was to understand how communication is established between migrant citizens and health care institutions in Portugal. To this end, a comprehensive interpretive study was developed based on two thematic blocks: access to primary health care and language issues and sociocultural integration. It was possible to verify that the interviewed citizens refer that they feel there are limitations in access to care, from the language barrier issue to the long waiting times and difficulty in scheduling appointments with Specialists. Health professionals also consider that there are some constraints, from the lack of specialized human resources, until lack of infrastructure and incentives from the National Health System. Some suggestions for improvement were to increase the number of hours dedicated to primary health care in the Refugee Reception Center, to invest in human resources with specific training, in more inclusive infrastructures and in interpreters to facilitate communication throughout the whole process of access to health care.

Keywords: Migrant Citizens; Health Professionals; Primary Health Care; Communication; Barriers; Access

JEL Classification System: I14- Health and Inequality; O15- Human Resources • Human Development
• Income Distribution • Migration

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	1
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	5
2.1.	A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS DOENTES.....	5
2.2.	REFUGIADOS EM PORTUGAL – ALGUNS DADOS DE CONTEXTUALIZAÇÃO.....	9
2.3.	CONSTRANGIMENTOS COMUNICAÇÃO NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	15
3.	MODELO CONCEPTUAL E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	19
4.	METODOLOGIA.....	23
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
5.1.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	29
5.2.	ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	29
5.3.	QUESTÕES DA LÍNGUA E INTEGRAÇÃO SOCIOCULTURAL.....	34
6.	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	37
7.	FONTES.....	ix
8.	BIBLIOGRAFIA.....	x
9.	ANEXOS.....	xiii
	ANEXO A– GUIÃO DE ENTREVISTAS: CIDADÃOS MIGRANTES.....	xiii
	ANEXO B– GUIÃO DE ENTREVISTAS: PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UCC DE SACAVÉM.....	xiv

GLOSSÁRIO DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

- **SNS**- Sistema Nacional de Saúde
- **OMS**- Organização Mundial de Saúde
- **UE**- União Europeia
- **OIM**- Organização Internacional das Migrações
- **CRP**- Constituição da República Portuguesa
- **CPR**- Conselho Português para os Refugiados
- **CAR**- Centro de Acolhimento para Refugiados
- **CSP**- Cuidados de Saúde Primários
- **ACES Loures Odivelas**- Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odivelas
- **NATO**- *North Atlantic Treaty Organization*
- **ACNUR**- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
- **SEF**- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
- **ACM**- Alto Comissariado para as Migrações
- **ISS**- Instituto da Segurança Social
- **SCML**- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
- **UCC**- Unidade de Cuidados à Comunidade
- **USF**- Unidade de Saúde Familiar
- **PNV**- Plano Nacional de Vacinação

1. INTRODUÇÃO

Este estudo surge no âmbito da conclusão do mestrado em Gestão de Serviços de Saúde e tem como objetivo compreender como é estabelecida a comunicação entre o cidadão migrante e as instituições de saúde em Portugal.

A crise migratória é algo que se tem vindo a verificar cada vez mais nos últimos anos e que atingiu níveis críticos em 2015. Esta caracteriza-se pelo fluxo de cidadãos que procuram chegar à Europa à procura de melhores condições de vida, seja para fugir de conflitos armados, perseguições, alterações climáticas, entre outras violações sistemáticas dos direitos humanos.

Os governos europeus e sociedades atuais enfrentam desafios cruciais relacionados com a saúde dos cidadãos migrantes e questões de saúde associadas à migração. Estes desafios serviram de base para a resolução sobre a "saúde dos migrantes", aprovada pela 61ª Assembleia Mundial da Saúde, que apela a todos os Estados- Membros que:

Promovam políticas de saúde sensíveis aos migrantes;

Garantam o acesso equitativo à promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados aos migrantes;

Estabeleçam sistemas de informação sanitária, a fim de avaliar e analisar as tendências na saúde dos migrantes;

Elaborem mecanismos para melhorar a saúde de todas as populações (incluindo os migrantes), nomeadamente através de identificação e preenchimento de lacunas na prestação de serviços de saúde;

Reúnam, documentem e partilhem informações e melhores práticas para responder às necessidades de saúde dos migrantes;

Aumentem a sensibilidade dos prestadores de serviços de saúde e dos profissionais às questões de saúde dos migrantes;

Desenvolvam formações para os profissionais de saúde, a fim destes estarem melhor preparados para lidar com os problemas de saúde associados aos movimentos populacionais

(World Health Organization,2008)

Neste contexto, em 2015, Portugal destacou-se, pois apesar da sua fraca tradição de acolhimento de refugiados e dos constrangimentos orçamentais e económicos a que estava sujeito, acolheu um número elevado de refugiados, como uma forma de demonstração política de solidariedade europeia.

O acesso dos cidadãos migrantes (entenda-se por cidadãos migrantes cidadãos com estatuto de refugiado ou requerentes de asilo) aos serviços de saúde nos sistemas de saúde europeus e, falando

concretamente no Sistema Nacional de Saúde (SNS) português, adquire uma grande importância por diversas razões.

A primeira razão prende-se no facto destes cidadãos representarem uma proporção cada vez maior da população na Europa. Assim, a fim de tomarem decisões fundamentadas sobre os migrantes, é crucial que os profissionais de saúde, gestores e políticos obtenham mais conhecimento sobre a saúde destes cidadãos e da sua capacidade de aceder aos cuidados (Coutinho, 2016).

A segunda razão é o facto de os problemas de saúde afetarem a capacidade destas populações migrantes se envolverem em atividades do âmbito educacional, laboral e atividades na sociedade em geral, podendo isto constituir um fator impeditivo nos processos de integração nos países de acolhimento.

A terceira razão, mas não menos importante, diz respeito ao conceito de "direito à melhor saúde possível". Este direito está descrito na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1946, e foi reiterado na Declaração de 1978 Alma Ata e na Declaração de Saúde do Mundo de 1998 (Coutinho, 2016).

Assim, é de salientar que Portugal aderiu ao programa de reinstalação da União Europeia (UE), mantendo o compromisso de receber em território nacional uma quota de refugiados, definida anualmente, em cooperação com a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e outras entidades nacionais (Ribeiro, 2017).

O acesso aos cuidados de saúde por parte dos cidadãos migrantes em Portugal não tem passado despercebido e tem merecido a atenção e o desenvolvimento de medidas específicas como parte da política pública portuguesa de integração de imigrantes. Estas medidas vão desde a criação do I Plano para a Integração dos Imigrantes, 2007-2009 (Resolução do Conselho de Ministros nº 63- A/2007, de 3 de maio) e do II Plano para a Integração dos Imigrantes, 2010-2013 (Resolução do Conselho de Ministros nº 74/2010, de 17 de setembro), até ao desenvolvimento do atual Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020 (Resolução do Conselho de Ministros nº 12-B/2015, de 20 de março), em curso até 2020 (Oliveira, 2021).

A proteção da saúde dos cidadãos migrantes e o seu acesso aos cuidados de saúde em Portugal são reconhecidos como: (1) um direito humano e um direito básico de acordo com os valores e princípios constitucionais; (2) vitais para a integração dos migrantes e um fator crítico para reduzir a pobreza e as desigualdades sociais e (3) essenciais para a coesão social e proteção da saúde pública e bem-estar geral (Direção Geral da Saúde, 2020).

Estes princípios regem-se pela estruturação legal do SNS, que se caracteriza por ser universal e tendencialmente gratuito, na qual a Constituição da República Portuguesa (CRP) e a Lei de Bases da Saúde conferem a todos os cidadãos (onde se incluem os cidadãos migrantes) o direito à proteção da saúde, qualquer que seja a sua condição económica, social ou cultural (Direção Geral da Saúde, 2020).

Portugal é assim um dos países da UE com as melhores práticas, reconhecidas internacionalmente, na integração e no acolhimento de migrantes. No entanto, apesar da legislação portuguesa, segundo o artigo 52º da Lei nº 27/2008, de 30 de junho, garantir o acesso de forma gratuita de refugiados e requerentes de asilo ao SNS, fazendo uma comparação entre as garantias previstas nesta lei com aquilo que realmente é a sua aplicação na prática (nomeadamente no que diz respeito a questões como o direito ao emprego, à educação e, em particular, à saúde), é possível notar uma fragilidade na aplicabilidade destes direitos consagrados na lei, o que em termos práticos contribui para um agravamento no estado de saúde destes cidadãos (Ferreira, 2017; Santinho, 2009).

Estes cidadãos por si só já estão em constante situação de vulnerabilidade, não só devido aos traumas que, na grande maioria das vezes, surgem pelas razões que os motivam a saírem do seu país (por exemplo devido ao clima de guerra e instabilidade política que se fazem sentir) como também a problemas de saúde físicos. Essa vulnerabilidade mantém-se ao chegarem a um país de acolhimento onde, falando especificamente da saúde, se verifica a ausência de apoios estruturados entre o Conselho Português de Refugiados- CPR (entidade gestora dos Centros de Acolhimento para Refugiados I e II (CAR), onde os cidadãos ficam instalados por tempo determinado, nos primeiros meses após a chegada a Portugal) e o SNS.

Adicionalmente, verifica-se a ausência de uma mediação cultural para a saúde e a falta de sensibilidade e conhecimento, por parte dos diversos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde a estes cidadãos, que lhes proporcione um atendimento na saúde que tenha em consideração as diferenças culturais.

Todas estas particularidades dificultam ainda mais o processo de integração dos cidadãos migrantes e a sua participação em atividades na sociedade.

Assim, por todas as razões acima descritas, é crucial desenvolver um plano de ação que permita que as instituições de saúde portuguesas estejam dotadas das melhores estratégias, para que seja possível providenciarem o acesso a cuidados de qualidade à população migrante, de forma justa e equitativa, pois só respondendo às necessidades de saúde destes cidadãos é que estes poderão começar a sentir-se devidamente acolhidos e com capacidade (no que diz respeito a estado de saúde) para contribuírem de forma ativa e serem integrados na sociedade.

Para o desenvolvimento desse plano de ação, é necessário primeiro entender de que forma é que a comunicação entre os cidadãos migrantes e as instituições de saúde influencia o acesso aos cuidados de saúde primários por parte destes. Assim sendo, o principal objetivo deste estudo foi compreender como é estabelecida a comunicação entre o cidadão migrante e as instituições de saúde portuguesas, particularmente falando do Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odivelas (vulgo ACES Loures Odivelas). Além disso, entender quais as principais condicionantes (como exemplo barreira linguística, questões culturais...) sentidas, não só pelos cidadãos migrantes, como também

pelos profissionais que lhes prestam cuidados de saúde, pois só assim se poderá construir um plano de ação que vise colmatar estas condicionantes e permita que estes cidadãos sejam gradualmente integrados na sociedade.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS DOENTES

Até recentemente era comum a crença de que o médico era o detentor de toda a sabedoria e que a sua única função era focar-se nos sintomas, fazer o diagnóstico correto e prescrever o tratamento adequado para a resolução do problema de saúde. Não havia comunicação com o cidadão para perceber como este se sentia nem esclarecimento de eventuais dúvidas. O doente era somente visto como uma máquina que necessitava de reparação (Markides,2011).

Com o passar dos anos foi-se deixando essa ideia de parte, tendo-se vindo a presenciar uma evolução da comunicação na área da saúde, especialmente ao longo das últimas 2 décadas (Ruão et al., 2012). Assim, pode afirmar-se que a comunicação tem vindo a assumir um papel cada vez mais preponderante na área da saúde (Silva, 2017).

Segundo vários autores, a comunicação em saúde pode ser definida como “A arte ou a técnica de informar, influenciar e motivar indivíduos, instituições, públicos e audiências sobre importantes questões da saúde” (National Center for Health Statistics, 2012:11-6) ou ainda, segundo Shiavo (2013:21), como “uma abordagem multifacetada relacionada com a informação, que pretende atingir diferentes públicos na saúde, tendo como objetivo influenciar, envolver e apoiar indivíduos, profissionais de saúde, comunidades, decisores políticos e o público, de forma a introduzir, adotar, ou manter um comportamento, prática ou política que em última instância melhore os resultados em saúde.”

Atualmente, a comunicação em saúde visa a prevenção da doença, a promoção da saúde, políticas de saúde, cuidados de saúde, assim como a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos dentro da comunidade (Ratzan, Payne & Bishop, 1996).

Hipócrates¹, uma das figuras mais importantes da história da saúde, sendo mesmo considerado o “pai da medicina”, tomou consciência de que a comunicação era importante no efeito terapêutico do indivíduo, ressaltando o facto de que alguns doentes, cientes do seu débil estado de saúde, conseguiam recuperar devido à satisfação sentida relativamente à humanidade do clínico (Heinemann, 1923).

Assim, à semelhança da teoria de Hipócrates, algumas pesquisas demonstraram que existe uma grande relação entre a capacidade de boa comunicação de um profissional com um doente e a capacidade do doente seguir as recomendações médicas, fazer uma autogestão de uma condição

¹Hipócrates foi um filósofo grego que viveu entre 460 a.C e 377 a.C e que ficou conhecido pelo juramento de Hipócrates. O Juramento de Hipócrates é um juramento solene efetuado pelos médicos, tradicionalmente por ocasião de sua formatura e com uma forte carga simbólica por marcar o início da atividade como médico(a) e receção da cédula profissional.

crónica e adotar medidas de saúde preventivas, contribuindo assim para a melhoria do seu estado de saúde (Pérez-Stable & El-Toukhy, 2018).

A perceção dos doentes relativamente à forma como são tratados e, conseqüentemente, da qualidade dos serviços prestados por uma instituição de saúde prende-se muito na qualidade das suas interações com a equipa de profissionais de saúde (Clark, 2003; Wanzer, Booth-Butterfield & Gruber, 2004). A conexão que o doente sente com a equipa clínica que o acompanha pode, de facto, influenciar o seu estado de saúde, através da sensibilização para a adoção de uma postura participativa nos cuidados que recebe, na adesão ao tratamento prescrito e na autogestão da sua saúde (Wolf, et al., 2017).

Organizações de saúde com políticas de comunicação fortemente estabelecidas conseguem influenciar a saúde dos seus doentes, enquanto aquelas que não as têm podem ter um impacto negativo no bem-estar dos mesmos. É importante que os profissionais de saúde e as organizações assumam a importância da comunicação na prestação de cuidados de saúde, pois só assim poderão evoluir. Acima de uma responsabilidade individual, o desenvolvimento de skills de comunicação no contexto clínico deve ser também da responsabilidade dos serviços de saúde, estabelecendo medidas para identificar, discutir e aprimorar essas competências (Pires & Cavaco, 2014). Assim, é muito importante que, quer se esteja a falar de um médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, todos sejam capazes de fazer uma fusão entre as suas skills profissionais e as humanas (Markides, 2011).

Quando se considera a importância da comunicação nos cuidados de saúde, a segurança dos doentes surge no topo das razões pelas quais é necessário criar uma estrutura de comunicação eficiente em qualquer organização. De acordo com um estudo de 2006 na *Clinical Biochemist Review*, analisando cerca de 14000 mortes em hospitais, erros de comunicação demonstraram ser a causa principal, surgindo à frente de defeitos na prática clínica propriamente dita. Grande parte das decisões de diagnóstico partem da componente histórica da anamnese, ou seja, indivíduos/doentes cuja oportunidade para falarem acerca da história por detrás dos seus sintomas lhes é retirada, muitas vezes devido a interrupções por parte dos profissionais, estão mais sujeitos a comprometimentos no seu diagnóstico (Wilson et al., 1995).

Quando o doente é interrompido, sente que o que está a dizer não é visto como relevante e isto leva a que se torne mais reticente em partilhar informações que, na maioria dos casos, podem ser cruciais no estabelecimento do diagnóstico.

No entanto, apesar destes erros poderem impactar de forma grave a saúde dos doentes, são facilmente corrigíveis, significando que muitas mortes devido a uma má comunicação podem evitadas (Coeira, 2006).

A falta de comunicação abre portas para situações onde erros médicos podem ocorrer, podendo causar consequências graves para o doente. Estes erros são cada vez mais um problema na prática

clínica dos serviços de saúde atuais. A filosofia contemporânea defende que o médico (e restante equipa de profissionais) deve trabalhar em conjunto com o doente. No que diz respeito à construção desta relação profissional-doente, a confiança é vista como um dos principais pilares a ter em conta (Markides, 2011). A confiança é algo que se constrói e para tal é necessário haver respeito. Um profissional que respeita o seu doente é um profissional que entende que à sua frente está outro ser humano com opiniões, dúvidas, preocupações, medos, e em certos casos, um *background* cultural diferente do dele (Markides, 2011).

Esta base de confiança permite que os doentes se sintam à vontade para levantar questões acerca da sua condição e sobre o tratamento e para começarem a sentirem-se parte integrante no que diz respeito à discussão e escolha de opções com os profissionais, mostrando iniciativa e aumentando os seus conhecimentos.

Além disso, uma boa relação e comunicação entre o doente e a equipa de profissionais que o acompanha permite que este se sinta valorizado, confiante e confortável e que concorde e aceite as decisões tomadas. Além da confiança, também a transparência constitui um dos componentes cruciais na relação profissional-doente. O profissional deve ser capaz de expressar os seus pensamentos e sentimentos face ao que é dito pelos doentes (Markides, 2011).

Outro pilar que influencia a boa comunicação entre os profissionais e os doentes é a forma como a comunicação se estabelece, isto é, determinadas características no discurso dos profissionais que são vistas como facilitadoras de uma boa comunicação, tais como o encorajamento por parte da equipa de profissionais para um diálogo bidirecional, ou seja permitir que o doente partilhe a sua opinião e conhecimentos acerca do que está a ser discutido; promover a empatia e evitar alterações no tom de voz e indelicadeza; utilizar de forma eficiente a comunicação verbal e não verbal; dedicar tempo para ouvir a história por detrás da doença que o indivíduo/doente tem para contar e fazer um esforço para reduzir o “*gap*” cultural entre ambas as partes (Pires & Cavaco, 2014).

O *gap* cultural constitui uma das principais barreiras na relação profissional-doente. Um estudo desenvolvido no Malawi revelou que a discriminação para com indivíduos/doentes iletrados também demonstrou ser um fator que influencia a forma como os profissionais interagem com os doentes e é também neste sentido que é importante fomentar a comunicação com os doentes e a partilha de informações de forma simples, mas completa, pois, independentemente dos níveis de literacia, todos os doentes devem estar bem informados e sentirem-se parte integrante no seu processo de cuidados de saúde (Madula et al., 2018).

Além disso, este estudo também descreveu a língua como outra barreira que impede uma comunicação eficaz entre os profissionais e os doentes. Isto vai de encontro a um estudo realizado no Canadá, que mostrou que falhas em combater a barreira linguística podem levar a males-entendidos, problemas ao nível dos consentimentos informados, inadequada compreensão do diagnóstico e

tratamento, insatisfação com os cuidados prestados, disparidades nas prescrições, pedido de exames e avaliações de diagnóstico (Higginbottom et al., 2014).

No que diz respeito à comunicação em saúde entre os profissionais e os cidadãos migrantes, tal como já foi mencionado anteriormente, o *gap* cultural surge como um dos obstáculos mais evidentes à interação entre ambas as partes.

A interação pode ser condicionada, não só pela barreira linguística, como também pela inexistência de competência cultural nos profissionais de saúde, que se traduz, por um lado pelo desconhecimento sobre determinada cultura (que por vezes leva à infantilização dos cidadãos migrantes), como também pela possibilidade da cultura ser entendida pelos clínicos de forma estereotipada, como sinónimo de nacionalidade, etnicidade ou até de língua e, portanto, como forma de discriminar as diferenças (Ferreira, 2017).

Além disso, a questão da religião nestas comunidades migrantes também influencia a comunicação com os profissionais de saúde e, conseqüentemente, o acesso aos cuidados de saúde, na medida em que influencia o comportamento social, assim como a conceituação de saúde e doença (Gonçalves et al., 2003). Os cidadãos migrantes trazem consigo crenças e práticas medicinais utilizadas nos seus países de origem, e acabam por recorrer mais à utilização destas, devido à dificuldade linguística no atendimento médico (Shibusawa & Mui, 2010).

Paralelamente, há ainda a questão das expectativas e da gestão das mesmas, nomeadamente no que diz respeito à marcação célere de consultas e à melhoria significativa da sua saúde imediatamente após a chegada ao país de acolhimento, sendo que quando estas não podem ser satisfeitas pode gerar sentimentos de frustração, confusão ou rejeição (Ferreira, 2017).

É importante salientar que o sofrimento dos cidadãos migrantes pode não se restringir apenas aos traumas vividos no passado, devendo também considerar-se que o desconhecimento relativo aos novos contornos sociais e culturais do país de acolhimento (como por exemplo a discriminação sistemática no país de acolhimento e a não disponibilização de meios de mediação linguística e cultural para interagir a nível institucional ou usufruir SNS) pode ser um fator gerador de angústia e ansiedade (Ferreira, 2017).

Por fim, mas não menos importante, é crucial que o profissional seja capaz de se tentar colocar no lugar do doente e perceber as coisas do seu ponto de vista. Se o doente perceber que o profissional está focado nele e realmente se preocupa com o que ele sente, estará mais disponível para confiar no profissional e, a partir do momento em que se estabelece uma relação de confiança e, conseqüentemente, o doente estará mais aberto para ouvir a opinião e respeitar e seguir os conselhos do profissional (Markides, 2011).

Além da boa comunicação entre o profissional e o doente poder significar um melhor *outcome* no que concerne ao tratamento, esta boa relação também traz benefícios na vida do profissional, já que

a relação que se estabelece é com base em confiança, transparência e honestidade, contribuindo para a diminuição dos níveis de ansiedade dos profissionais e redução da probabilidade de *burnout* (Markides, 2011).

É necessário que os profissionais de saúde que estão ligados à prestação de cuidados de saúde a um indivíduo priorizem a boa comunicação com este e melhorem os aspetos que considerarem necessários, a fim de promover a fusão entre as vertentes humanística e técnica, ou seja, como serem bons profissionais sem que isso implique perderem o seu “lado humano” (Markides, 2011).

Particularmente falando dos cidadãos migrantes, uma abordagem centrada na pessoa promove o envolvimento destes em todo o processo, ajudando-os a sentirem-se confortáveis para expressarem os seus pontos de vista, sendo isto um progresso em termos de questões internacionais, já que estes cidadãos esperam que os profissionais os ajudem na gestão da sua doença tendo em conta as suas expectativas e perspetivas pessoais (Baraldi & Gavioli, 2021).

Concluindo, compreender os componentes afetivos, não verbais e instrumentais da comunicação em saúde permite que os profissionais prestem cuidados mais humanizados.

No que diz respeito à legislação, existe um conjunto de leis que conferem proteção internacional para os cidadãos migrantes e requerentes de proteção subsidiária. As disposições elencadas na Convenção de Genebra de 1951 constituem o principal pilar e têm como objetivo assegurar que estes cidadãos beneficiem de proteção no país de acolhimento (Ribeiro, 2017).

Em Portugal, o regime jurídico em matéria de asilo e de refugiados encontra-se definido na Lei nº 26/2014, de 5 de maio, que procede à primeira alteração à Lei nº 27/2008, de 30 de junho, e que estabelece as condições e procedimentos de concessão de asilo ou proteção subsidiária e os estatutos de requerente de asilo, de refugiado e de proteção subsidiária (Ribeiro, 2017).

Relativamente ao acesso à saúde, o direito de todas os cidadãos à saúde, assegurado pelo SNS, universal e tendencialmente gratuito, está contemplado no artigo 64º da CRP. No entanto, devido ao aumento dos movimentos migratórios, o termo “cidadão” gerou ambiguidade. Assim sendo, foi criado o Despacho nº 25360/2001 e a Circular Informativa nº 12/DQS/DMD/2009 do Ministério da Saúde de 2009, assegurando o acesso equitativo de imigrantes e nacionais aos serviços de saúde, tratamentos e assistência medicamentosa (Coutinho, 2016).

2.2. REFUGIADOS EM PORTUGAL – ALGUNS DADOS DE CONTEXTUALIZAÇÃO

O número de cidadãos requerentes de proteção internacional (migrantes ou requerentes de proteção subsidiária) no Mundo, e de populações deslocadas no seu próprio território, verificou um forte aumento nos últimos anos, especialmente desde 2015, como consequência de ambientes de guerra, conflitos armados ou violação dos direitos humanos, tendo atingido um máximo histórico em

2019, com 79,5 milhões de pessoas deslocadas em todo o mundo, sendo que esse universo englobava 26 milhões de refugiados, 45,7 milhões de populações deslocadas internamente, 4,2 milhões de requerentes de asilo e 3,6 milhões de venezuelanos deslocados no estrangeiro. O aumento deste movimento migratório é explicado, em grande parte, pelo conflito Sírio, e as deslocações forçadas de alguns países do Médio Oriente (Iraque, Iêmen, Afeganistão) e da África Subsariana (República Democrática do Congo, Sudão Sul, Somália, Etiópia, Burundi) (Oliveira, 2021).

Em Fevereiro de 2022, devido a uma guerra geopolítica que se instalou na Europa, entre a Rússia e a Ucrânia, milhões de ucranianos viram-se obrigados a abandonar o seu país. Houve um grande movimento de solidariedade por parte dos países da North Atlantic Treaty Organization (NATO) e da UE e Portugal não foi exceção. De acordo com a última atualização do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), até à data, Portugal já acolheu cerca de 51.700 refugiados ucranianos e estima-se que não pare por aí (Agência Lusa, 2022).

De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), até à data existem cerca de 7,3 milhões de refugiados ucranianos e mais de 6,5 milhões de pessoas deslocadas internamente (UNHCR,2022).

A 4 de Março de 2022 é lançada a Decisão de Execução (UE) 2022/382 do Conselho da UE, que declara a existência de um afluxo maciço de pessoas deslocadas da Ucrânia na aceção do artigo 5.º da Diretiva 2001/55/CE, e que tem por efeito aplicar uma proteção temporária (Conselho da União Europeia, 2022).

De acordo com o ACNUR, Portugal não constitui um dos principais destinos de eleição no que diz respeito aos pedidos de proteção internacional. Dos 26 milhões de refugiados no mundo em 2019, apenas 2,7 milhões (13,3%) estavam em países da UE, sendo que desses apenas 2,4 mil foram acolhidos por Portugal, representando cerca de 0,1% do total dos refugiados da UE (UNHCR, 2021).

Apesar destes números, desde 2015, devido à pressão migratória sentida globalmente, não sendo a Europa nem Portugal uma exceção, e como adaptação à nova realidade de entrada de requerentes e beneficiários de proteção internacional em Portugal, através de mecanismos de proteção europeus – inicialmente com a chegada dos recolocados de Itália e da Grécia, mas também pela chegada de reinstalados do Acordo EU/Turquia 1x1, Recolocação *ad hoc* de barcos humanitários e, mais recentemente, também pelo mecanismo de reinstalação EU50.000)- Portugal criou o Plano Nacional para o Acolhimento e Integração de Pessoas Refugiadas Recolocadas, o qual contempla as seguintes dimensões: (1) acesso à alimentação; (2) acesso à habitação; (3) acesso a cuidados de saúde; (4) acesso à educação; (5) aprendizagem de português; (6) acesso a formação, reconhecimento, validação e certificação de competências; (7) acesso ao mercado de trabalho; (8) acesso aos serviços da comunidade; (9) acesso à informação e ao apoio jurídico; e (10) interpretação e tradução de documentos. Este novo programa de acolhimento contou também com o alargamento da duração do

programa de acolhimento para 18 meses (tendo a Plataforma de Apoio aos Refugiados, PAR, ampliado ainda o programa para 24 meses, no caso do acolhimento das famílias) (Oliveira, 2021).

Desta forma, e de acordo com informação recolhida pelo ACNUR, verificou-se que, entre 2015 e 2020 em Portugal, de 2015 para 2016 o número total de refugiados aumentou 70,8%, passando de 699 para 1.194; nos anos seguintes registou um crescimento de +35,9% e +31,6%, respetivamente em 2017 e 2018, alcançando em 2019 o número de refugiados mais elevado no país, com 2.387 (+11,8% que no ano anterior) (UNHCR, 2021).

No que diz respeito aos casos pendentes ou a aguardar decisão, o número de requerentes de asilo diminuiu em 2017 e 2018, comparativamente aos valores mais elevados relativos a 2015 e 2016 (641 e 858 processos pendentes para requerentes de asilo, respetivamente). Em 2019 o número de requerentes de asilo a aguardar de decisão atingiu o valor inédito de 1.079 (Oliveira, 2021).

Assim, segundo os dados do ACNUR e de acordo com a tabela 1, em 2019 Portugal tinha 2.387 cidadãos com estatuto de refugiado, 1.079 requerentes de asilo a aguardar deferimento e 14 pessoas que não estavam sob a proteção do ACNUR, ou seja, 3.480 pessoas sinalizadas pelo ACNUR a carecerem de proteção internacional de Portugal (UNHCR, 2021).

Tabela 1- Refugiados, requerentes de asilo e total de pessoas sob atenção do ACNUR, entre 2013 e 2019.

Ano	Refugiados		Requerentes de asilo		Total de Pessoas sinalizadas ACNUR	
	N	Taxa de variação	N	Taxa de variação	N	Taxa de variação
2013	598	-	206	-	1.357	-
2014	699	+16,9	344	+67,0	1.057	-22,1
2015	699	0,0	641	+86,3	1.354	+28,1
2016	1.194	+70,8	858	+33,9	2.066	+52,6
2017	1.623	+35,9	45	-94,8	1.682	-18,6
2018	2.136	+31,6	85	+88,9	2.235	+32,9
2019	2.387	+11,8	1.079	+1169,4	3.480	+55,7

Fonte: UNHCR-Global Trends

No entanto, a pandemia da COVID-19 veio influenciar o universo de pessoas deslocadas em todo o Mundo, devido a restrições na mobilidade entre países, fecho de fronteiras e mudanças nos serviços administrativos (tais como suspensão de atendimento presencial nos serviços de asilo e suspensão de entrevistas com requerentes de asilo), tendo-se verificado uma diminuição no número de requerentes em 2020 na UE (de 698,8 mil pedidos em 2019 para 471,6 mil na EU em 2020). Portugal não foi exceção e acompanhou esta tendência decrescente, com uma diminuição em cerca de 45% dos

pedidos de asilo registados, sendo que de 1820 requerentes registados em 2019 passaram a 1002 em 2020) (Oliveira, 2021).

No que diz respeito às características demográficas dos requerentes de asilo, as nacionalidades mais representadas nos pedidos de proteção internacional registados na UE em 2019 e 2020 compreenderam as referentes aos seguintes países: Síria, Afeganistão, Venezuela, Iraque e Colômbia (UNHCR, 2021).

No entanto, estes dados contrastam substancialmente com a realidade de Portugal, em que, das cinco principais nacionalidades que efetuaram um pedido de asilo em Portugal, nenhuma dizia respeito às cinco principais nacionalidades de requerentes da UE, surgindo outras nacionalidades como Gâmbia, Angola e Guiné-Bissau. Isto permite afirmar que a realidade do asilo difere de país para país dentro da UE, identificando-se que determinadas nacionalidades tendem a procurar mais alguns Estados-membros que outras, podendo este facto sugerir redes sociais ou familiares anteriormente estabelecidas com determinado país europeu ou o efeito de características culturais específicas do país de acolhimento (como a língua e relações históricas) (UNHCR, 2021).

Conforme mostram os dados administrativos do SEF, embora globalmente se verifique uma representação em maior peso de requerentes do sexo masculino no total de requerentes de proteção internacional em Portugal (o sexo masculino representou 80,2% do total de pedidos em 2020, e 73,2% em 2019), há nacionalidades em Portugal onde o sexo masculino ainda se destacou mais (por exemplo 96,2% dos requerentes da Gâmbia são do sexo masculino), bem como nacionalidades onde o sexo feminino representou cerca de metade dos requerentes de proteção (53,8% dos requerentes de Angola são do sexo feminino) (SEF, 2008).

No que diz respeito à estrutura etária, em 2020 os requerentes com menos de 13 anos representavam 10% do total de pedidos de asilo processados em Portugal (em comparação com 24,1% da UE); os pedidos de requerentes com idades compreendidas entre 14 e 17 anos representavam 9% (5,9% na UE); os requerentes com idades entre 18 e 34 anos representavam 63,5% (48,3% no total da UE) e os requerentes com mais de 35 anos de idade apresentavam uma importância relativa de 17,5% (21,8% na UE) (Oliveira, 2021).

A maioria dos menores não acompanhados registados na UE tinham 16 ou 17 anos de idade (67% em 2019 e 2020) e é do sexo masculino (88% em 2020). As nacionalidades mais representadas nos menores não acompanhados eram referentes ao Afeganistão (40,5% do total de menores não acompanhados na UE em 2020), Síria (16,7%), Paquistão (8%) e Somália (4,8%). Apesar dos menores estrangeiros não acompanhados serem ainda uma realidade menos expressiva em Portugal, verifica-se que, nos últimos anos, aumentaram os pedidos de proteção de menores estrangeiros não acompanhados (quase uma centena em 2020) (Oliveira, 2021).

Para acompanhar a postura solidária adotada pela UE e, em particular, de Portugal, a partir de 2015, houve um aumento do número de instituições envolvidas no acolhimento de requerentes e beneficiários de proteção internacional em Portugal, passando o acolhimento destes requerentes e beneficiários a ser coordenado pelo Alto Comissariado das Migrações (ACM) em articulação estreita com uma rede de entidades de acolhimento a nível local, tais como o SEF e o CPR (Oliveira, 2021).

De forma resumida, o sistema de asilo em Portugal contempla quatro fases que remetem para um contacto com várias instituições nacionais: a primeira fase diz respeito ao registo do pedido de proteção internacional; a segunda fase remete para a admissibilidade do processo; a terceira fase é de instrução do processo propriamente dito (cujo período de duração é entre 6 e 9 meses); e finalmente a quarta fase de concessão do estatuto de refugiado ou de proteção subsidiária.

Em Portugal, os requerentes de proteção internacional têm direito a receber apoio para o seu acolhimento no país desde o momento da apresentação do seu pedido até à decisão final, sendo-lhes garantidas, durante esse período e segundo a Lei do Asilo, as seguintes condições: alojamento e alimentação; prestação pecuniária de apoio social, com carácter mensal, para despesas de alimentação, vestuário, higiene e transportes; subsídio complementar para alojamento, com carácter mensal ou subsídio complementar para despesas pessoais e transportes. Estes encargos são suportados pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (Oliveira, 2021).

O CPR gere os CAR I e II, localizados na Bobadela e em São João da Talha, cuja finalidade prende-se no acolhimento de adultos isolados e famílias que procuram em Portugal proteção internacional e que aguardam a admissibilidade do seu pedido, e (no caso do CAR mais recente, inaugurado em 2018) também refugiados acolhidos no país ao abrigo da reinstalação. Concluída a fase de admissibilidade e acolhimento inicial no CAR, o CPR procede à elaboração de relatórios sociais sobre os requerentes e encaminha-os para o Grupo Operativo do Protocolo de Cooperação para Apoio a Requerentes e Beneficiário de Proteção Internacional, coordenado pelo Instituto da Segurança Social (ISS) (Oliveira, 2021).

Passa a ser da responsabilidade do ISS proceder à definição de um plano de inserção, em articulação com o CPR, para cada um dos requerentes admitidos (com autorização de residência provisória) no que diz respeito às áreas da educação, saúde, formação profissional, autarquias, entre outros, de modo a assegurar o acolhimento e a integração dos mesmos em todas estas vertentes. Relativamente aos pedidos de proteção indeferidos, é da responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) acolher e prestar apoio a estes requerentes, até que seja proferida uma decisão final relativamente ao seu pedido (Oliveira, 2021).

No que diz respeito ao acesso à saúde, de acordo com dados obtidos pelo ACM, quase a totalidade das pessoas em acolhimento em 2020 tinha inscrição no SNS (98,9% dos casos chegados por recolocação *ad hoc* de barcos humanitários e 98,2% dos casos chegados por via do programa de

reinstalação 2018/2019). No entanto, é de ressaltar que esta monitorização dizia respeito apenas à inscrição nos serviços públicos. No caso da saúde, se de facto existe uma rápida inserção dos refugiados no SNS, esta não está diretamente relacionada com o acesso a estes cuidados, havendo o reporte de algumas situações de dificuldade de acesso a serviços de especialidade ou demora no acompanhamento da saúde dos refugiados em algumas regiões do país (Oliveira, 2021).

As populações migrantes são muito heterógenas, contemplando trabalhadores, refugiados, estudantes e imigrantes não regulares com diferentes estados de saúde e necessidades de cuidados de saúde. O acesso a cuidados de saúde por parte destes cidadãos é considerado um desafio de saúde pública enfrentado pelos governos e sociedades atuais (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

A OMS (2010) estabeleceu quatro princípios em que a saúde pública se deverá basear para a promoção da saúde dos migrantes e da população de acolhimento:

evitar disparidades no estado de saúde e no acesso aos cuidados de saúde entre os migrantes e a população de acolhimento;

garantir o direito à saúde dos migrantes, reduzindo a discriminação e a possibilidade de impedimento no acesso dos migrantes às intervenções preventivas e curativas, (que constituem direitos básicos de saúde);

reduzir a mortalidade e morbilidade das populações migrantes (principalmente em situações de migração forçada, resultante de catástrofes ou conflitos);

minimizar o impacto negativo de todo o processo de migração; a migração em si geralmente torna os migrantes mais vulneráveis aos riscos de saúde decorrentes da mudança e adaptação a novos ambientes.

Todavia, o acesso dos cidadãos migrantes ao SNS em Portugal, na prática, é dificultado, pelas seguintes razões (Santinho, 2009):

1) Desconhecimento geral por parte dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, administrativos) dos hospitais e centros de saúde sobre o que significa ser refugiado, para além do desconhecimento do estatuto legal que lhes garante o apoio e o acesso gratuito à saúde;

2) Barreiras linguísticas e culturais que demonstram ser um constrangimento na consulta, no que concerne ao diálogo entre o médico e o paciente;

3) Ausência de um serviço de mediação e acompanhamento destes cidadãos à consulta;

4) Desconhecimento do modo como funciona o SNS e falta de informação disponível em diversas línguas sobre este assunto:

5) Inexistência de explicação sobre a função e a toma de medicamentos prescritos: esta situação verifica-se também em parte pela ausência de um sistema articulado, ou estruturado, entre os diversos serviços de saúde física ou mental que prestam apoio a estes cidadãos e o próprio CPR;

6) Ausência de reconhecimento do significado médico, social, cultural e simbólico desses serviços: muitos destes cidadãos são provenientes de realidades onde não existe um SNS estruturado, recorrendo exclusivamente a curandeiros ou terapeutas tradicionais, a quem reconhecem exclusiva autoridade para tratar a doença e obter a cura);

7) Incapacidade (reconhecida) por parte do SNS de prestar serviços de saúde singulares e culturalmente adaptados às características e necessidades específicas dos refugiados;

2.3. CONSTRANGIMENTOS COMUNICAÇÃO NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

As organizações de saúde representam um papel de grande importância na sociedade, não só na prestação de cuidados de saúde, como também na prevenção e promoção da mesma.

Devido a um interesse cada vez mais substancial da sociedade pelas áreas da saúde, as próprias organizações de saúde têm vindo a reconhecer o papel da comunicação neste âmbito. Ainda que não seja considerada por todos uma área essencial, os gestores que se dedicam à saúde começam a entender a relevância e o poder da comunicação (Alpuim, 2015). Segundo Ruão et al. (2013:24):

“Os hospitais, mesmo os de gestão pública, os centros de saúde ou as administrações regionais ou locais do setor da saúde começam a investir em gabinetes de comunicação, a contratar assessores de imprensa ou agências e a dar formação de comunicação aos profissionais de saúde. Com isso, preparam-se para um uso mais estratégico e planeado da comunicação com o propósito de dar a conhecer políticas públicas, de apelar à prevenção, de combater os riscos ou de ajudar ao tratamento das doenças”

De acordo com o 1º Estudo de Comunicação Hospitalar em Portugal, realizado em 2009, a comunicação é uma área que já faz parte da maioria dos hospitais portugueses; no entanto, o seu foco ainda incide essencialmente na melhoria a relação com o doente, subvalorizando outras áreas igualmente importantes, tais como as relações interprofissionais (Alpuim, 2015).

Assim, no contexto de uma organização de saúde, por vezes, pode haver constrangimentos na comunicação pelo facto de estas serem essencialmente compostas por equipas interdisciplinares, nas quais a hierarquia resultante de uma cultura profissional e institucional leva a que alguns profissionais possam sentir alguma dificuldade em, por um lado, se expressar abertamente com outras classes profissionais e, por outro, fomentar o comportamento de evitamento da crítica dentro do mesmo grupo profissional (Santos et al., 2010).

As barreiras de comunicação surgem assim como potenciais impulsionadoras da ocorrência de incidentes adversos ou erro, na medida em que não é transmitido o feedback relativo a um procedimento incorreto, nem verbalizadas propostas de alternativas mais eficazes, impedindo a

correção da prática e o erro (Gillespie et al., 2009). Esta falta de feedback surge como consequência do medo de potenciais penalizações e perda de reputação do profissional de saúde, que faz com que não sejam notificados os chamados eventos sentinela ou near-miss (Fragata, 2009), podendo pôr em causa a saúde do utente (Garcia, 2017).

Assim, no topo das preocupações com a segurança do doente surge a necessidade do desenvolvimento de uma cultura organizacional que vise a promoção e a procura contínua pela qualidade dos serviços que uma organização presta, passando muito pelas relações que se criam entre os membros das equipas interdisciplinares e entre estes e os doentes.

Neste sentido, para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de saúde, um dos critérios é saber em que medida os serviços de saúde fornecidos por uma organização vão de encontro às necessidades e expectativas do público-alvo, isto é, dos doentes. Atualmente a satisfação dos doentes apresenta-se como um dos indicadores de qualidade dos serviços prestados, sendo fundamental na determinação de aspetos a melhorar (Silva, 2017).

Para tal, é crucial que se estabeleça uma comunicação efetiva entre a organização, representada pelos seus profissionais, e o doente, por forma a escutá-lo e a entender de que forma os cuidados que recebeu contribuíram para melhorar, minimizar ou resolver o seu estado de saúde e contribuir, desta forma, para a melhoria da sua qualidade de vida (Silva, 2017).

A satisfação dos doentes com os cuidados prestados, constitui uma realidade constante, na medida em que a opinião do doente é imprescindível para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, permitindo uma melhoria contínua desses cuidados, sendo também uma oportunidade de participação do doente na construção de um serviço à sua medida, baseado na perceção e valorização dos serviços prestados (Silva, 2017).

Apesar de ainda haver um longo caminho a percorrer, também as entidades de saúde em Portugal já têm cada vez mais a noção de que a comunicação deve ser vista como uma estratégia nas organizações de saúde, “não só porque contribui para expressar a identidade da organização e criar um clima positivo e saudável entre os diferentes públicos e a organização, mas porque já é considerada como uma das principais armas para a prevenção, promoção e educação para a saúde, que se reflete na melhoria da qualidade de vida de cidadãos, famílias e comunidades” (Barros, 2011:3074).

Para além de contribuir para a melhoria da saúde dos cidadãos, a comunicação pode desempenhar um papel crucial no que diz respeito à redução dos gastos em saúde pública, pois através de campanhas de prevenção, os profissionais de comunicação estratégica podem contribuir para a mudança de comportamentos e hábitos (a médio ou longo prazo) o que, consequentemente, irá permitir poupar no orçamento da saúde. Ou seja, se a população estiver consciente e efetivamente alterar determinados hábitos de vida, poderá recorrer com menor frequência aos serviços de saúde (Silva, 2017).

Além disso, a importância da comunicação nas organizações também estende aos stakeholders, tais como colaboradores, utentes e seus familiares, fornecedores, a comunidade e o governo. Assim, é essencial definir um plano de comunicação estratégica, a fim de agilizar os processos de comunicação delineados para atingir os diferentes públicos-alvo e garantir a qualidade do seu relacionamento com a organização, ponto fulcral para a prossecução dos objetivos organizacionais (Póvoas, 2009).

3. MODELO CONCEPTUAL E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A investigação científica compreende um conjunto de processos formais e sistemáticos de desenvolvimento de um método científico, com a finalidade de obter respostas a determinadas questões, através da aplicação de procedimentos científicos (Costa, 2011:6).

A investigação científica social e humana é “o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social. Por seu turno, a realidade social envolve todos os aspetos relativos ao homem, nos seus múltiplos relacionamentos com os outros homens e com as instituições sociais” (Costa, 2011:6).

Quer nos fenómenos sociais quer nos naturais, a problemática do conhecimento científico parte do mesmo princípio, de que há hipóteses teóricas que devem ser confrontadas com dados obtidos através de observação ou de experimentação. Este confronto apenas é possível após o desenvolvimento de métodos/modelos, que contemplem um conjunto de operações, regras e procedimentos, estabelecidos de forma voluntária e reflexiva, para que seja possível alcançar um determinado fim, material ou conceptual (Costa, 2011).

Assim, de forma geral, o objetivo da construção do modelo de análise é possibilitar que as nossas ideias assumam uma forma conceptual que permita que se tornem exequíveis e passíveis de fundamentar o trabalho de recolha e análise de dados provenientes da observação.

Antes de se iniciar a construção do modelo de análise, é necessário explicitar a problemática. A problemática é um sistema conceptual organizado com natureza construtivista, que tem como referência a questão de partida e pretende organizar o raciocínio, tendo em conta a adequação que é necessário existir entre a construção teórica das hipóteses de investigação e a realidade (Costa, 2011).

A partir da problematização, é possível definir um quadro conceptual, ou seja, descrever o quadro teórico em que se inscreve a metodologia, definir os conceitos-chave (dimensões de análise) e sistematizar as relações existentes entre essas dimensões de análise, e o enquadramento teórico que essas relações devem ter tendo em conta a questão de partida.

A elaboração desse trabalho de reflexão prévia permitirá visualizar de forma mais clara as implicações que a abordagem terá na problemática em estudo e de que forma esta vai ou não de encontro às problemáticas existentes na contextualização teórica que utilizamos nas leituras da fase exploratória.

Quivy & Campenhoudt (1998: 69) referem que “as leituras ajudam a fazer o balanço dos conhecimentos relativos ao problema de partida; as entrevistas contribuem para descobrir os aspetos a ter em conta e alargam ou retificam o campo de investigação das leituras (...) As leituras dão um enquadramento às entrevistas exploratórias e estas esclarecem-nos quanto à pertinência desse

enquadramento. A entrevista exploratória visa economizar perdas inúteis de energia e de tempo na leitura, na construção de hipóteses e na observação.”

Assim, considerando os autores já referidos, e a visão destes acerca das condições de produção científica em ciências sociais, olhou-se para a problemática da migração e dos refugiados, e do seu acesso aos cuidados de saúde primários nas instituições de saúde em Portugal, partindo de um modelo compreensivo interpretativo e tendo como base a questão de partida “De que forma a comunicação influencia o acesso dos cidadãos migrantes aos cuidados de saúde primários em Portugal?”.

A partir de entrevistas semidirigidas a uma amostra previamente selecionada, fez-se uma análise compreensiva interpretativa, partindo de dois blocos temáticos (Questões da língua e integração sociocultural e Acesso aos cuidados de saúde primários), tendo sido estas as dimensões de análise, conforme consta na figura 1.

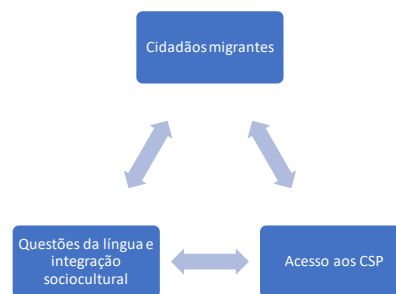


Figura 1- Quadro conceitual.

Como já mencionado anteriormente, a construção do modelo de análise baseia-se em conceitos estipulados como essenciais no decorrer do estudo que, através das relações que têm entre si, permitem a elaboração de hipóteses teóricas (que são as respostas hipotéticas à pergunta de partida).

Quivy & Campenhoudt (1998:135) referem que “(...) não há observação ou experimentação que não assente em hipóteses. Quando não são explícitas, são implícitas ou, pior, inconscientes.”

As hipóteses são, portanto, proposições que prevêm uma relação entre dois conceitos ou fenómenos. Uma vez que são provisórias, são por isso pressupostos que devem ser verificados, confrontados com a realidade (Costa, 2011).

No presente estudo, foram definidas as seguintes hipóteses de investigação:

H1- A questão da língua para algum tipo de migrantes pode ser considerada uma barreira à prestação de cuidados de saúde;

H2- As diferenças socioculturais para alguns migrantes podem constituir uma barreira para a prestação de cuidados de saúde;

H3- Alguns migrantes podem sentir que o desconhecimento dos seus direitos enquanto cidadãos migrantes pode influenciar o seu acesso a cuidados de saúde;

H4- Para os profissionais de saúde, a falta de formação específica na prestação de cuidados de saúde a cidadãos migrantes pode constituir um fator impeditivo da prática de cuidados culturalmente competentes;

H5- Para os profissionais de saúde, a atual estruturação do SNS tem em consideração a diversidade cultural das comunidades migrantes;

H6- Para os profissionais de saúde, existe uma carência de profissionais especificamente especializados no apoio à saúde das comunidades de migrantes e de refugiados.

4. METODOLOGIA

O presente capítulo apresenta a metodologia da pesquisa utilizada neste estudo, bem como a justificação para as opções metodológicas utilizadas, assim como a definição da amostra e as técnicas de recolha e análise de dados que foram utilizadas.

Este estudo assenta numa abordagem de tipo qualitativa, baseada em análise documental e entrevistas a atores-chave.

A abordagem qualitativa é uma metodologia de pesquisa não estruturada, baseada em pequenas amostras e que proporciona percepções e compreensão do contexto do problema em estudo (Malhotra, 2004). Esta abordagem tem lugar quando se pretende obter uma ampla compreensão do fenómeno em estudo, sendo que o principal objetivo passa por descrever ou interpretar e não propriamente avaliar o fenómeno (Freixo, 2011). Segundo Marshall & Rossman (1989), esta abordagem metodológica implica a imersão no quotidiano dos indivíduos escolhidos para o desenvolvimento do estudo, sendo que o investigador entra no mundo dos informantes e deve observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem tentar controlá-los.

Com a realização da pesquisa qualitativa pretendeu-se obter uma melhor compreensão da envolvente contextual e das particularidades do objeto em estudo. O facto de o objeto em estudo ser a comunicação que é estabelecida entre os cidadãos migrantes e as instituições de saúde em Portugal, e de que forma é que esta influencia o acesso aos cuidados de saúde primários, fez com que fosse imprescindível recorrer à recolha de opiniões dos elementos-chave deste objeto de estudo.

Para este fim, as entrevistas são um instrumento privilegiado de recolha de informação, pois permitem recolher uma grande variedade de informação que, de outra forma, seria impossível de obter. As entrevistas são caracterizadas pelo contacto direto entre o entrevistador e o interlocutor, onde o entrevistado exprime as suas experiências, interpretações e opiniões e o investigador atua como facilitador dessa expressão, evitando que esta se afaste do objetivo do estudo e permitindo que o entrevistado aceda a um grau elevado de autenticidade e profundidade (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Segundo Carmo & Ferreira (1998:129), “as entrevistas assumem diversos formatos de modo a adequar-se convenientemente às contingências do ambiente e aos objetivos que o investigador se propõe atingir”.

Relativamente às vantagens das entrevistas, Quivy & Campenhoudt (1998) referem: a maior profundidade dos dados recolhidos, bem como fraca diretividade e relativa flexibilidade que permite a recolha dos elementos de análise, respeitando os quadros de referência e categorias mentais dos interlocutores. Foddy (2003: 249) refere ainda como vantagens “o facto de que os erros de

interpretação são (...) facilmente detetáveis, uma maior eficácia na descoberta de informações sobre temas complexos e carregados de emoção, assim como na análise de sentimentos.”

Quanto às desvantagens, Foddy (2003) aponta o tempo exigido para a entrevista, o facto de a amostra ser mais restrita e o facto de os dados serem mais difíceis de analisar. Quivy & Campenhoudt (1998) apresentam como principais limitações e problemas à entrevista o facto de a flexibilidade possibilitar o desvio durante o diálogo, bem como a falta de serenidade necessária do entrevistador. Além disso, “o facto de a flexibilidade do método poder levar a acreditar numa completa espontaneidade do entrevistado e numa total neutralidade do investigador” (Quivy & Campenhoudt, 1998:194), devendo o investigador ter presente que as formulações do entrevistado estão dependentes da relação que o liga a si, e da forma como pode ser induzido. Foddy (1996: 140) refere que

“são vários os factores que condicionam o nível de perturbação provocado pelas perguntas, podendo referir-se: a natureza do próprio tópico proposto; a existência de conotações particulares (...); as características da própria pergunta (...); a natureza da relação entre o investigador e os inquiridos; e certas barreiras de estatuto social.”

No que diz respeito ao grau de estruturação das entrevistas, este é variável. “A entrevista estruturada (...) é a que requer o máximo de controlo sobre o conteúdo, o desenvolvimento, a análise e a interpretação da medida” (Fortin, 2003: 246), recorrendo-se normalmente a questões fechadas.

Por outro lado, “a entrevista não estruturada (...) é aquela em que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à discricção do entrevistador” (Fortin, 2003: 246), podendo, no entanto, ser parcialmente estruturada ou totalmente não estruturada. Segundo Bogdan & Biklen (1994), algumas entrevistas podem ser relativamente abertas e guiar-se por tópicos e questões gerais. Mesmo nos casos de utilização de um guião, a entrevista permite ao sujeito moldar o conteúdo.

Podemos ainda considerar, segundo Quivy & Campenhoudt (1992), a entrevista semidiretiva ou semidirigida, ou, como referem Bogdan & Biklen (1994), entrevista semiestruturada. Neste tipo de entrevista,

“certamente a mais utilizada em investigação social (...), o investigador dispõe de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado. (...) Tanto quanto possível, «deixará andar» o entrevistado para que este possa falar abertamente (...) O investigador esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objectivos” (Quivy & Campenhoudt, 1998: 192).

Dada a natureza e objetivos deste estudo, e seguindo as orientações propostas pelos autores, optou-se pela realização de entrevistas semidirigidas de resposta aberta, uma vez que se fica “com a certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos” (Bogdan & Biklen, 1994: 135), e, para tal, foram elaborados os guiões das entrevistas.

No que diz respeito à estruturação e conceção dos guiões das entrevistas utilizadas neste estudo, foram definidos os temas pertinentes a ser abordados e elaboraram-se, de seguida, os tópicos de perguntas a efetuar. Resultaram daqui os guiões das entrevistas que podem ser consultados nos anexos A e B e que foram realizadas, respetivamente, aos cidadãos migrantes do CAR I e aos profissionais de saúde da UCC de Sacavém.

Relativamente ao registo das respostas das entrevistas, segundo Gil (1999: 125-126), “o único modo (...) é registá-las durante a entrevista, mediante anotações ou com o uso de gravador. A anotação posterior à entrevista apresenta dois inconvenientes: os limites da memória humana (...) e a distorção”.

Bogdan & Biklen (1994) referem o facto de haver grandes vantagens na gravação das entrevistas, especialmente quando são muito extensas.

Optou-se nesta pesquisa pela gravação das entrevistas, uma vez que as entrevistas à maioria dos cidadãos migrantes (3 dos 5 cidadãos entrevistados) foram realizadas na sua língua materna (árabe), por um elemento-chave que domina igualmente a língua, por forma a permitir a livre expressão dos entrevistados e evitar a perda de informação relevante. De uma forma geral, a decisão de gravar as entrevistas prendeu-se no facto de se evitar tomar notas durante a entrevista, o que poderia gerar distração nos entrevistados. Posto isto, procedeu-se à transcrição das respostas obtidas e, no caso das entrevistas realizadas em árabe, procedeu-se previamente à sua tradução.

As entrevistas foram realizadas a um total de 7 pessoas, 5 cidadãos migrantes, de géneros, faixas etárias e nacionalidades distintos e a 2 profissionais de saúde da equipa da UCC de Sacavém, um médico e um enfermeiro.

Para proceder à análise da diversidade de dados obtidos para esta dissertação optou-se por realizar um estudo de caso único.

Os estudos de caso representam uma metodologia amplamente utilizada, não só numa abordagem pedagógica, como também como metodologia de investigação. Descrever e caracterizar estudos de caso revelam ser tarefas complexas, uma vez que estes têm uma aplicabilidade diversa e podem utilizar abordagens quantitativas ou qualitativas (Ventura, 2007).

Esta metodologia tem sido cada vez mais utilizada no campo das ciências sociais, política e da saúde e geralmente é organizada em torno de questões que dizem respeito ao “como?” e “porquê?” da investigação, onde sejam claros os objetivos e o enquadramento teórico da investigação, e onde o

investigador tenha pouca influência (ou nula) sobre a atividade, não sendo possível manipular variáveis relevantes e sendo o foco do estudo um fenómeno atual. (Ventura, 2007 & Meirinhos & Osório, 2010).

Da mesma forma que existem diferentes posicionamentos que relatam a origem do estudo de caso, para a discussão do seu potencial como metodologia de investigação também existe na literatura mundial um conjunto de posições diversas por parte de diversos autores, tais como Yin, Stake, Goode et al. e Ludke et al. (Ventura, 2007).

De acordo com Yin (2018), o “estudo de caso representa uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo, dentro do seu contexto de vida real, especialmente quando as fronteiras entre fenómenos e contextos não são claramente evidentes”.

As principais características de um estudo de caso são, segundo Benbasat, Goldstein & Mead (1987):

- Fenómeno examinado no seu **contexto natural**;
- Os dados recolhidos em **múltiplas fontes**;
- Um ou poucos elementos examinados;
- **Sem utilização de controlos** ou manipulação;
- As questões da investigação são do tipo **“porquê?”** ou **“como?”**;
- Foco num **evento contemporâneo**;
- Os resultados dependem fortemente da **capacidade de integração do investigador**.

Os estudos de caso classificam-se em estudo de caso único ou estudo de casos múltiplos, sendo este segundo tipo aquele que envolve o estudo de mais que um caso e que tem como vantagem proporcionar, por meio das evidências dos casos, um estudo mais robusto (Silva & Mercês, 2018). Conforme sejam únicos ou múltiplos, os estudos de caso também podem ser exploratórios, descritivos ou explanatórios (Meirinhos & Osório, 2010).

Uma vez que se tratou de uma situação concreta e especial, onde as metodologias extensíveis não podiam ser aplicadas, necessitou de ser compreendida e analisada em profundidade. Assim, o estudo de caso, pelas características que o definem, nomeadamente o facto de, segundo Yin (2018), responder à questão de investigação “como?” - “como é a comunicação entre o cidadão migrante e as instituições de saúde portuguesas?”, foi a abordagem metodológica mais adequada para responder ao objetivo deste estudo – perceber como é estabelecida a comunicação entre a população migrante e as instituições de saúde em Portugal, especificamente da UCC de Sacavém.

As principais vantagens associadas à utilização de um estudo de caso como metodologia de investigação são o facto de permitir investigar a evolução de um fenómeno no seu contexto real, ao longo do tempo, em profundidade, utilizando-se de fontes múltiplas de evidência e possibilitando, inclusive, considerar dados de natureza quantitativa (Yin, 2018).

No entanto, existem também algumas limitações apontadas por alguns críticos quanto à utilização desta metodologia de pesquisa. Uma das principais limitações apontadas é falta de rigor científico, como consequência da subjetividade a que o investigador está sujeito. Outra limitação diz respeito ao entendimento de que o estudo de caso, por se processar de forma relativamente simples, utilizando uma ou poucas unidades, representa uma pesquisa muito fácil de ser realizada. Esta afirmação simplifica o nível de complexidade envolvido nesta metodologia de investigação e o rigor científico necessário no seu planeamento, análise e interpretação (Ventura,2007).

Por fim, relacionada com esta ideia de que é uma metodologia fácil está o facto de alegarem que um estudo de caso tem poucas bases para a generalização científica, isto é, generalizar os resultados obtidos para outras situações. A dimensão destes estudos, que tendem a ser bastante extensos, também é considerada uma desvantagem em relação a outras metodologias de investigação (Yin, 2018).

Apesar de todas as limitações geralmente associadas, o estudo de caso é considerado a metodologia de investigação mais adequada para conhecer em profundidade todas as nuances de um determinado fenómeno organizacional. Nesse sentido, mesmo se se tratar de um caso único, podem-se tentar algumas generalizações, quando o contexto envolve casos decisivos, raros, típicos, reveladores e longitudinais (Freitas & Jabbour, 2011).

A fim de aumentar a validade externa da pesquisa, pode-se utilizar pelo menos três ou quatro casos, já que a utilização de casos múltiplos está associada a maior credibilidade e permite maiores generalizações (Yin, 2018). Assim, para garantir a qualidade e o sucesso do estudo de caso, a investigação precisa de cumprir quatro critérios: validade do construto, validade interna e externa e confiabilidade, de acordo com o que está descrito no quadro 1.

O estudo de caso é uma estratégia de investigação que requer uma reflexão ponderada e rigorosa relativamente à lógica de plano, incorporando abordagens específicas de recolha e análise de dados.

Segundo Dubé & Paré (2003), as fases de investigação num estudo de caso podem ser classificadas em: planeamento, onde se incluem os aspetos relacionados com a conceção da investigação; recolha de dados e análise e interpretação dos dados.

A primeira fase é a fase do planeamento. Nesta fase é crucial que o investigador defina um plano concreto e rigoroso relativamente à unidade de análise, à definição dos pressupostos e hipóteses da investigação, aos métodos de recolha de dados a serem utilizados, bem como a realização de uma contextualização teórica com base em revisão da literatura.

Quadro 1-Critérios para garantir a qualidade da pesquisa científica.

Condição	Descrição	Procedimentos
• Validade do Constructo	• Estabelecer uma operacionalização correcta da mensuração dos conceitos que estão sendo estudados.	- Usar múltiplas fontes de evidência - Estabelecer uma cadeia de evidências - Ter revisores chave para revisar a versão provisória do trabalho
• Validade Interna	• Estabelecer uma relação causal (para estudos explanatórios e causais).	- Construir um estudo explanatório - Usar modelos lógicos
• Validade Externa	• Estabelecer o domínio na qual os resultados do estudo podem ser generalizados.	- Usar teoria nos estudos de caso único - Usar a lógica de replicação em estudos múltiplos
• Confiabilidade	• Demonstrar que as operações do estudo podem ser repetidas com os mesmos resultados.	- Usar protocolo de recolha de dados - Desenvolver base de dados para o estudo de caso

Fonte: Pedron, 2008 (adaptado).

A segunda etapa de um estudo de caso é a recolha de dados. A recolha dos dados pode ser efetuada por recolha de evidências através de: documentação, entrevistas, observação direta, observação participada, questionários, simulação, dispositivos de sensores e atuadores (artefactos). À utilização de várias fontes de recolha em conjunto dá-se a terminologia de triangulação (Gouveia,2020). A triangulação permite uma maior precisão e credibilidade dos dados recolhidos (Morgan et al, 2017).

A terceira e última fase compreende a análise dos dados, sendo dividida em três estratégias. A primeira estratégia consiste na transcrição dos dados recolhidos, que devem ser organizados e enviados aos entrevistados para confirmação. Na segunda estratégia, é realizada uma descrição detalhada desses dados, sendo que nesta etapa, segundo Miguel (2007) já é possível identificar dados e informações relevantes para a pesquisa, bem como começar a identificar algumas tendências. A terceira estratégia baseia-se na análise com base nos pressupostos identificados na literatura, onde é possível identificar as convergências e divergências (Zanelli, 2002).

De salientar que, apesar da subjetividade no processo de análise das evidências em estudos de caso, é necessário que o investigador adote uma conduta ética e imparcial, utilizando a razão em vez da emoção, pois só assim consegue avaliar os resultados do estudo de forma coesa com os pressupostos teóricos, dentro dos objetivos definidos (Freitas & Jabbour, 2011).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O universo deste estudo foi composto por uma amostra final de 7 pessoas, das quais 5 corresponderam a cidadãos migrantes, residentes no CAR I, localizado em São João da Talha.

Dos 5 refugiados entrevistados, 4 eram do sexo masculino e 1 do sexo feminino. No que diz respeito à proveniência, 1 dos cidadãos era de nacionalidade Afegã, 2 cidadãos eram de nacionalidade Síria, 1 cidadão Ucraniano e por fim 1 cidadão proveniente da Etiópia.

Em termos de faixa etária, esta situou-se entre os 20 e os 65 anos, aproximadamente.

Os restantes 2 entrevistados corresponderam aos profissionais de saúde – médico e enfermeira - que fazem parte da equipa da UCC de Sacavém, uma das unidades funcionais do ACES Loures Odivelas. Estes profissionais exercem esta atividade de prestação de cuidados de saúde a cidadãos migrantes, inserida no Projeto de Intervenção em Refugiados e Requerentes de Asilo, desde 2019 e 2018, respetivamente.

5.2. ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O projeto de Intervenção em Refugiados e Requerentes de Asilo, resultante da estreita cooperação que existe entre o CPR e o ACES Loures Odivelas visa, de uma forma resumida, o seguimento de todos os refugiados e requerentes de asilo em termos de diagnóstico e acompanhamento de doenças dos grupos mais vulneráveis, apoio à saúde materna e infantil e encaminhamento para cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV). Este projeto contempla ainda as visitas semanais da equipa de médicos e enfermeiros da UCC de Sacavém ao CAR I e II, permitindo, por um lado, um acompanhamento mais próximo e personalizado, adaptado às populações migrantes e, por outro, uma diminuição da afluência em massa às instituições de saúde do SNS, que por norma, já se encontram em constante sobrecarga.

Os cidadãos migrantes sabem que têm ao seu dispor estas consultas semanais com os profissionais da equipa da UCC de Sacavém. No entanto, aquando das entrevistas, todos referiram sentir constrangimento em todo o processo que precede o acesso aos cuidados.

Por norma, a equipa da UCC de Sacavém dirige-se ao CAR 1-2 vezes por semana, o que os cidadãos consideraram ser insuficiente, dado o volume de pessoas que habita no centro e considerando que todos necessitam de algum tipo de apoio na consulta, seja em termos de queixas físicas, quer em termos de aconselhamento e saúde mental.

No entanto, nas idas ao centro são privilegiadas as consultas de saúde materna e infantil e a cidadãos com condições consideradas graves.

Assim, de uma forma praticamente geral, os cidadãos afirmaram ter recorrido poucas vezes às consultas pelo facto das suas queixas terem sido classificadas como não sendo prioritárias.

Já a opinião dos profissionais de saúde relativamente à perceção e utilidade do atendimento dos cidadãos migrantes, foi a de que é um atendimento útil e necessário, tendo sido criado com o objetivo de colmatar as barreiras existentes no SNS. Além disso, o modelo de disponibilização de cuidados de saúde prestado pela UCC de Sacavém permite uma maior comodidade no acesso a cuidados, sem que os migrantes tenham de se deslocar a uma instituição do SNS, o que até permite, em determinadas situações, uma maior facilidade na tradução, através da presença de outros migrantes, já que muitos “só falam, ou assim o afirmam, a sua língua natal e por vezes dialetos, com línguas de referência, inglês/francês, de nível rudimentar”, tal como foi relatado por um dos profissionais.

Neste estudo, foi possível perceber que de facto o atendimento prestado pelos profissionais da equipa da UCC de Sacavém, ao abrigo do Projeto de Intervenção em Refugiados e Requerentes de Asilo, constitui uma mais-valia, na medida em que permite um acompanhamento e triagem, numa fase inicial, de um grande número de cidadãos migrantes, bem como do *follow up* em termos de saúde materno-infantil. No entanto, e à semelhança do que foi relatado pelos entrevistados, foi possível perceber que o CAR alberga atualmente um grande número de cidadãos e, por este motivo, acredita-se que o acesso às consultas com a equipa da UCC de Sacavém pode realmente estar a ser “negado” a um conjunto considerável de cidadãos, pelos motivos por eles expostos.

Apesar da prestação de CSP permitir a promoção, diagnóstico e acompanhamento e prevenção da saúde, por vezes pode ser necessário a referência para os cuidados de saúde secundários.

Assim, todos os cidadãos migrantes entrevistados sem exceção mencionaram que, em alguma das consultas que tiveram com a equipa da UCC de Sacavém, devido a condições mais ou menos urgentes/graves, foram direcionados para uma instituição hospitalar do SNS.

Quanto ao acesso e aos cuidados prestados nessas instituições, todos os cidadãos migrantes entrevistados relataram experiências negativas.

Este *feedback* negativo deveu-se essencialmente devido às filas de espera (um dos cidadãos referiu inclusive que “cheguei a acompanhar a minha mãe ao Hospital e esperar entre 8-9 horas e voltar para o CAR sem sermos atendidos, porque a minha mãe tem dificuldade em estar sentada muito tempo”, longos tempos de espera para conseguirem um agendamento de consulta de especialidade e à falta de clareza na comunicação com o setor administrativo.

Além disso, um dos cidadãos mencionou que, numa das suas primeiras idas ao Hospital, teve uma experiência desagradável com um médico, uma vez que este se mostrou bastante “irritado e

estava constantemente a perguntar porque é que eu não sabia falar português, apesar de lhe ter explicado que só estava em Portugal há 2 meses”. Esta situação aconteceu com este cidadão e com outras pessoas que conhece.

A opinião dos cidadãos migrantes foi corroborada pelo testemunho dos profissionais da equipa da UCC de Sacavém que, quando confrontados com organização atual do SNS e quando questionados se consideravam que esta estava preparada para prestar cuidados de saúde que tenham em conta a diversidade cultural das comunidades migrantes. Ambos os profissionais consideraram que o SNS português não está preparado e que, muito possivelmente, o problema se prende na falta de “espaço funcional nas Unidades de Saúde Familiar (USF) para prestar cuidados a cidadãos migrantes” e que deveriam ser criados “estímulos extra”, assim como “providenciar formação adequada às equipas que prestam cuidados a estas comunidades”, com a criação de “mediadores socioculturais”.

Apesar destas opiniões, neste estudo foi possível verificar o contentamento que existe por parte dos cidadãos migrantes relativamente aos profissionais da equipa da UCC de Sacavém. Todos os entrevistados manifestaram agrado no que diz respeito à forma acolhedora, esclarecedora e dedicada com que estes profissionais os abordam, fazendo sempre um esforço para os entenderem (por vezes utilizando meios adicionais, como tradutor no telemóvel) e providenciarem os melhores cuidados dentro do que está ao seu alcance.

No entanto, quando questionados acerca da sua satisfação com o SNS português, os cidadãos entrevistados revelaram não estar muito satisfeitos.

Tal como o autor Oliveira (2021) referiu, neste estudo foi possível comprovar que os cidadãos migrantes consideram que todas as burocracias que existem para conseguir aceder a cuidados, desde a dificuldade que existe em serem atendidos pela equipa da UCC de Sacavém no CAR, até às idas ao Hospital (onde são confrontados, tal como já foi mencionado anteriormente, com longos tempos de espera e dificuldade em conseguir um agendamento com um Médico Especialista) constituem um grande obstáculo.

Referiram que existem certas condições de saúde em que o estadio de deteção é fundamental para um prognóstico mais favorável e, com a organização atual do SNS e burocracias atualmente existentes, este diagnóstico precoce torna-se mais difícil de obter.

Mencionaram ainda a questão da língua e a falta de personalização de cuidados a pessoas com mobilidade reduzida, desde acessos até ao tempo de espera. Em termos da qualidade dos serviços prestados, elogiaram, de forma geral, a disponibilidade e capacidade dos profissionais se tentarem adaptar, ainda que com recursos escassos (no que diz respeito, por exemplo, à presença de intérpretes), no entanto ressaltaram que, das experiências que já tiveram noutros sistemas de saúde (especificamente falando do cidadão ucraniano, que se percebeu ter um background diferente dos

restantes cidadãos), apesar de gratuito, o SNS acaba por vacilar em termos de qualidade, devido a estes aspetos.

Este estudo permitiu comprovar a opinião mencionada por Santinho (2009) de que os acessos aos cuidados de saúde em Portugal por parte dos cidadãos migrantes são dificultados pela existência de barreiras linguísticas, que, embora haja um esforço por serem ultrapassadas (quer por parte dos profissionais de saúde quer por parte dos cidadãos), revelam ser um constrangimento, não só em termos de diálogo em contexto de consulta, como também ao nível do acesso propriamente dito aos cuidados. A título de exemplo, numa das tentativas de acesso a cuidados numa instituição hospitalar, um dos cidadãos mencionou que esteve “horas e horas à espera para realizar exames de imagiologia, nomeadamente um Raio-X”, sendo que, devido a falhas de comunicação entre este e as assistentes administrativas, após o longo tempo de espera, apenas lhe foi dito que não poderia realizar o exame naquele dia, devido a “problemas logísticos”. O cidadão referiu que nunca chegou a compreender qual era o problema em concreto, “se foi por falta de material ou falta de técnicos para realizar o exame” e que, “apesar de saber falar inglês, a questão da língua é de facto uma barreira, pois se este episódio tivesse acontecido com um cidadão nacional, com certeza a comunicação teria sido mais clara”.

Todavia, como qualquer instituição, também o SNS necessita de estar em constante processo de melhoria contínua e desenvolver metodologias e estratégias por forma a poder, dia após dia, providenciar os melhores cuidados aos seus utentes. Neste sentido, torna-se crucial refletir acerca das sugestões de melhoria que eventualmente surjam, quer por parte dos responsáveis de gestão das unidades, quer pelas sugestões baseadas na perceção dos utentes.

Neste estudo, verificou-se que, apesar dos cidadãos migrantes entrevistados considerarem que, de forma generalizada, as interações que tiveram, até ao momento, com profissionais do CAR e das instituições de saúde portuguesas (quer através das consultas com a equipa da UCC de Sacavém, quer através das instituições hospitalares) terem sido globalmente positivas, estas não retiram a importância de serem melhorados alguns aspetos, com vista a melhorar não só a comunicação, como a qualidade dos cuidados que recebem e, paralelamente, ter um impacto positivo na sua qualidade de vida.

Assim, as sugestões de melhoria mencionadas pelos cidadãos migrantes entrevistados basearam-se, à semelhança daquela que acaba por ser a opinião geral dos cidadãos nacionais, no investimento em recursos humanos; além disso, consideraram que o SNS iria beneficiar se houvesse uma melhoria das infraestruturas existentes, assim como o investimento em novas infraestruturas, por forma a haver uma distribuição mais homogénea dos utentes, já que a sua perceção foi a de que Portugal é um país com população bastante envelhecida e que, por essa mesma razão, vê os seus hospitais constantemente sobrelotados.

No que concerne a melhorias em termos de infraestruturas, ressaltaram a importância de se desenvolverem instalações mais *“friendly”* no que diz respeito a pessoas com défices motores, por forma a tornar os cuidados de saúde mais acessíveis e inclusivos.

Particularmente falando do CAR, os cidadãos consideraram que o Centro é um espaço muito limitado para a quantidade de refugiados que acolhe. Referiram a importância de cuidarem da sua saúde mental, uma vez que a grande maioria viu Portugal como um refúgio para os traumas e experiências negativas a que foram sujeitos no país de origem e, muitas vezes, a sobrelotação do Centro, associada a esses traumas e a condições de saúde que possam acarretar, pode ser *“angustiante”*, como um dos cidadãos referiu. Complementarmente, outro dos cidadãos sugeriu que o CAR *“criasse um espaço dedicado à prática de exercício físico, um género de ginásio, onde as pessoas pudessem treinar e cuidar da sua saúde mental e desanuviar do ambiente sufocante que por vezes se vive devido à quantidade de pessoas num espaço tão pequeno”*.

Adicionalmente, consideraram ser necessário um aumento do volume de horas de atendimento da equipa da UCC de Sacavém no CAR, uma vez que, como foi referido, as pessoas com condições médicas são muitas e nem sempre conseguem vaga e, citando um dos cidadãos migrantes, *“Nós refugiados estamos a sofrer, temos os nossos traumas devido ao que nos trouxe até cá e penso que seria benéfico termos um follow up mais frequente, inclusive em termos de saúde mental”*.

Além disso, pela mesma razão acima citada, este cidadão partilhou a reflexão de que Portugal (e a UE) deveriam repensar a política de acolhimento de refugiados, estabelecer normas e critérios específicos e não aceitarem acolher refugiados se sentirem que não reúnem as condições ideais.

Por fim, os cidadãos migrantes entrevistados referiram ainda que a disponibilização de intérpretes para acompanhamento no caso de necessidade de acesso a cuidados nas instituições de saúde do SNS facilitaria bastante a comunicação, uma vez que permitiria que se pudessem expressar na sua língua materna.

Já a perceção dos profissionais de saúde da equipa da UCC de Sacavém, quando questionados sobre se consideravam que o serviço atualmente prestado à população migrante do CAR necessitava de melhorias, foi a de que a UCC carece de recursos humanos especializados e que se torna necessária, tal como um dos profissionais mencionou, *“uma orientação superior de “rastreamento” inicial para deteção de doenças/ patologias, naquilo que diz respeito à saúde”*, pois consideraram que deixar à responsabilidade de um cidadão migrante, que desconhece o sistema de saúde português, a iniciativa e a procura de cuidados, *“é no mínimo anedótico”*.

Com isto não significa que não defendam a *“liberdade do migrante em deslocar-se, estando abrigado /acolhido em regime de porta aberta, com algum dinheiro de bolso”*, no entanto consideram que *“o facto de não saber “as linhas com que se pode coser””*, ou seja os seus direitos enquanto cidadão migrante, pode ser prejudicial.

No que diz respeito à falta de profissionais especializados para reforçar as equipas de apoio em saúde às comunidades migrantes de refugiados, os profissionais consideraram que deveriam existir equipas de profissionais orientados para o apoio/promoção da saúde, assim como “equipas de enfermagem nas áreas da saúde materna e infantil, reforçadas com enfermeiros para cumprimento do PNV e ensino, assim como as áreas da saúde oral e oftalmologia”. Consideraram ainda que estes cuidados mais especializados poderiam ser contratualizados pelo CPR.

5.3. QUESTÕES DA LÍNGUA E INTEGRAÇÃO SOCIOCULTURAL

Os cidadãos migrantes entrevistados, de uma forma geral, referiram ter chegado a Portugal e, conseqüentemente, estarem instalados no CAR I há menos de 6 meses, à exceção de 2 que já vivem em Portugal há 2 anos e meio.

Os cidadãos referiram que efetivamente a questão da língua é de extrema importância na sua integração em Portugal, uma vez que, em determinadas situações, quer do quotidiano quer em termos de acesso a cuidados de saúde, consideraram que seria mais fácil se conseguissem expressar na língua portuguesa.

Apesar de no CAR serem lecionadas aulas de língua portuguesa 4-5 vezes por semana, de uma forma geral, verificou-se que os cidadãos têm manifestado dificuldade em aprender a língua, incluindo os que já vivem em Portugal há 2 anos e meio, inclusive um deles não consegue mesmo falar a língua.

Os cidadãos consideram que, o facto de saberem falar inglês, aliado ao facto dos profissionais com quem privam, na sua grande maioria, quer no CAR quer em contexto de acesso a cuidados de saúde, dominarem igualmente a língua inglesa, dificulta o processo de aprendizagem, já que não sentem tanta necessidade de se esforçarem para falar português.

Assim, no que diz respeito à questão da língua como uma barreira condicionante, os cidadãos, na sua maioria partilharam a opinião de que “Não sinto muito essa barreira, uma vez que falo inglês, das vezes que necessitei de me deslocar a um serviço, os profissionais foram muito prestáveis e fizeram um esforço para tentar compreender e comunicar comigo”.

No entanto, como um dos cidadãos referiu, “já tive algumas conversas com alguns enfermeiros que não falavam tão bem inglês e sei que, se eu falasse português conseguiríamos facilmente estabelecer uma comunicação mais clara e uma relação profissional de saúde-doente mais forte.”

Relativamente às diferenças socioculturais e ao possível impacto que estas podem ter na qualidade da prestação de cuidados de saúde, neste estudo, e contrariamente às conclusões descritas por Gonçalves et al. (2003), não foi possível chegar à conclusão de que estas diferenças, por exemplo

a religião, constituem uma barreira. Os cidadãos, de forma unânime, não consideraram a questão da religião um entrave no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde, e, inclusive, os cidadãos do sexo masculino nem veem qualquer impedimento em que as mulheres sejam vistas por profissionais do sexo masculino. Acreditam que “por se tratar de questões de saúde, devem deixar-se os extremismos de lado”.

Por outro lado, quanto à eventualidade de considerarem a existência de barreiras condicionantes na prestação de bom atendimento e cuidados de saúde aos refugiados, os profissionais de saúde da UCC de Sacavém referiram que estas existem sim, e que se baseiam essencialmente na “ausência de gabinetes adequados, assim como os acessos informáticos e o local de atendimento”, bem como “a língua de expressão, os usos e costumes ligados à religião, como por exemplo a muçulmana”, tal como foi mencionado pelos profissionais.

Foi possível perceber que, apesar dos profissionais sentirem a existência de barreiras, nomeadamente a questão da língua e questões culturais, desenvolvem um esforço, que foi notado por todos os cidadãos migrantes entrevistados, para compreender os utentes e prestar os melhores cuidados, contornando as questões acima mencionadas, tentando minimizar ao máximo que sejam percecionadas pelos cidadãos.

Esta resiliência e capacidade de adaptação podem advir do facto de que quer o médico quer a enfermeira serem dotados de formações específicas no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde a cidadãos migrantes, como por exemplo “Curso da Direção Geral da Saúde sobre migração e Saúde”, Pós-graduações em “Identidade e Género e Mutilação Genital Feminina”, “Formação avançada em tráfico de seres humanos” e participação em “Missões Humanitárias Oficiais, inseridas em forças nacionais conjuntas de Proteção Civil/INEM/ Bombeiros/Forças de Segurança”.

Consideraram que existe a falta de profissionais especializados e que “a formação na área da diversidade cultural, é a mais importante para perceber a motivação e as queixas dos migrantes, pois o bom senso não tem formação”.

É sabido que uma maior literacia na saúde está relacionada com uma maior capacidade de autogestão da saúde. A esta questão da literacia está subjacente o conhecimento dos direitos enquanto doentes e, no caso deste estudo, dos direitos enquanto cidadão migrante.

Os cidadãos migrantes revelaram, de forma praticamente unânime, que apenas tinham conhecimento dos direitos de uma forma muito superficial e básica, citando um dos entrevistados “só sei que, como um refugiado, se tiver um problema de saúde, “eles” vão ajudar-me, não sei como, mas sei que têm os seus processos e os seus recursos”. A pouca informação que dizem ter conhecimento foi transmitida por parte dos técnicos do CAR.

Do que foi possível percecionar, os cidadãos partilharam a opinião de que, por viverem no CAR e terem chegado a Portugal com o estatuto de refugiados, não têm direitos. O simples facto de lhes

serem providenciadas as condições mínimas de subsistência, tais como alojamento, alimentação, consultas com a equipa da UCC de Sacavém e ainda uma remuneração mensal, faz com que se sintam na “obrigação” de aceitarem o que há ao seu dispor, sem poderem pedir questionar nem exigir mais.

Desta forma, alguns entrevistados (2 cidadãos migrantes) consideraram que o desconhecimento que existe dos direitos que possuem enquanto cidadãos migrantes, aliado à questão das dificuldades associadas à questão da língua, pode constituir uma barreira no acesso aos cuidados de saúde.

Já os profissionais da equipa da UCC de Sacavém consideraram que existe um desconhecimento generalizado no universo dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de ação direta) acerca da Lei do Asilo e, conseqüentemente, dos direitos dos refugiados, como também a ausência de pessoas com formação básica em cuidados de saúde adaptados a locais e utentes como estes utentes nos centros de acolhimento de refugiados, “onde podem entrar e sair pessoas a qualquer hora ou dia de semana e permanecer em número -que pode chegar a várias dezenas, em simultâneo”.

Os profissionais entendem que esta falta de formação se verifica, a título de exemplo, na falta de sensibilidade que existe quando se solicita, a estes cidadãos que, na sua maioria, foram alvo de experiências muito precárias/ traumatizantes de vida nos países de proveniência, o cumprimento de normas relacionadas à contenção da pandemia por COVID- 19, tais como distanciamento, uso de máscara e hábitos de higiene.

Apesar de serem procedimentos habituais no período pandémico que se vive a uma escala mundial, os profissionais classificam como “desajustado” este tipo de comportamento e exigências a esta população.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este estudo pretendeu analisar como é estabelecida a comunicação entre o cidadão migrante e as instituições de saúde em Portugal. Partindo da questão - “De que forma a comunicação influencia o acesso dos cidadãos migrantes aos cuidados de saúde primários em Portugal?”, realizou-se um conjunto de 7 entrevistas a 5 cidadãos migrantes, residentes no CAR de São João da Talha, e a 2 profissionais de saúde da equipa da UCC de Sacavém, uma das Unidades Funcionais do ACES Loures Odivelas, pretendendo-se analisar ambas as perspetivas (cidadão e profissional) no que diz respeito a várias questões inerentes à prestação de cuidados de saúde em Portugal.

Neste estudo concluiu-se que a perceção dos entrevistados, quer dos cidadãos migrantes, quer dos profissionais de saúde da equipa da UCC de Sacavém, é a de que existem alguns constrangimentos atualmente, que dificultam o acesso a cuidados de saúde por parte das populações migrantes nas instituições de saúde portuguesas.

Da perspetiva dos cidadãos migrantes, esses constrangimentos advêm, não só das barreiras linguísticas (que, apesar das inúmeras tentativas e esforços de ambas as partes, ainda são uma realidade), como também de todas as burocracias associadas ao atendimento em saúde em Portugal.

As burocracias prendem-se, essencialmente, na dificuldade em obter acesso a uma consulta com a equipa que presta serviços no CAR, as longas filas de espera para o atendimento nas instituições hospitalares, nas situações em que se justifica a procura por cuidados de saúde secundários, a falta de atendimento em consultas de especialidade e a falta de infraestruturas com acessos facilitados para pessoas com mobilidade reduzida.

Já a perspetiva dos profissionais de saúde da UCC de Sacavém é a de que existe falta de recursos humanos especializados para a prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes, isto é, que tenham em consideração a diversidade cultural das comunidades migrantes.

Além disso, a carência de profissionais de saúde, que há alguns anos tem caracterizado a realidade do SNS, também se faz sentir no apoio a estes cidadãos.

Adicionalmente, os profissionais referem a ausência de condições em termos logísticos para a realização dos atendimentos, tais como gabinetes adequados para a observação clínica, falta de apoios informáticos assim como a incapacidade de acederem ao sistema de informação do Hospital, o que acaba por duplicar o trabalho, nomeadamente em termos de processo de registo.

As USF não possuem as condições necessárias para providenciar os melhores cuidados a estas comunidades, e os profissionais entrevistados referem que, o facto de não existirem indicadores nem incentivos no que diz respeito à prestação de cuidados a estas comunidades, faz com que não sejam desenvolvidos esforços por parte das unidades e dos profissionais.

Paralelamente a essa questão, referem que o facto de haver o desconhecimento generalizado por parte dos profissionais acerca da Lei do Asilo e conseqüentemente dos direitos destes utentes enquanto cidadãos migrantes, faz com que também não tenham pleno conhecimento daqueles que são os seus deveres aquando do atendimento a estas populações migrantes.

Relativamente à execução do objetivo deste estudo, foram definidas as hipóteses de investigação apresentadas no capítulo 3.

Quanto à hipótese “H1-A questão da língua para algum tipo de migrantes pode ser considerada uma barreira à prestação de cuidados de saúde” as respostas dos entrevistados permitiram concluir que a hipótese foi comprovada, na realidade estudada. Tal como já foi mencionado no capítulo 5, os cidadãos migrantes entrevistados no âmbito deste estudo referiram a questão da língua como uma limitação ao acesso aos cuidados de saúde; apesar de 4 dos 5 entrevistados serem fluentes em inglês, consideraram que o facto de não saberem falar português gera dificuldades na comunicação com os profissionais de saúde e assistentes administrativos, tanto ao nível da consulta, como ao nível de agendamento de consultas e exames e pedidos de esclarecimento.

No que diz respeito à hipótese “H2- As diferenças socioculturais para alguns migrantes podem constituir uma barreira para a prestação de cuidados de saúde”, foi comprovada parcialmente, neste estudo e para a amostra estudada. Os cidadãos migrantes revelaram não sentir que as diferenças socioculturais, nomeadamente a questão da religião, constituíssem uma barreira no acesso aos cuidados de saúde. No entanto, apesar de não se ter aprofundado a questão, os profissionais de saúde da equipa da UCC de Sacavém entrevistados apontaram esta questão como sendo uma limitação aquando da consulta.

Assim, talvez se tivesse sido possível estudar uma amostra maior, com mais cidadãos migrantes do género feminino, de uma faixa etária mais nova ou, inclusive, se a questão tivesse sido formulada de outra forma, as repostas obtidas poderiam ter ido ao encontro das opiniões dos profissionais e as conclusões obtidas poderiam ter sido diferentes.

No que concerne à hipótese “H3- Alguns migrantes podem sentir que o desconhecimento dos seus direitos enquanto cidadãos migrantes pode influenciar o seu acesso a cuidados de saúde”, verificou-se, com base nas respostas obtidas, que esta foi parcialmente comprovada.

As respostas dos cidadãos permitiram concluir que estes não têm plena noção dos direitos que possuem enquanto cidadãos migrantes; consideram que, por terem saído do país de origem e terem sido integrados num país de acolhimento, o facto de terem alojamento, alimentação e acesso a cuidados de saúde, entre outras “regalias”, faz com que considerem que não têm direitos nem podem fazer exigências, particularmente no que diz respeito aos cuidados de saúde. Desta forma, expressaram que o desconhecimento que existe de que efetivamente, enquanto cidadãos migrantes, são detentores de direitos, pode influenciar o seu acesso a cuidados de saúde, por exemplo, devido à

falta de poder de argumentação em situações como as anteriormente expostas no capítulo 5, tais como o episódio do Raio-X, relatado por um dos entrevistados.

No entanto, se a amostra estudada tivesse sido maior e constituída por cidadãos com características diferentes das dos entrevistados, talvez tivesse sido possível aferir com maior clareza em que medida é que o desconhecimento dos direitos está relacionado com o acesso aos cuidados de saúde.

Relativamente à hipótese “H4- Para os profissionais de saúde, a falta de formação específica na prestação de cuidados de saúde a cidadãos migrantes pode constituir um fator impeditivo da prática de cuidados culturalmente competentes”, pelas respostas dos profissionais da equipa da UCC de Sacavém entrevistados, foi possível concluir que esta hipótese foi comprovada parcialmente. Como já foi apresentado no capítulo 5, os profissionais consideraram que, apesar de possuírem diversas formações no contexto da diversidade cultural, ainda existe muita falta de profissionais com formação específica para a prestação de cuidados de saúde adaptados às comunidades migrantes.

Num estudo mais aprofundado, talvez fosse mais enriquecedor se se conseguisse realizar entrevistas aos responsáveis pela gestão das instituições hospitalares, ou até do SNS, por forma a recolher igualmente os seus testemunhos, sendo que, desta forma, seria possível realizar um diagnóstico das necessidades formativas e compreender se existe ou se já foi delineado um planeamento para a operacionalização destas ações de formação específica.

Da mesma forma, as repostas obtidas também permitiram comprovar a hipótese “H5- Para os profissionais de saúde, a atual estruturação do SNS tem em consideração a diversidade cultural das comunidades migrantes”, na realidade estudada, uma vez que, tal como já foi exposto anteriormente e é factual, a atual organização do SNS não tem em consideração a diversidade cultural das comunidades. De facto, existe, em algumas Unidades de Saúde, uma preocupação a nível local com essa realidade; por exemplo, em emergências, tal como se verificou através da construção de unidades próprias para acolhimento de migrantes do Afeganistão ou, mais recentemente, da Ucrânia. Contudo, esta preparação e adaptação por parte do SNS ocorre em situações pontuais, demonstrando assim a necessidade de haver uma reorganização da estruturação do SNS, para que haja uma melhor preparação do mesmo, não para situações ocasionais, mas sim de forma constante.

Por fim, quanto à hipótese “H6- Para os profissionais de saúde, existe uma carência de profissionais especificamente especializados no apoio à saúde das comunidades de migrantes e de refugiados”, foi possível concluir que a mesma, para a amostra em estudo, e com base nas respostas obtidas, foi comprovada.

Os profissionais de saúde da equipa da UCC de Sacavém entrevistados expressaram que existe efetivamente uma carência de profissionais com formação específica para um atendimento

culturalmente competente, isto é, especializado e adaptado ao apoio à saúde das comunidades migrantes em Portugal.

Esta opinião é coerente com as conclusões que foi possível obter para a hipótese H4, uma vez que, sem as ações de formação específicas para o contexto em causa, os profissionais acabam por não ter nenhuma especialização nesta área e, como tal, podem não estar dotados de competências e conhecimentos específicos, que lhes permitam prestar cuidados de saúde especializados e personalizados a estes cidadãos migrantes.

A principal limitação deste estudo, tal como já foi mencionado previamente, foi o facto de se ter estudado uma amostra pequena. Tal deveu-se não só à atual situação global de contingência devido à COVID-19, como também ao facto de, no período em que foi agendada a ida ao CAR para realização das entrevistas, ter havido algumas dificuldades logísticas, nomeadamente devido a um refugiado portador de problemas psíquicos que gerou um episódio de violência no centro, com várias repercussões a nível de redução de equipa técnica, o que levou a uma menor disponibilidade para o acompanhamento das entrevistas. Aliada a esta questão, esteve o facto de as entrevistas terem sido realizadas numa época de grande agitação, devido à Guerra entre a Rússia e a Ucrânia e, conseqüentemente, a um acolhimento em massa de refugiados ucranianos.

Assim, para além do background peculiar de cada cidadão, estas situações, que só causaram mais instabilidade aos cidadãos, fizeram com que, aquando da realização das entrevistas, fosse possível notar um ligeiro receio na partilha das suas histórias e experiências e fizeram com que não houvesse oportunidade de entrevistar mais cidadãos.

Um estudo mais aprofundado, com uma amostra significativamente maior, com questões mais específicas e talvez se fossem incluídos outros Agrupamentos de Centros de Saúde ou, inclusive, outras instituições do SNS, poderia permitir tirar conclusões ainda mais relevantes, assim como sugestões de melhoria mais práticas e exequíveis.

De qualquer das formas, com este estudo foi possível compreender que algumas sugestões para a melhoria da comunicação entre os cidadãos migrantes e as instituições de saúde em Portugal passam por, naturalmente, disponibilizar um maior número de recursos humanos, investir em formação específica e contínua de todos os profissionais que privam, de uma forma ou de outra, com estes cidadãos migrantes.

Além disso, seria benéfico aumentar as equipas das UCC que estão integradas nestes projetos de apoio a Centros, por forma a providenciar mais horas de consulta e um acompanhamento mais personalizado, uma vez que, dado o volume de cidadãos que entram e permanecem no Centro, excedendo muitas vezes a capacidade, pode levar à diminuição da qualidade dos serviços prestados, já que, para os mesmos profissionais de saúde, e para o mesmo número de visitas ao Centro, passa a

haver um volume de utentes bastante superior ao considerado normal, aquando do planeamento e calendarização prévios das consultas.

Findo este estudo, conclui-se que foi possível atingir o objetivo inicialmente proposto, que foi entender como é estabelecida a comunicação entre os cidadãos migrantes e as instituições de saúde em Portugal.

Este estudo permitiu estudar em profundidade as questões relacionadas com os refugiados, desde o processo de acolhimento e integração, assim como naturalmente, as questões inerentes ao acesso aos cuidados de saúde e perceber que ainda existe um longo caminho a percorrer.

Se Portugal quer continuar a acolher comunidades migrantes, deve estar dotado das condições necessárias e impreteríveis para providenciar o melhor acolhimento e integração destes cidadãos na sociedade.

Particularmente falando da saúde, é necessário ter um especial cuidado, e garantir que se prestam serviços de qualidade, pois há que ter em consideração que estes cidadãos são provenientes de zonas de guerra e instabilidade, possuem muitos traumas e condições de saúde que, na maioria das vezes, nunca receberam os devidos cuidados. Assim, se pretendemos que estes cidadãos sejam bem-sucedidos e integrados, para que possam contribuir da melhor forma na sociedade, deve-se apostar primeiramente na saúde, pois apenas cidadãos física e mentalmente saudáveis, poderão constituir uma mais-valia.

7. FONTES

Agência Lusa. (2022). Ucrânia. *Portugal atribuiu mais de 52.000 proteções temporárias a pessoas que fugiram da guerra*. Consultado em 25 set 2022. <https://observador.pt/2022/09/12/ucrania-portugal-atribuiu-mais-de-52-000-protecoes-temporarias-a-pessoas-que-fugiram-da-guerra/>
Decisão de execução (UE) 2022/382 do Conselho da União Europeia (2022). Jornal Oficial da União Europeia, 4 de março de 2022.

8. BIBLIOGRAFIA

- Alpuim, N. (2015). O papel da Comunicação Estratégica nas Instituições de Saúde: o caso do Hospital de Braga. Universidade do Minho. [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/41057/1/Neuza Sofia Felgueiras Alpuim.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/41057/1/Neuza_Sofia_Felgueiras_Alpuim.pdf)
- Baraldi, C., & Gavioli, L. (2021). Effective Communication and Knowledge Distribution in Healthcare Interaction with Migrants. *Health Communication*, 36(9), 1059–1067. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1735701>
- Barros, C., & Gomes, M. (2011). Novas fronteiras para as Relações Públicas: a questão da comunicação para a saúde. *Actas do VII Congresso SOPCOM, Universidade do Porto*, 3074-3088
- Benbasat, I., Goldstein, D. K., & Mead, M. (1987). The case research strategy in studies of information systems. *MIS Quarterly: Management Information Systems*, 11(3), 369–386. <https://doi.org/10.2307/248684>
- Bogdan, R. C. & Bilken, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação – Guia para Auto- Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Clark, P. A. (2003). Medical practices' sensitivity to patients' needs: Opportunities and practices for improvement. *Journal of Ambulatory Care Management*, 26(2), 110-123. <https://doi.org/10.1097/00004479-200304000-00004>
- Coiera, E. (2006). Communication systems in healthcare. *The Clinical biochemist. Reviews*, 27(2), 89–98. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1579411/>
- Costa, J. C. P. (2011). O Procedimento Científico Passo a Passo. [Sebenta fornecida aos alunos durante a leccionação de metodologias de trabalho de campo e de análise de dados.] https://www.academia.edu/8357994/O_procedimento_cient%C3%ADfico_passo_a_passo.
- Coutinho, G. (2016). Acesso aos cuidados de saúde das comunidades imigrantes em Portugal. Query date: 2021-03-18 14:16:41. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2672>
- Dubé, L., & Paré, G. (2003). Rigor In Information Systems Positivist Case Research: Current Practices, Trends, and Recommendations. 10–20. <https://doi.org/10.2307/30036550>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). Acesso a cuidados de saúde por imigrantes, 1–93. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1480/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes__v2_.pdf
- Ferreira, A. R. A. (2017). *Integração dos refugiados nos cuidados primários de saúde*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/82730>
- Fischhoff, B., & Noel, T. (2010). *Communicating risks and benefits*. New Hampshire: Office of Disease [ODPHP] Silver Spring.
- Foddy, W. (2002). *Como Perguntar. Teoria e Prática da Construção de Perguntas para Entrevistas e Questionários*. Oeiras: Celta Editora.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3rd ed.). Loures: Lusociência, 246
- Fragata, J., 2009. Gestão do Risco. Em: *Governança dos Hospitais*. Alfragide: Casa das Letras. (30):75-105.
- Freitas, W. R. S., & Jabbour, C. J. (2011). Utilizando Estudo De Caso (S) Como Estratégia De Pesquisa Qualitativa: Boas Práticas. *Estudo&Debate*, 18(2), 7–22. <http://www.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/viewFile/30/196>
- Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica - Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Garcia, A. H. M. O. M. (2017). Os fatores essenciais às relações interprofissionais na saúde e o seu impacto na qualidade dos cuidados hospitalares. ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa. https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/15932/1/ana_martins_garcia_diss_me_strado.pdf

- Gill, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (5th ed.). São Paulo: Atlas.
- Gillespie, B., Chaboyer, W., Longbottom, P. & Wallis, M. (2009). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. (9):732-741. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001>
- Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Fernandes, M. J., & Cabral, J. (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 21(1): 55-64. https://run.unl.pt/bitstream/10362/71837/1/Gon_alves_Rev_Port_Saude_Publica_21_1_55.pdf
- Gouveia, L. (2020). Casos de Estudo e Estudos de Caso. Práticas e Operacionalização Como resolver um caso de estudo. Universidade Fernando Pessoa. Aveiro. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9168/1/casosestudo_ua2020.pdf
- Heinemann, W. (1923). *Hippocrates. On decorum and the physician*. New York: London.
- Higginbottom, G. M. A., Hadziabdic, E., Yohani, S., & Paton, P. (2014). Immigrant women's experiences of maternity services in Canada: a meta-ethnography midwifery. *Midwifery*.30(5):544-559. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.004>
- Madula, P., Kalembo, F. W., Yu, H., & Kaminga, A. C. (2018). Healthcare provider-patient communication: A qualitative study of women's perceptions during childbirth. *Reproductive Health*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0580-x>
- Malhotra, N. (2004). *Pesquisa de Marketing: Uma Orientação Aplicada* (4th ed). São Paulo: Bookman.
- Markides, M. (2011). The importance of good communication between patient and health professionals. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33(Suppl.2), S123-S125. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e318230e1e5>
- Marshall C. & Rossman G. B. (1999). *Designing qualitative research* (3rd ed.). Sage Publications.
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *Eduser*, 52-56. <https://doi.org/10.34620/eduser.v2i2.24>
- Morgan, S. J., Pullon, S. R. H., MacDonald, L. M., McKinlay, E. M., & Gray, B. V. (2017). Case study observational research: A framework for conducting case study research where observation data are the focus. *Qualitative Health Research*, 27(7), 1060-1068. <https://doi.org/10.1177/1049732316649160>
- Miguel, P. A. C. (2007). Estudo de caso na engenharia de produção: estruturação e recomendações para sua condução. 17(1), 216-229. <https://doi.org/10.1590/s0103-65132007000100015>
- National Center for Health Statistics (2012). *Healthy People 2010 Final Review*. Hyattsville, MD, 11-6. https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf
- Oliveira, C. (2021). *Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional em Portugal- Relatório Estatístico do Asilo 2021*. Observatório Das Migrações. <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/1489887/Relatório+Asilo+2021+OM.pdf/7110ed6d-c02c-498d-bd01-bd19d8418717>
- OMS. (2010). *Health of migrants: the way forward: report of a global consultation*. Madrid. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44336>
- Pedron, C. (2008). *O método de investigação: estudo de caso*. Instituto Superior de Economia e Gestão. Lisboa. <https://www.iseg.ulisboa.pt/aquila/getFile.do?fileId=16421&method=getFile>
- Pérez-Stable, E. J., & El-Toukhy, S. (2018). Communicating with diverse patients: How patient and clinician factors affect disparities. *Patient Education and Counseling*, 101(12), 2186-2194. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.021>
- Pires, C. M., & Cavaco, A. M. (2014). Communication between health professionals and patients: Review of studies using the RIAS (roter interaction analysis system) method. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 60(2), 156-172. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.02.014>
- Póvoas, R. (2009). *Relações Públicas sem Croquete*. Lisboa, Gestão Plus Edições
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ratzan, S., Payne, J., Bishop, C. (1996) 'The Status and Scope of Health Communication', *Journal of Health Communication*, 1(1): 25-41. <https://doi.org/10.1080/108107396128211>

- Ribeiro, M. (2017). Políticas de acolhimento de refugiados recolocados em Portugal. ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa
- Ruão, T., Lopes, F., & Marinho, S. (2012). Comunicação e Saúde, dois campos em intersecção. *Comunicação e Sociedade, (spe)*. 5-7. [https://doi.org/10.17231/comsoc.23\(2012\).1360](https://doi.org/10.17231/comsoc.23(2012).1360)
- Ruão, T., Lopes, F., Marinho, S., Pinto Coelho, Z., Fernandes, L., Araújo, R., & Gomes, S. (2013). *A saúde em notícia: repensando práticas de comunicação*, Braga, Universidade do Minho: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. ISBN: 978-989-8600-15-8
- Santinho, M. C. (2009). Quando não existe uma segunda casa. Estudo sobre a saúde dos refugiados numa perspectiva de vulnerabilidade. *Associação GIS- Grupo Imigração e Saúde*, 148. <http://gis.associacao.blogspot.com>
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, T. & Gomes, A., 2010. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, (10):47-57. <http://hdl.handle.net/10400.21/3120>
- Schiavo, R. (2013). *Health Communication: From Theory to Practice* (2nd ed.). Jossey-Bass, 21.
- Shibusawa, T., & Mui, A. C. (2010). Health Status and Health Services Utilization Among Older Asian Indian Immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 527-533. <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9199-2>
- SEF (2008). *Receção, Retorno e Integração de Menores Desacompanhados em Portugal*. Rede Europeia das Migrações. Lisboa. : https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/networks/european_migration_network/reports/docs/emn-studies/unaccompanied-minors/21b_portugal_national_report_on_unaccompanied_minors_version_22june09_pt.pdf
- Silva, V. L. S. (2017). *Satisfação do Utente na Comunicação com os Profissionais de Saúde*. Instituto Politecnico de Viana Do Castelo. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1922/1/Vera_Silva.pdf
- UNHCR (2021). *Global Trends. Forced displacement in 2019*. The UN Refugee Agency. <https://www.unhcr.org/62a9d1494/global-trends-report-2021>
- Silva, L. A. P. G., & Mercês, N. N. A. (2018). Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1263–1267. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066>
- UNHCR (2021). *Global Trends. Forced displacement in 2019*. The UN Refugee Agency. Denmark
- Ventura, M. M. (2007). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Rev SOCERJ*, 20(5), 383–386. http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf
- Wanzer MB, Booth-Butterfield M & Gruber K. (2004). Perceptions of health care providers' communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Care Communication*, 16(3), 363-384. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1603_6
- Wilson, R. M., Runciman, W. B., Gibberd, R. W., Harrison, B. T., Newby, L., & Hamilton, J. D. (1995). The Quality in Australian Health Care Study. *The Medical journal of Australia*, 163(9), 458–471. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1995.tb124691.x>
- Wolf, A., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Britten, N. (2017). The realities of partnership in person-centred care: A qualitative interview study with patients and professionals. *BMJ Open*, 7(7), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016491>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications - Design and Methods* (6a ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Zanelli, J. C. (2002). Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. *Estudos de Psicologia*, 7(spe), 79–88. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2002000300009>

9. ANEXOS

ANEXO A– GUIÃO DE ENTREVISTAS: CIDADÃOS MIGRANTES

Tamanho da amostra: 5 cidadãos migrantes

1. Há quanto tempo chegou a Portugal?
2. Qual a perceção do seu estado de saúde? Quais são os problemas de saúde que tem com mais frequência?
3. Sabe o que fazer e onde se dirigir em caso de doença e quais os serviços que tem ao seu dispor?
4. Já teve algum problema ou dificuldade para aceder aos serviços de saúde em Portugal? Se sim, quais os serviços e quais as principais barreiras sentidas?
5. Qual a importância da língua portuguesa para a integração da sua família neste país?
6. Considera a questão da língua um problema no acesso aos cuidados de saúde em Portugal?)
7. Considera que as diferenças socioculturais podem ter impacto na qualidade da prestação de cuidados de saúde)?
8. Quantas vezes recorreu ao atendimento pela UCC Sacavém?
9. Porque não recorreu mais vezes? (questão dependente da resposta à questão anterior)
10. Qual a sua satisfação com o SNS português, em termos de serviços administrativos e do atendimento dos profissionais de saúde?
11. Tem alguma sugestão de melhoria para os serviços de saúde em Portugal?
12. Conhece os seus direitos enquanto cidadão migrante, no que diz respeito ao acesso a cuidados de saúde?
13. Há algum serviço de saúde que lhe faça falta em particular ou que gostaria de ter acesso como refugiado? (ou algum outro tipo de apoio, como tradutores, para ter um melhor acesso aos cuidados de saúde e/ou melhores cuidados de saúde)

ANEXO B– GUIÃO DE ENTREVISTAS: PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UCC DE SACAVÉM

Tamanho da amostra: 2 profissionais de saúde (1 médico e 1 enfermeiro)

1. Qual a sua perceção do funcionamento e utilidade deste atendimento aos cidadãos migrantes?
2. Sente a existência de barreiras para um bom atendimento e prestação de cuidados de saúde?
Se sim, quais?
3. Teve alguma formação específica no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde a cidadãos migrantes? Se sim, de que tipo? Se não, acha que era importante ter? E se sim, que tipo de formação acha particularmente relevante?
4. Acha que o serviço prestado precisa de melhorias? Se sim, quais? E quais as suas sugestões para a implementação dessas melhorias?
5. A organização atual do SNS está preparada para prestar cuidados de saúde que considerem a diversidade cultural destas comunidades migrantes? Se não, como acha que seria possível ultrapassar essas dificuldades?
6. Considera que há profissionais de saúde em falta, com determinadas especificidades, para reforçar as equipas de apoio em saúde às comunidades migrantes e de refugiados?