



Universidades Lusíada

Ferreira, Soraia Alexandra Rodrigues, 1997-

A intervenção social com a população imigrante : promoção do acesso aos cuidados de saúde

<http://hdl.handle.net/11067/6804>

Metadados

Data de Publicação	2022
Resumo	<p>A dissertação intitulada “A intervenção com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde” apresenta um estudo sobre a intervenção social e das políticas públicas e sociais em Portugal, na área da saúde e, em particular, do sistema de saúde público hospitalar. Tem como objetivo geral analisar as condições de acesso aos cuidados de saúde hospitalares dos cidadãos imigrantes em Portugal, mediante a sistematização de práticas integradoras e efetivadoras de direitos sociais. Defini...</p> <p>The dissertation entitled “Intervention with the immigrant population: promoting access to health care” presents a study on social intervention and public and social policies in Portugal, in health and of the public hospital health system. Its general objective is to analyze the conditions of access to hospital health care for immigrant citizens in Portugal, through the systematization of practices that integrate and enforce social rights. The use of mixed methods was defined as a methodology, i...</p>
Palavras Chave	Imigrantes - Condições sociais - Portugal, Política de saúde - Portugal, Direito à saúde - Portugal, Serviço social com imigrantes - Portugal
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-ISSSL] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T20:17:38Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA
Mestrado em Serviço Social

**A intervenção social com a população imigrante:
promoção do acesso aos cuidados de saúde**

Realizado por:
Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira

Orientado por:
Prof.^a Doutora Inês Casquilho Duarte Martins

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Teresa Paula Garcia Rodrigues da Silva
Orientadora: Prof.^a Doutora Inês Casquilho Duarte Martins
Arguente: Prof.^a Doutora Maria Isabel de Jesus Sousa

Dissertação aprovada em: 10 de fevereiro de 2023

Dissertação Corrigida

Lisboa

2023



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Mestrado em Serviço Social

**A intervenção social com a população imigrante:
promoção do acesso aos cuidados de saúde**

Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira

Dissertação Corrigida

Lisboa

Março de 2023



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Mestrado em Serviço Social

**A intervenção social com a população imigrante:
promoção do acesso aos cuidados de saúde**

Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira

Dissertação Corrigida

Lisboa

Março de 2023

Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira

A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Doutora Inês Casquilho Duarte Martins

Dissertação Corrigida

Lisboa

Março de 2023

FICHA TÉCNICA

Autora Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira
Orientadora Prof.^a Doutora Inês Casquilho Duarte Martins
Título A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde
Local Lisboa
Ano 2023

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FERREIRA, Soraia Alexandra Rodrigues, 1997-

A intervenção social com a população imigrante : promoção do acesso aos cuidados de saúde / Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira ; orientado por Inês Casquilho Duarte Martins. - Lisboa : [s.n.], 2023. - Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada.

I - MARTINS, Inês Casquilho, 1985-

LCSH

1. Imigrantes - Portugal - Condições sociais
2. Política de saúde - Portugal
3. Direito à saúde - Portugal
4. Serviço social com imigrantes - Portugal
5. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Immigrants - Portugal - Social conditions
2. Medical policy - Portugal
3. Right to health - Portugal
4. Social work with immigrants - Portugal
5. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV4013.P8 F47 2023

AGRADECIMENTOS

Assim termina mais uma etapa no meu percurso académico, com o sentimento de dever cumprido e a certeza de que depus o melhor de mim, com o esforço e dedicação que um trabalho como este implica.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Inês Casquilho-Martins, a minha orientadora, pelo apoio e acompanhamento constante, e sem a qual não teria sido possível concretizar este trabalho. Obrigada pela sua disponibilidade e paciência perante as minhas dificuldades, pela motivação e incentivo neste novo caminho e mundo da investigação, e por me transmitir a confiança necessária no trabalho que desenvolvemos. Espero ir ao encontro das suas expectativas e conseguir valorizar os ensinamentos que me transmitiu ao longo deste percurso.

Agradecer também aos professores do Instituto Superior de Serviço Social da Universidade Lusíada de Lisboa, que me acompanharam durante os últimos anos de aprendizagem. Obrigada pela vossa sabedoria, ensinamentos e partilha de experiências, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Ao CLISSIS e à sua direção, agradeço a oportunidade de participar num projeto de investigação que permitiu dar mais visibilidade a este trabalho académico.

Ao Hospital Garcia de Orta e ao Conselho de Ética, pela aprovação da realização deste trabalho, assim como pela confiança na pertinência dos resultados.

À minha família e aos meus amigos, por entenderem o motivo da minha ausência em certos momentos especiais. À minha mãe, pelo apoio emocional e pelas palavras de conforto. Aos meus avós, pelo orgulho que sempre demonstraram e me fizeram sentir. Às minhas amigas, que acompanharam toda a evolução e me incentivaram a continuar.

À equipa de Serviço Social do Hospital Garcia de Orta, pelo interesse no sucesso e concretização deste trabalho.

E por último, aos participantes desta investigação, pela vossa receptividade e colaboração. Sem o vosso testemunho e partilha, não seria possível apresentar um trabalho consistente e com informações pertinentes para a investigação nesta temática.

A todos vós, o meu sincero agradecimento.

APRESENTAÇÃO

A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde

Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira

A dissertação intitulada “A intervenção com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde” apresenta um estudo sobre a intervenção social e das políticas públicas e sociais em Portugal, na área da saúde e, em particular, do sistema de saúde público hospitalar. Tem como objetivo geral analisar as condições de acesso aos cuidados de saúde hospitalares dos cidadãos imigrantes em Portugal, mediante a sistematização de práticas integradoras e efetivadoras de direitos sociais. Definiu-se como metodologia a utilização dos *mixed methods*, na dimensão qualitativa e quantitativa, com recorrência a diferentes tipos de instrumentos de recolha de dados. Para o tratamento destes dados, optou-se pelo sistema de triangulação, a análise estatística para os dados quantitativos, com recurso ao *software* SPSS, e a análise de conteúdo categorial para os dados qualitativos. Foi possível concluir que a perspetiva dos profissionais difere da experiência dos utentes que recorrem aos serviços de saúde, quando questionados sobre a garantia e efetivação do direito à saúde. Na opinião dos profissionais, são apresentados diversos constrangimentos no acesso aos serviços de saúde por parte da população imigrante, nomeadamente, devido a questões como a barreira linguística, a ausência de n.º de utente do SNS ou a situação de irregularidade documental; por outro lado, segundo a perspetiva dos utentes, a comunicação estabelecida é funcional e acessível, e ainda, o acesso aos serviços e cuidados de saúde não está dependente do processo ou estado de regularização.

Palavras-chave: Direitos Humanos, Imigração, Saúde, Serviço Social.

PRESENTATION

Social Intervention with the immigrant population: promoting access to health care

Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira

The dissertation entitled “Intervention with the immigrant population: promoting access to health care” presents a study on social intervention and public and social policies in Portugal, in health and of the public hospital health system. Its general objective is to analyze the conditions of access to hospital health care for immigrant citizens in Portugal, through the systematization of practices that integrate and enforce social rights. The use of mixed methods was defined as a methodology, in the qualitative and quantitative dimension, with the use of different types of data collection instruments. For the treatment of these data, we opted for the triangulation system, the statistical analysis for the quantitative data, using the SPSS software, and the categorical content analysis for the qualitative data. It was possible to conclude that the perspective of professionals differs from the experience of users who resort to health services, when questioned about the guarantee and realization of the right to health. In the opinion of professionals, several constraints are presented in the access to health services by the immigrant population, namely, due to issues such as the language barrier, the absence of the NHS user number or the situation of document irregularity; on the other hand, according to the users' perspective, the communication established is functional and accessible, and also, access to health services and care is not dependent on the process or status of regularization.

Keywords: Health, Human Rights, Immigration, Social Work.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas

ACM – Alto Comissariado para as Migrações

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AR – Autorização de Residência

CEPCD – Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças

CIT – Certificado de Incapacidade Temporária

CLAI – Centro Local de Apoio à Integração de Imigrantes

CLAIM – Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes

CLISSIS – Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social

CNAI – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

CRP – Constituição da República Portuguesa

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GAJI – Gabinete de Apoio Jurídico ao Imigrante

GASI – Gabinete de Assuntos Sociais e Inclusão

HGO – Hospital Garcia de Orta

IRN – Instituto dos Registos e Notariado

INE – Instituto Nacional de Estatística

MAI – Ministério da Administração Interna

MIPEX – Migrant Integration Policy Index

MNE – Ministério dos Negócios Estrangeiros

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SEA – Serviços de Estrangeiros e Asilo

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SEFSTAT – Portal de Estatística do SEF

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UE – União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

1. Introdução	21
2. Enquadramento teórico e concetual	27
2.1. Retrato da imigração em Portugal	27
2.2. População imigrante e acesso aos cuidados de saúde	34
2.2.1. Direito à saúde	34
2.2.2. Sistemas de saúde internacionais	36
2.3. Enquadramento legal, medidas de integração e acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes em Portugal	40
2.3.1. Acesso aos cuidados e serviços de saúde	43
2.3.2. Integração e acompanhamento da população imigrante.....	45
2.3.3. Impacto da covid-19 na área da saúde	48
2.4. Intervenção do Serviço Social	51
2.4.1. Serviço Social na Saúde.....	52
2.4.2. Serviço Social e Imigração	55
3. Metodologia de investigação	59
3.1. Campo empírico.....	59
3.2. Método e abordagem científica	63
3.3. Universo e amostra	65
3.3.1. População imigrante	65
3.3.2. Assistentes sociais	66
3.4. Técnicas de recolha e tratamento de dados.....	68
3.4.1. Recolha de dados.....	68
3.4.2. Tratamento de dados.....	72
3.4.2.1. Dados estatísticos	72
3.4.2.2. Análise de conteúdo categorial	73
3.5. Ética na investigação	74
4. Apresentação, sistematização e discussão dos resultados	77
4.1. Caraterização dos cidadãos imigrantes que acedem aos cuidados de saúde ..	77
4.1.1. Caraterização sociodemográfica	77
4.1.2. Caraterização das condições socioeconómicas e de habitabilidade.....	82
4.1.3. Caraterização sociocultural	85
4.1.4. Caraterização da situação legal no país.....	87
4.2. Informação e acessibilidade aos cuidados de saúde prestada à população imigrante.....	89
4.2.1. Promoção do acesso aos cuidados e trabalho em parceria.....	90
4.2.2. Fatores que potenciam o acesso aos cuidados de saúde	93
4.2.3. Fatores que limitam o acesso aos cuidados de saúde	95

4.3. Medidas e intervenção social para acesso e promoção do direito à saúde da população imigrante.....	97
4.3.1. Direitos da população imigrante em Portugal	97
4.3.2. Caracterização das políticas de imigração e de medidas de acesso aos cuidados de saúde aos cidadãos imigrantes	99
4.3.3. Intervenção do Serviço Social e contributos para o acesso e promoção do direito à saúde	105
4.4. Contributos para a melhoria da intervenção social e para a efetivação dos direitos dos cidadãos imigrantes	108
5. Conclusão	117
Referências bibliográficas	121
Bibliografia.....	133
Anexos	137
Anexo A – Circular informativa ERS.....	139
Anexo 1 - Registo académico do projeto de investigação	145
Anexo 2 - Requerimentos e pedidos de autorização	147
Anexo 3 – Autorização institucional.....	151
Anexo 4 – Consentimento informado para aplicação de questionário	153
Anexo 5 – Modelo de questionário	155
Anexo 6 – Estrutura do questionário	161
Anexo 7 – Convite para participação em entrevista	167
Anexo 8 – Consentimento informado para aplicação de entrevista	169
Anexo 9 – Guião de entrevista	171
Anexo 10 – Quadro de dimensões de análise: cidadãos imigrantes.....	173
Anexo 11 – Grelha de análise de conteúdo.....	174

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Esquema do Modelo de Análise	60
Figura 2 – Construção e codificação da variável área geográfica	79
Gráfico 1 - Evolução da população imigrante residente em Portugal (em número)	29
Gráfico 2 - Evolução da população imigrante do Brasil residente em Portugal (em número)	31
Gráfico 3 - Evolução da população imigrante do continente asiático residente em Portugal (em número)	32
Gráfico 4 - Evolução da população imigrante do continente africano residente em Portugal (em número)	33
Gráfico 5 - Opinião da população imigrante quanto ao nível de rendimentos do seu agregado familiar (n=35).....	82
Gráfico 6 - Tempo de residência e permanência dos utentes inquiridos em Portugal (n=35).....	87
Gráfico 7 - Distribuição dos participantes por situação documental	88
Gráfico 8 - Acessibilidade à compreensão da informação.....	93
Gráfico 9 - Conhecimento sobre os direitos em Portugal	97
Gráfico 10 - Opinião sobre os direitos da população imigrante em Portugal	98
Gráfico 11 - Avaliação do atendimento dos assistentes sociais na área da saúde....	107
Gráfico 12 - Avaliação do impacto da intervenção do Serviço Social	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Acessibilidade aos cuidados de saúde: retrato dos países europeus.....	38
Tabela 2 - Esquematização sobre os diferentes tipos de vistos de viagem.....	41
Tabela 3 - Acordos de cooperação internacional de Portugal com os PALOP, no domínio da saúde.....	44
Tabela 4 - Codificação da Amostra Qualitativa	67
Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da população imigrante participante no estudo	78
Tabela 6 - Distribuição dos participantes por tipologia de habitação	83
Tabela 7 - Frequência de pedidos de apoio por tipo de suporte.....	91
Tabela 8 - Opinião sobre os direitos da população imigrante em Portugal, por área geográfica.....	99
Tabela 9 - Análise de conteúdo da questão 3.3. do questionário aplicado aos utentes	109
Tabela 10 - Análise de conteúdo da questão 3.6. do questionário aplicado aos utentes	111
Tabela 11 - Sistematização de práticas integradoras de direitos sociais.....	114

1. INTRODUÇÃO

A elaboração da presente dissertação enquadra-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada, intitulando-se “A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde”. A escolha do tema de investigação foi motivada pela proximidade existente com a problemática e com o campo profissional em contexto hospitalar, mas também dada a relevância do acesso aos cuidados de saúde por parte da população imigrante como tema de estudo em Serviço Social. Outro aspeto relevante no domínio científico e profissional que conduziu à escolha deste tema é a sua associação aos princípios e valores éticos do Serviço Social e a sua estreita ligação com os direitos fundamentais no quadro nacional e supranacional. Neste sentido, o foco desta investigação centra-se no estudo da intervenção social no sistema de saúde público hospitalar e nas medidas promotoras do acesso da população imigrante aos cuidados de saúde e sociais em Portugal.

A intencionalidade da investigação no decorrer do exercício profissional na área da saúde, ao explorar e retratar um problema social identificado, permite acompanhar a intervenção social sobre estas dimensões, refletir sobre a aplicabilidade das políticas sociais e na garantia dos direitos humanos (BRANCO, 2008; MARTINS, 2008). Paralelamente, é também através de uma análise qualificada sobre a realidade social que os assistentes sociais podem, com o seu conhecimento teórico e empírico, contribuir para melhores políticas públicas e sociais (CASQUILHO-MARTINS, 2021). No domínio do Serviço Social, a abordagem desta problemática visa proporcionar um contributo ao nível da investigação e produção de conhecimento científico. Assim, pretende-se que este tema promova o debate de questões de âmbito ético e político na intervenção do Serviço Social e para a reflexão das práticas adotadas ao nível da integração dos cidadãos imigrantes no âmbito da saúde. Quanto aos resultados da investigação, espera-se que contribuam para a promoção do acesso aos cuidados de saúde e sociais mais dignos, especialmente para as pessoas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, potenciando assim melhores condições de vida por via da promoção da saúde. Este trabalho aposta numa diferenciação face aos estudos já existentes, pelo facto de abordar fatores sociais e ambientais inerentes à condição de vida da população, além das questões biológicas e individuais estudadas por outras disciplinas científicas na área da saúde.

Sendo a área da saúde uma parte integrante na identidade e formação do Serviço Social, enquanto profissão (MARTINELLI, 2003), torna-se também relevante neste contexto pelo enquadramento da investigação no âmbito do direito ao acesso aos cuidados de saúde por parte da população imigrante; e também, pelo enquadramento institucional dos participantes deste estudo. No domínio da saúde, procura-se que se possa evidenciar a opinião dos cidadãos imigrantes e dos profissionais ao nível da acessibilidade aos cuidados de saúde, incluindo os constrangimentos burocráticos existentes e da capacidade de resposta dos estabelecimentos de saúde face a esta problemática (CASQUILHO-MARTINS e FERREIRA, 2022; DIAS, 2011).

O acesso aos cuidados de saúde da população imigrante em Portugal tem sido tema de vários estudos (ESTRELA, 2009; DIAS, 2011; PADILLA e ORTIZ, 2012), embora pouco desenvolvido no domínio científico do Serviço Social. O envolvimento de pessoas imigrantes em Portugal nesta pesquisa procurou dar-lhes um papel ativo através das suas opiniões e expectativas sobre a sua experiência de acesso aos cuidados de saúde e na efetivação dos seus direitos em Portugal.

Deste modo, a presente dissertação foca-se na perspetiva dos cidadãos, complementando com a perspetiva de assistentes sociais na área da saúde em contexto hospitalar e nas unidades de saúde familiares. Sendo o acesso à saúde um direito universal, consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, pretende-se produzir conhecimento face a este objeto de estudo, mediante a efetivação dos princípios e direitos fundamentais, uma vez que: “No contexto português, apesar da actual legislação garantir para todos os indivíduos o direito ao acesso aos serviços de saúde, diversas dificuldades persistem no acesso e utilização destes serviços para alguns grupos de imigrantes” (DIAS, 2011, p. 512). Na atualidade, com o surgimento da pandemia COVID-19, foram introduzidas medidas temporárias que alargaram o direito dos cidadãos imigrantes e que revelam a necessidade de garantir este direito (ERS, 2020¹).

De acordo com DIAS (2011), é ainda reconhecido que através dos serviços de saúde e da promoção do bem-estar físico e social das populações imigrantes são promovidas condições que contribuem para uma melhor integração social nos destinos de acolhimento. Esta premissa é também patente em relatórios internacionais como o

¹ Documento intitulado “Alerta de supervisão da Entidade Reguladora da Saúde nº 06/2020”, disponível para consulta em anexo (Anexo A).

Migrant Integration Policy Index (MIPEX) 2020, que classifica Portugal como um dos melhores países na integração de imigrantes, sendo a saúde um dos indicadores com influência neste domínio. De acordo com o recente relatório, iguais direitos, oportunidades e segurança entre cidadãos nacionais e imigrantes, contribui para um processo de integração bidirecional com melhores resultados (SOLANO e HUDDLESTON, 2020). Assim, a intervenção social com a população imigrante em contexto hospitalar possibilita contribuir para a garantia de direitos, para uma melhor operacionalização dos serviços e das medidas políticas e para a concretização de um acolhimento e acompanhamento aos cidadãos imigrantes que se traduza num processo de integração social informado e apoiado.

Privilegiou-se, nesta investigação, uma abordagem holística e sistemática que reconhece os cuidados de saúde numa esfera mais abrangente que os cuidados clínicos (CORREIA, CARAPINHEIRA e RAPOSO, 2018), centrando-se no estudo da intervenção social e das políticas públicas e sociais em Portugal, na área da saúde e, em particular, no sistema de saúde público hospitalar. Assim, o objeto de estudo desta investigação são as condições de acesso dos cidadãos imigrantes aos cuidados de saúde em Portugal.

De forma a iniciar o percurso da investigação, formulou-se a seguinte pergunta de partida: Quais as condições de acesso da população imigrante aos cuidados de saúde hospitalares em Portugal? A resposta à pergunta de partida visa apresentar um retrato sobre as características da população imigrante que recorre aos cuidados de saúde, em diversas dimensões, tal como a sua situação documental, tempo de permanência no país, existência de rede de suporte familiar e integração no mercado de trabalho. Por outro lado, estas dimensões apresentam-se como condicionantes ao acesso aos serviços de saúde e, em última instância, à garantia de direitos fundamentais.

Foi através deste primeiro questionamento que se formularam os objetivos de investigação que iriam dar origem às metas concretas que se planearam atingir. O objetivo geral desta investigação é analisar as condições de acesso aos cuidados de saúde hospitalares dos cidadãos imigrantes em Portugal, sistematizando práticas integradoras e efetivadoras de direitos sociais. Os objetivos específicos deste estudo estipularam metas que possibilitaram concretizar o objetivo geral da investigação, sendo os seguintes: caracterizar o contexto socioeconómico e legal dos cidadãos imigrantes que acedem a cuidados de saúde em estabelecimentos de saúde públicos; identificar as condições que potenciam ou limitam o acesso aos cuidados de saúde da população imigrante em Portugal; sistematizar as medidas de política e de intervenção social que

contribuam para os processos de regularização, integração social e promoção do direito à saúde em Portugal.

Esta perspetiva será conseguida através do testemunho dos profissionais e posteriormente comparada com os dados de caracterização recolhidos dos utentes.

De forma a atingir os objetivos enunciados, definiu-se como metodologia a utilização de métodos mistos (*mixed methods*), recorrendo a estratégias de investigação qualitativas e quantitativas, tendo para isso recorrido à realização de entrevistas a profissionais de estabelecimentos de saúde e à aplicação de questionários a utentes desses mesmos serviços. Para o tratamento dos dados recolhidos, optou-se por uma metodologia de triangulação, mediante a combinação na sistematização e discussão dos resultados provenientes da análise estatística para os dados quantitativos e a análise de conteúdo categorial para os dados qualitativos. Esta abordagem permitiu assim articular informação de fontes distintas, contribuindo para a apresentação de resultados e conclusões pertinentes face aos objetivos definidos. Para a execução e concretização deste trabalho, nomeadamente para a recolha de dados e informação que permitiu desenvolver uma análise sustentada e conclusões pertinentes sobre a problemática em estudo, procedeu-se à análise documental e pesquisa de literatura relacionada com a temática, seleção da legislação aplicável, análise de fontes estatísticas primárias, entrevistas semi-estruturadas e aplicação de inquérito por questionário.

Neste enquadramento, a presente investigação encontra-se assim estruturada em três capítulos principais. O capítulo seguinte apresenta o contexto teórico e conceptual que fundamentou a investigação, incluindo um breve retrato da imigração enquanto fenómeno a analisar em Portugal, o enquadramento legal respeitante ao direito à saúde, e a intervenção social nesta área; o capítulo três possibilita a compreensão da metodologia de investigação e campo empírico deste estudo, enunciando a composição da amostra definida para a investigação, assim como as técnicas de recolha e tratamento de dados, terminando com a abordagem aos procedimentos éticos nesta investigação; o capítulo final está orientado para a análise dos dados recolhidos e tratados, onde são apresentados e discutidos os resultados da investigação tendo como base os objetivos anteriormente definidos. Termina-se esta dissertação apresentando as conclusões e as perspetivas futuras no âmbito da investigação realizada.

No que se refere à conclusão e considerações finais, foi possível concluir que a perspetiva dos profissionais difere da experiência dos utentes que recorrem aos serviços de saúde, quando questionados sobre a garantia e efetivação do direito à saúde.

Na opinião dos profissionais, são apresentados diversos constrangimentos no acesso aos serviços de saúde por parte da população imigrante. Alguns dos constrangimentos abordados centram-se em questões como a barreira linguística, a ausência de número de utente do SNS ou a situação de irregularidade documental. Em oposição, na perspetiva dos utentes, a comunicação estabelecida é funcional e acessível, e ainda, o acesso aos serviços e cuidados de saúde não está dependente do processo ou estado de regularização.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

2.1. RETRATO DA IMIGRAÇÃO EM PORTUGAL

As influências nos movimentos migratórios correspondem a uma transformação evidente e bastante relevante nas sociedades contemporâneas, conforme estudado por vários autores (PEIXOTO, 2007; PADILLA e ORTIZ, 2012; MARTINS, 2015; CASQUILHO-MARTINS, BELCHIOR-ROCHA e FERREIRA, 2020). Na abordagem desta problemática, foram considerados contributos de estudos com relevância neste domínio que contribuíram para uma revisão de literatura de suporte ao estado da arte. Em Portugal, podemos destacar o trabalho desenvolvido por ESTRELA (2009), PADILLA e ORTIZ (2012), PADILLA (2013), e PADILLA, RODRIGUES, LOPEZ e ORTIZ (2018) que seguem uma linha de investigação sociológica focada num importante contributo sobre os fluxos migratórios, a integração de imigrantes em Portugal e a sua relação com os serviços e cuidados de saúde.

A intensificação das migrações internacionais apresenta-se como uma dinâmica e consequência da globalização, sendo este um processo multidimensional, na vertente da emigração e imigração, concretizadas por meio de procura de oportunidades ou, em situação mais emergente, por necessidade. Consequentemente, estes estudos incluem o significado do processo de globalização nos seus eixos de investigação, tema abordado também por outros autores da área Ciências Sociais e Humanas (SANTOS, 2006; CAMPOS e CANAVEZES, 2007; GIDDENS, 2012; ALMEIDA, 2013; STIGLITZ, 2013). A relação entre os fluxos migratórios e a integração de imigrantes tem se apresentado como tema de pesquisa, sobretudo considerando a influência da globalização na acentuação de tendências migratórias particularmente evidenciadas nos países do sul da Europa, como Grécia, Itália, Espanha e Portugal: “convertendo-se em países de imigração” (PADILLA e ORTIZ, 2012, p. 160).

A imigração em Portugal acompanhou as diversas mudanças e acontecimentos sociohistóricos, cujas implicações se fizeram notar numa alteração de fluxos e níveis de intensidade, assim como, na diversidade de origens da população imigrante (GÓIS e MARQUES, 2018). Após a Revolução de 25 de Abril em 1974, verificou-se uma afluência nos movimentos de imigração oriundo dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), e mais tarde também do Brasil, potenciados pela descolonização e independência destes povos, assim como a necessidade e procura de mão-de-obra (PADILLA e ORTIZ, 2012; MARTINS, 2015).

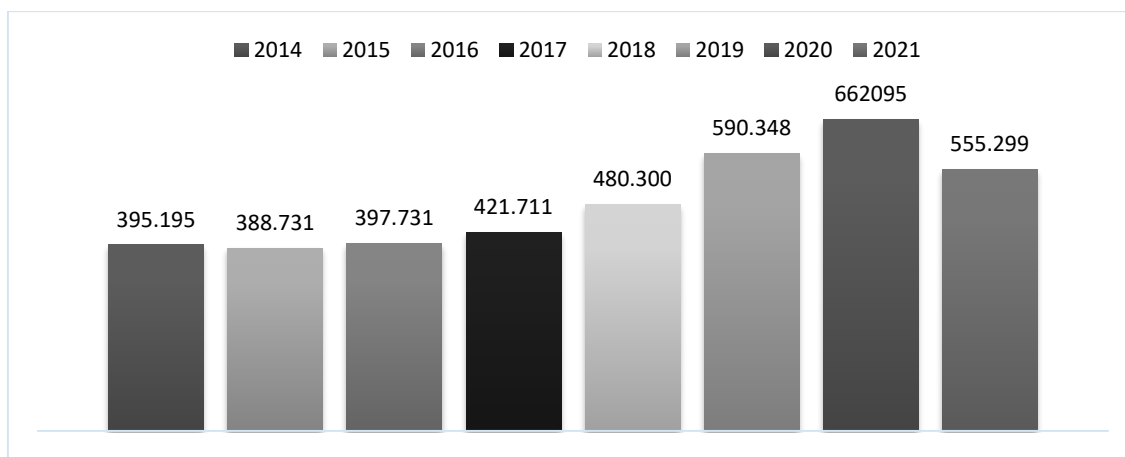
Os movimentos migratórios provenientes destes países podem ter sofrido alterações face aos: “fluxos de retorno de emigrantes portugueses, a aquisição da nacionalidade portuguesa por luso-descendentes e, mais recentemente, a multiplicação dos estatutos de dupla nacionalidade” (GÓIS [et al.], 2009, p. 129). No final dos anos 80 constatou-se um novo fluxo de imigração, com outras características, desta vez proveniente da Europa de Leste após a queda do muro de Berlim: “não pertencentes então à União Europeia (ucranianos, romenos, moldavos, russos, entre os mais representativos)” (PADILLA e ORTIZ, 2012, p. 164).

Já a partir dos anos 90, foram registados valores significativos de imigrantes asiáticos, na sua maioria oriundos da China, sendo até ao momento, a maior comunidade asiática em território português, principalmente caracterizada por fluxos migratórios de redes comerciais: “Neste período ainda chegaram imigrantes da Ásia, especialmente da China, Índia e Paquistão e mais tardiamente do Bangladesh” (PADILLA e ORTIZ, 2012, p. 165). As tendências migratórias para Portugal enquadravam-se numa lógica de recrutamento e procura de mão-de-obra pouco qualificada, com situações de precariedade, ilegalidade e vulnerabilidade social (COSTA, 2009). Estes fluxos migratórios, embora ocorridos em períodos históricos e contextos diferentes, retratam de forma transversal, a necessidade de procura de melhores condições de vida, independentemente da barreira linguística ou das condições laborais com que os imigrantes se confrontam no país de acolhimento. A dependência pós-colonial, o reagrupamento familiar e a elevada fecundidade entre grupos jovens de imigrantes constituíram um importante fator de intensificação da imigração em Portugal (GÓIS e MARQUES, 2018). Assim, é possível constatar também através da análise de dados estatísticos, a intensificação da imigração em Portugal ao longo dos últimos anos. No Gráfico 1, verifica-se a evolução e o crescimento da população imigrante em Portugal, entre 2014 e 2021.

Concretamente, entre 2014 e 2017, verifica-se um período de estabilização, sem grandes oscilações a registar na evolução do nº de residentes estrangeiros em Portugal. E, entre 2018 e 2019, foi constatado um aumento bastante significativo da população imigrante, sendo até ao momento, o valor registado mais elevado (aumento de 111.504 imigrantes face ao ano anterior): “Em 2019 verificou-se, assim, pelo quarto ano consecutivo, um acréscimo da população estrangeira residente, com um aumento de 22,9% face a 2018 (...) valor mais elevado registado pelo SEF, desde o seu surgimento em 1976” (SEF, 2020, p. 16). É importante considerar que estes dados correspondem à população imigrante em situação de permanência ou residência legal em Portugal,

isto é, imigrantes com título de residência ou vistos de longa duração. Por esse motivo, não são contemplados os imigrantes apenas com passaporte ou visto, ou em situação de irregularidade no país: “os dados referem-se unicamente a estrangeiros legalizados, ficando sempre excluídos os imigrantes que não possuem títulos de residência” (PADILLA e ORTIZ, 2012, p. 166-167).

Gráfico 1 - Evolução da população imigrante residente em Portugal (em número)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SEFSTAT (consultados a 23/12/2020) e do INE (consultados a 05/03/2022)

Mediante a análise e caracterização da população imigrante em Portugal no ano de 2019, identifica-se com uma maior expressão os cidadãos provenientes de países da Europa, sendo que: “O crescimento sustentado dos cidadãos estrangeiros, oriundos dos países da União Europeia, confirmam (...) as vantagens fiscais decorrentes do regime para o residente não habitual” (SEF, 2020, p. 17). Na Europa, e em particular nos países da UE, distingue-se o Reino Unido como o país com maior número de população registada em território nacional (34.358); de seguida, a Roménia (31.065), a Ucrânia (29.706), a França (23.125), a Espanha (15.848) e a Moldávia (5.098). Com uma expressão também significativa destacam-se fluxos de imigração oriundos do continente americano, principalmente da América do Sul, e nomeadamente o Brasil, totalizando 150.919 imigrantes residentes em Portugal, no ano de 2019. Também referente ao mesmo ano (2019), do continente africano registaram-se fluxos migratórios expressivos com maior predominância de imigrantes provenientes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), como Cabo-Verde (37.110), seguidos de Angola (22.592), Guiné-Bissau (18.780), São Tomé e Príncipe (10.078) e Moçambique (3.488). Por fim, igualmente no ano de 2019, do continente asiático, contabiliza-se um total de 15% da população imigrante oriunda desta zona geográfica em Portugal, sendo a China o país

mais representativo (27.780), depois a Índia (17.584) e o Nepal (16.847)². Estas nacionalidades têm sido mais frequentes, constituindo uma nova fase das tendências migratórias, tendo-se como uma: “forte preponderância da atividade profissional nas nacionalidades indiana e nepalesa” (SEF, 2020, p. 23).

No entanto, e apesar das diversas nacionalidades constituintes da população imigrante em Portugal, torna-se importante caracterizar as suas especificidades, não enquanto cidadãos diferenciados entre si, mas de acordo com as condições em que a imigração decorre, assim como o respetivo processo de integração no país de acolhimento (COSTA, 2009; GÓIS e MARQUES, 2018). Segundo CASQUILHO-MARTINS (2018), houve um impacto da crise financeira de 2008 no que respeita ao abrandamento da imigração, mas que não descarta a necessidade de se investir em medida de proteção e intervenção social junto da população imigrante que ao longo das últimas duas décadas tem tido um impacto na demografia portuguesa.

De acordo com os resultados dos Censos de 2021³ realizados em Portugal, foi possível constatar um decréscimo populacional (-2%) resultante do saldo natural negativo; verificando-se uma diminuição da população de 2019 (590.348) para 2021 (555.299) (INE, 2021). No entanto, em comparação ao ano de 2011, notou-se um crescimento de 40% da população estrangeira residente em Portugal atualmente, de acordo com os últimos dados recolhidos. Assim, em 2011 a população estrangeira em Portugal representava 3,7% do total da população do país, já em 2021 era representativa de 5,4% do total da população (INE, 2021).

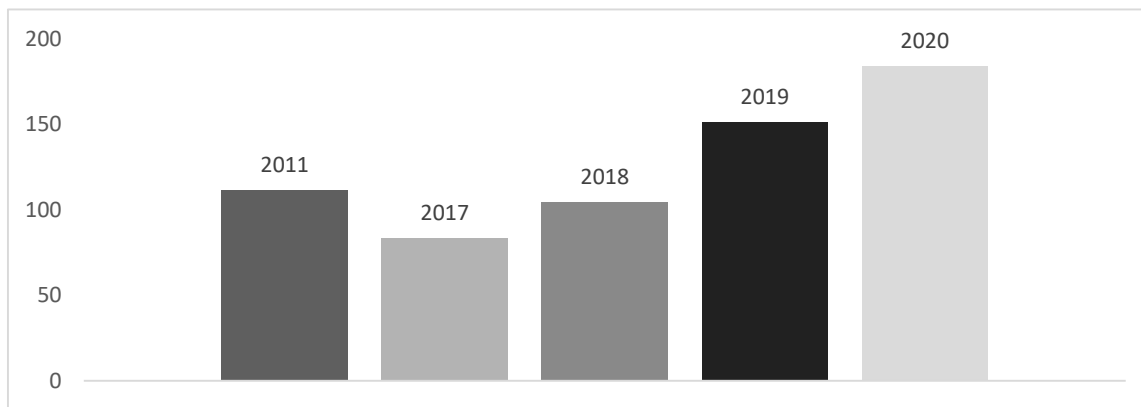
Foi possível ainda apurar que da população estrangeira residente em Portugal em 2021 (no total de 555.299) 81,4% desse grupo representava o número de imigrantes nacionais (452.231) de um país não pertencente à União Europeia (UE) (INE, 2021). Assim, reforçam a ideia de que a composição da população imigrante por território de origem é predominantemente proveniente de países da América do Sul (maioritariamente do Brasil), de África (com predominância dos PALOP) e da Ásia (com as novas vagas de imigração da China, Nepal e Índia) a prevalecer sobre os restantes países da UE.

² Valores apresentados em número de pessoas através dos dados INE / SEF-MAI disponíveis através do portal PORDATA, consultados a 23/12/2020.

³ A realização dos Censos rege-se pelo disposto na Lei 22/2008, de 13 de maio (Lei do Sistema Estatístico Nacional); e pelo Decreto-lei nº 136/2012, que define a orgânica do INE.

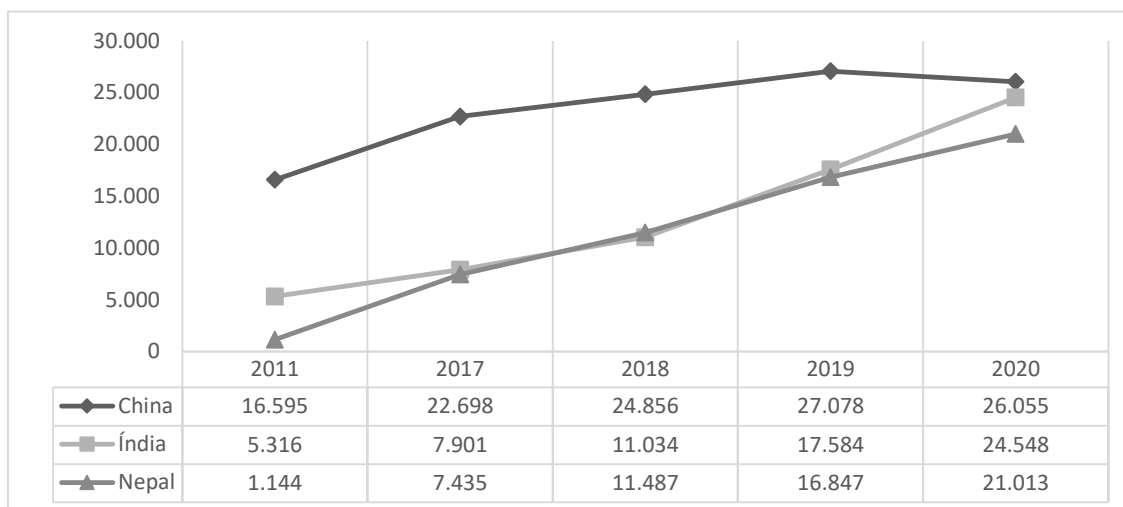
Sustentando estas informações com os dados do PORDATA (2021), referente ao ano de 2020, é possível constatar, de facto, a evolução e o crescimento exponencial, entre 2011 e 2020, quer da população imigrante proveniente do Brasil (Gráfico 2), quer do continente asiático, em particular, da China, Índia e Nepal (Gráfico 3).

Gráfico 2 - Evolução da população imigrante do Brasil residente em Portugal (em número)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do PORDATA (INE / SEF-MAI), consultados a 05/03/2022

Para a elaboração deste gráfico, foi tido como referência o ano de 2011 (ano de registo dos últimos censos em Portugal), permitindo assim, enquadrar alguma possibilidade de comparação no período de 10 anos seguintes; posteriormente, destacaram-se os anos de 2017 a 2020, onde se constatou um crescimento acentuado da emigração em Portugal, tal como anteriormente foi mencionado. Assim, através destes dados comparativos, verifica-se um aumento em termos do fluxo migratório, de uma forma geral, nos países identificados. Concretamente no que se refere à população vinda do Brasil, no Gráfico 2 verifica-se um decréscimo acentuado entre 2011 e 2017, e posteriormente, um crescimento relevante nos anos seguintes, sendo que em 2017 (com 83.061), em 2018 (com 104.504), em 2019 (com 150.919) e em 2020 (com 183.875). Ao analisar o Gráfico 3, representativo da população do continente asiático residente em Portugal, observam-se diferentes fenómenos, apesar de se constatar um aumento generalizado ao nível dos países identificados, no respetivo período. Relativamente à população oriunda da China registaram-se valores constantes apesar de se notar e manter um crescimento gradual.

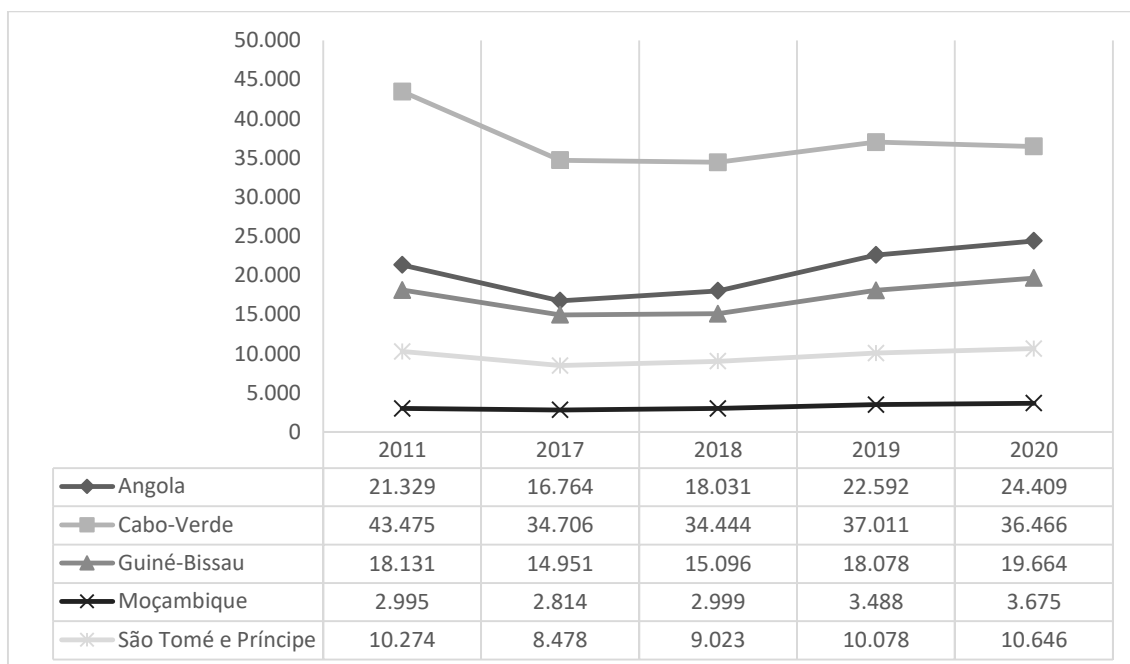
Gráfico 3 - Evolução da população imigrante do continente asiático residente em Portugal (em número)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do PORDATA (INE / SEF-MAI), consultados a 05/03/2022

No ano de 2011, a população oriunda da Índia apresentava um valor superior (5.316) comparativamente com a população oriunda do Nepal (1.144). Em 2017, verificou-se um crescimento acentuado da população nepalesa (de 1.144 para 7.435), igualando-se ao número de imigrantes da Índia (7.901). O crescimento da população proveniente destes dois países manteve-se em constante crescimento até 2020 - Índia com 24.548 e Nepal com 21.013 - equiparando-se nesse período aos valores da população proveniente da China (26.055), que até então, superava os restantes países, de forma proporcional. Este aumento da população imigrante, predominante jovem e em idade ativa, foi constatado também em outros estudos que relacionam estas tendências dos fluxos migratórios com o setor do comércio e da economia nacional:

“Os grupos estrangeiros não comunitários destacam-se pela sua maior proporção de jovens, designadamente Brasileiros, Indianos, Bangladeshis e Nepaleses, mas também os Romenos (...) Entre as comunidades com maiores proporções de ativos, destacam-se as que estão associadas a vagas de imigração mais recentes como o Nepal (84,0%), a Ucrânia (81,2%), a Roménia (79,3%) e a China (76,3%), para além do Brasil (83,4%)” (CARREIRAS e GUIMARÃES, 2020, p. 163).

Quanto aos países do continente africano com maior presença nos dados sobre a evolução da população imigrante em Portugal, com maior relevância para os PALOP, o seu crescimento ao nível da imigração em Portugal, entre 2011 e 2020, não constitui um aumento exponencial tão significativo ou relevante como os países anteriores, mantendo apenas uma constância no decorrer deste período (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Evolução da população imigrante do continente africano residente em Portugal (em número)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do PORDATA (INE / SEF-MAI), consultados a 16/06/2022

Após a análise destes dados, é possível aferir que a caracterização da população imigrante residente em Portugal tem vindo a alterar-se consoante os diferentes fluxos migratórios ocorridos nos últimos anos. A diferenciação da população por distintas nacionalidades poderá relacionar-se com as necessidades económicas, políticas e sociais dos diferentes países, isto é, dos países de origem e do país de acolhimento.

“Há 40 anos, Portugal era um país de emigração que tinha alguns imigrantes. Hoje é um país de migrações. Entre o retorno ou repatriamento de muitos nacionais portugueses e o acolhimento de centenas de milhares de estrangeiros, a demografia nacional ganhou diversidade e complexidade. Sem a imigração seríamos menos, mais pobres e mais velhos” (GÓIS e MARQUES, 2018, p. 125).

Desta forma, a imigração deve ser entendida como uma complementaridade ao funcionamento de um país, desde o potencial económico com a maior produção de bens e serviços, aquisição de mão-de-obra essencial, renovação da dinâmica demográfica e desenvolvimento cultural. Também nesta perspetiva pode ser aplicado o conceito de capital social, fundamentando a importância de promover a interação entre pessoas, estruturas e instituições para ações e interesses coletivos da sociedade, para que o principal objetivo seja a melhoria da condição de vida dos cidadãos (DUQUE, 2013).

2.2. POPULAÇÃO IMIGRANTE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Em estudos relacionados com as desigualdades na saúde, tem-se verificado que a condição socioeconómica, nomeadamente a situação de desemprego tem impacto no estado de saúde e nas desigualdades aos cuidados de saúde (BUKA, 2002; COOPER, 2002; KARLSEN E NAZROO, 2002). Neste enquadramento, considerou-se oportuno evidenciar o direito e acesso aos cuidados de saúde da população imigrante, com particular referência ao quadro legal existente em Portugal, nomeadamente ao nível das medidas de política; juntamente com uma breve análise comparativa dos sistemas de saúde existentes em outros países.

2.2.1. DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde é promovido na DUDH, pelo que se verifica no Art. 25.º que: “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a /saúde e o bem-estar” (Diário da República n.º 57/1978, 1.ª série). E ainda, no Pilar Europeu dos Direitos Sociais consta no princípio 16.º, o direito aos cuidados de saúde, em que: “Todas as pessoas têm direito a aceder, em tempo útil, a cuidados de saúde preventivos e curativos de qualidade e a preços comportáveis” (European Pillar of Social Rights, *booklet*, 2017). Assim sendo, a abrangência do direito à saúde reporta-se igualmente aos cidadãos estrangeiros, uma vez que:

“Corporizando os princípios constitucionais da igualdade, da não discriminação e da equiparação de direitos e deveres entre nacionais e estrangeiros, salvas as excepções constitucionalmente legitimadas, e ainda o direito, também constitucionalmente consagrado, que todos têm à protecção da saúde, é relevante que os meios de saúde existentes sejam disponibilizados a todos os que deles necessitam, na exacta medida das suas necessidades subjectivamente concretizadas, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais” (Despacho do Ministério da Saúde n.º 25360/2001, de 12 de Dezembro; Diário da República n.º 286/2011, 2.ª série)

O direito à saúde é, assim, considerado um direito com propriedade universal, e por isso, deve abranger todos os cidadãos residentes em território nacional, e ainda, refletir sobre os impactos que podem surgir do acesso ou impedimento a este mesmo direito:

“É facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal o acesso, em igualdade de tratamento ao dos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (...) aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que

constituem o SNS” (Despacho do Ministério da Saúde n.º 25360/2001, de 12 de dezembro, publicado no Diário da República n.º 286/2001, 2.ª série)

A proteção na saúde é um direito presente também na Constituição da República Portuguesa, sendo mencionado que: “Todos têm direito à proteção da saúde” através “de um serviço nacional de saúde universal e geral (...) tendencialmente gratuito” (Artigo 64.º). Desta forma, a existência e funcionamento do SNS representa um importante avanço na conquista de direitos sociais em Portugal, permitindo e facilitando as condições de acesso aos cuidados de saúde.

É neste contexto que a atuação do Estado Providência compreende a prestação pública de serviços sociais universais, incluindo a saúde: “A assistência médica e os cuidados de saúde constituem, a par da segurança social, um dos pilares fundamentais do Estado Social” (SILVA, 2005, p. 26). O Estado Providência ou Estado de Bem-Estar Social promove a responsabilização do Estado na manutenção e criação de condições de forma a garantir a existência de condições mínimas adequadas para todos os cidadãos (RODRIGUES, 2010; CARDOSO, 2010).

Os cuidados de saúde não incluem apenas o atendimento médico, mas também as situações de internamento hospitalar, a realização de exames auxiliares de diagnóstico, o acesso a medicação comparticipada, a obtenção de próteses e de outros aparelhos terapêuticos; para tal, é necessário ser utente do SNS com o respetivo número de utente atribuído, podendo este apenas ser obtido pelos cidadãos imigrantes que se encontrem em situação regular, ou seja: “estrangeiros possuidores de autorização de permanência ou de residência ou visto de trabalho” (ACIDI, 2008, p. 73). Desta forma, os cidadãos imigrantes que se encontrem em situação irregular no país, e, portanto, sem número de utente do SNS poderão não ter acesso a determinados serviços ou benefícios no âmbito da saúde, sendo este um ponto a abordar posteriormente, sob o qual irá incidir a investigação realizada.

Relativamente à situação dos menores de idade que se encontrem em situação irregular no país, foi criado um registo nacional de menores estrangeiros, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de março:

“Esses menores estão completamente dependentes da economia do agregado familiar a que pertencem, pois não dispõem de qualquer autonomia [...] para se legalizarem. Em suma, limitados na capacidade de exercício por força da menoridade e na capacidade de gozo por força da sua condição de imigrantes ilegais, encontram-se num vazio jurídico impeditivo do

acesso aos benefícios elementares que a sociedade e o Estado destinam a todos os cidadãos sejam nacionais ou estrangeiros”⁴

Neste sentido, a proteção das crianças e jovens menores de idade não legalizados, no que se refere à situação documental, encontra-se garantida no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde, assim como nas questões relacionadas com outros domínios de promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens (CASQUILHO-MARTINS e MATELA, 2021).

2.2.2. SISTEMAS DE SAÚDE INTERNACIONAIS

As tendências migratórias e as condições de igualdade no acesso aos cuidados de saúde entre cidadãos imigrantes e cidadãos nacionais em diferentes países foram objeto de pesquisa de investigações, como por exemplo, em Espanha (CARRASCO-GARRIDO [et al.], 2007), no Reino Unido (SZCZEPURA, 2005), e na Holanda (STRONKS, RAVELLI e REIJNEVELD, 2001). Os estudos internacionais analisados, embora com algum espaçamento temporal à data, permitiram compreender que a natureza dos sistemas de saúde implementados é um fator que facilita ou limita o acesso aos cuidados de saúde da população imigrante.

CARRASCO-GARRIDO [et al.] (2007) afirma que o modelo de saúde público em Espanha abrange o acesso à informação e aos cuidados de saúde aos imigrantes quer em situação regular ou irregular no país. Já STRONKS, RAVELLI e REIJNEVELD (2001) indicavam que na Holanda, todos os cidadãos (nacionais ou imigrantes) devem possuir um seguro de saúde particular para usufruir de cuidados de saúde. Neste contexto, o acesso à saúde está condicionado à estabilidade social e económica, nomeadamente para os cidadãos que se encontravam numa situação de maior vulnerabilidade socioeconómica como os cidadãos imigrantes, que não conseguem suportar o pagamento de um seguro de saúde privado, de forma a ter acesso aos cuidados básicos.

No Reino Unido existe uma diferença significativa pela existência e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (NHS – National Health Services), que segundo GROSIOS, GAHAN e BURBIDGE (2010), proporciona cuidados de saúde gratuitos e prevê uma cobertura universal, cujo acesso é concedido a cidadãos nacionais, residentes permanentes, estudantes com visto, refugiados e requerentes de asilo.

⁴ Publicado no Diário da República n.º 72/2004, série 1

Porém, SZCZEPURA (2005) verificou que existiram disparidades no acesso aos serviços de saúde, acentuando as desigualdades no caso dos imigrantes sem autorização de residência e nos grupos minoritários como afro-americanos, indígenas americanos, asiáticos e hispânicos.

Recentemente, CASQUILHO-MARTINS E FERREIRA (2022) produziram um estudo comparativo entre medidas e acesso aos cuidados de saúde dirigidos à população imigrante em contexto europeu, recorrendo aos dados de entidades internacionais como o Migrant Integration Policy Index (MIPEX) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). O Índice de Política de Integração de Migrantes do MIPEX permitiu sistematizar a avaliação de políticas de integração dos imigrantes, nomeadamente no domínio da saúde. Com base na avaliação de medidas nos diferentes países da União Europeia, os países que se destacam com políticas sanitárias mais favoráveis à integração de imigrante são a Irlanda, Suécia, Espanha e Áustria. Os dados referentes à Irlanda destacaram a Estratégia de Saúde Intercultural 2018-2023 e que, em geral, a população imigrante é informada e apoiada pelos serviços de saúde e pelos serviços de ação social e inclusão. No caso da Suécia, este valor é consistente com outros indicadores, destacando que os cidadãos imigrantes têm quase os mesmos direitos que os cidadãos nacionais, sendo regularmente informados sobre os seus direitos e formas adicionais de apoio. Em Espanha, os imigrantes são informados dos seus direitos de saúde e beneficiam de serviços adequados, não existindo obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde para os imigrantes desde 2018. Finalmente, na Áustria as condições de igualdade de acesso ao sistema de saúde baseado em seguros para migrantes, destaca-se pela informação sobre os cuidados de saúde em várias línguas e através de diferentes meios (CASQUILHO-MARTINS e FERREIRA, 2022).

No que se refere ao retrato dos países europeus relativamente à acessibilidade a cuidados de saúde, com base dos dados da OCDE podemos verificar que embora exista países onde há boa cobertura do sistema público quanto à prestação de serviços e cuidados de saúde, os cidadãos estrangeiros ainda se deparam com alguns fatores de exclusão e marginalização quanto ao acesso a cuidados de saúde, estando o direito à saúde menos garantido, nomeadamente no que se refere aos imigrantes com documentação em situação irregular ou à população de origem cigana (Tabela 1).

Tabela 1 - Acessibilidade aos cuidados de saúde: retrato dos países europeus

País	Acesso aos cuidados de saúde
Alemanha	A cobertura do sistema de saúde é maioritariamente universal com amplo benefício social para a população. Os refugiados, os requerentes de asilo e os migrantes irregulares têm um acesso limitado dos serviços de saúde, dependendo da sua condição.
Áustria	A cobertura do sistema de saúde é quase universal, incluindo os requerentes de asilo registados. Os requerentes de asilo têm uma boa acessibilidade ao ambulatório dos hospitais públicos e apenas um reduzido número de pessoas continua sem seguro, incluindo os migrantes irregulares.
Bélgica	A maioria da população tem acesso aos serviços de saúde. Os requerentes de asilo têm direito a cuidados médicos, sendo esta uma responsabilidade dos centros de acolhimento que asseguram o pagamento dos serviços médicos necessários. Os migrantes irregulares não são abrangidos e ficam excluídos da população que tem acesso aos serviços de saúde por falta de autorização de residência legal ou morada regular.
Bulgária	A falta de cobertura do sistema de saúde constitui uma barreira ao acesso à assistência médica para uma parte considerável da população. Os migrantes irregulares e a população sem identificação válida não têm acesso ao sistema.
Chipre	Apenas 75% da população tem acesso gratuito ao serviço de saúde público (no antigo sistema). O novo sistema geral de saúde visa fornecer o acesso aos cuidados de saúde para nacionais de países terceiros com residência legal e requerentes de asilo documentados.
Eslováquia	O sistema de saúde contempla uma cobertura abrangente para a maioria da população, estando centrado nos cuidados hospitalares. A população cigana tem garantido o acesso aos cuidados de saúde em igualdade de condições, mas com baixa utilização dos serviços por existência de limitações como as barreiras linguísticas e culturais e discriminação.
Eslovénia	A maioria da população tem acesso ao sistema de saúde caso tenha residência permanente. Os migrantes sem documentação, as minorias étnicas e as pessoas que não cumpram os requisitos de residência formal são excluídos do acesso aos cuidados de saúde.
Espanha	O acesso e cobertura dos serviços de saúde é destinado à quase totalidade da população, sendo que os migrantes irregulares e os requerentes de asilo enfrentam maiores barreiras no acesso aos cuidados de saúde.
Estónia	Muitos habitantes não apresentam resposta às suas necessidades no domínio da saúde. A população que não é natural da Estónia, representando perto de 25% da população total, tem maior probabilidade de não ter acesso aos cuidados de saúde.
Finlândia	Os serviços de saúde públicos são prestados a todos os residentes permanentes desde que tenham residência regular num dos municípios. Os migrantes irregulares e os requerentes de asilo sem estatuto não estão abrangidos pelo sistema de saúde.
França	O sistema de saúde público garante o acesso à maioria da população, incluindo as despesas dos serviços médicos hospitalares e não hospitalares. Os migrantes irregulares têm acesso a um conjunto de serviços de saúde padrão.
Grécia	Os cuidados de saúde têm cobertura universal para toda a população. Os migrantes irregulares, os requerentes de asilo (até receberem o estatuto de refugiado) e a população cigana enfrentam mais barreiras no acesso aos serviços de saúde.

Itália	Quase toda a população residente tem acesso direto aos serviços de saúde, incluindo os migrantes residentes em situação regular. Os migrantes irregulares têm acesso aos serviços de saúde urgentes e essenciais.
Luxemburgo	Existe uma boa cobertura dos serviços de saúde para a população residente, com exceção de grupos mais vulneráveis, como os nacionais de países terceiros, que apresentam um nível de desigualdade mais elevado no acesso a estes cuidados.
Malta	Toda a população residente tem acesso ao sistema de saúde, assim como uma boa percentagem de pessoas refugiadas e requerentes de asilo. Os cuidados de saúde são gratuitos, inclusive para os migrantes, com exceção dos que não têm direito a trabalhar no setor formal.
Portugal	Os residentes estão abrangidos pelo sistema de saúde, incluindo os imigrantes que se encontrem a residir no país pelo período superior de 90 dias, independentemente do seu estatuto legal. Os migrantes irregulares têm acesso garantido ao serviço de saúde público, mas enfrentam algumas dificuldades como a existência de barreiras linguísticas e culturais.
Reino Unido	Os serviços de saúde são concedidos à população residente em condições normais. O acesso aos serviços é baseado na necessidade e não na capacidade de pagamento. Os migrantes irregulares têm acesso a um conjunto mínimo e limitado de cuidados de saúde. Os migrantes não pertencentes ao Espaço Económico Europeu são obrigados a pagar pelos serviços de saúde até que lhes seja concedida a licença de permanência por tempo indeterminado. Os refugiados e requerentes de asilo têm livre acesso a estes serviços.
República Checa	A maioria da população beneficia de um sistema de saúde que está vinculado à residência permanente. Os requerentes de asilo também estão abrangidos, mas a população não pertencente à UE que não trabalha, ou que trabalha por conta própria no país, deve adquirir um seguro de saúde privado para poder permanecer e ter acesso aos cuidados de saúde.
Roménia	O sistema de saúde pretende abranger a generalidade da população. As pessoas que não estão abrangidas pelo sistema de saúde têm acesso a um conjunto de serviços mínimos, não sendo possível quantificar a percentagem da população nestas condições (uma vez que os dados apresentados correspondem à população em geral e as estatísticas por grupo étnico são proibidas). As pessoas sem documentação estão excluídas da cobertura do sistema de saúde.
Suécia	Todos os residentes têm acesso garantido aos serviços de saúde públicos, incluindo os novos imigrantes, com boas condições de acesso proporcionadas à população.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados de CASQUILHO-MARTINS e FERREIRA (2022), traduzidos do original

Com base nesta sistematização reconhece-se a importância de um Sistema Nacional de Saúde que preste um serviço público a todos os cidadãos. Desta forma o poder, a ideologia e a representatividade dos órgãos de decisão política de um país terá impacto na garantia de determinados direitos, como por exemplo, no acesso aos cuidados de saúde, onde se evidenciam determinadas desigualdades entre países com tradições ideológicas e políticas distintas.

2.3. ENQUADRAMENTO LEGAL, MEDIDAS DE INTEGRAÇÃO E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE DOS IMIGRANTES EM PORTUGAL

Considerando o quadro legal português foi possível concretizar uma sistematização que englobasse as medidas associadas às políticas de imigração existentes em Portugal. As alterações legislativas têm contribuído para alargar os direitos dos cidadãos imigrantes ultrapassando certas limitações associadas à sua regularização. A Lei da Imigração, correspondente à Lei nº 23/2007, de 4 de julho tem como intenção regular “as condições e procedimentos de entrada, permanência, saída e afastamento de cidadãos estrangeiros do território português, bem como o estatuto de residente de longa duração” (ACIDI, 2008, p. 7). MARTINS (2012) afirma que estas medidas contribuíram para o reconhecimento da igualdade de direitos, bem como “melhorias nas condições de acesso ao mercado de trabalho, educação e saúde, combatendo as disfunções sociais derivadas da imigração ilegal que se verificavam na nossa sociedade” (MARTINS, 2012, p. 14). Ao aprovar e definir o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional, a Lei da Imigração tem sofrido alterações ao longo do tempo, sendo a sua redação mais atual de 2022, que contem as alterações publicadas na Lei n.º 18/2022, de 25 agosto. Ao longo deste ponto iremos abordar algumas das alterações que consideramos pertinente destacar para uma melhor compreensão da evolução do contexto neste domínio.

No que se refere à entrada e permanência da população imigrante em Portugal pode ser realizada sob diversas vertentes, consoante os objetivos e a duração da sua estadia no país, conforme informação sistematizada na tabela seguinte (Tabela 2). Os vistos de viagem, que constituem um documento comprovativo da intenção da imigração apenas de forma temporária, podem ser concedidos no país de origem do imigrante ou nos postos fronteiriços (ACIDI, 2008). Os vistos de estada temporária correspondem a critérios mais específicos e limitados temporalmente, sendo destinados para períodos de permanência no país inferiores a um ano, podendo recorrer a múltiplas entradas até perfazer esse tempo. Por outro lado, os vistos de residência têm como objetivo a obtenção de autorização de residência, para uma permanência no país superior a 1 ano (Diário da República, n.º 212/2007, 1.ª série). Assim, e perante a necessidade de criação de condições que permitissem o processo de legalização ou regularização dos cidadãos imigrantes, foram criadas as autorizações de permanência, posteriormente designadas autorizações de residência (AR).

As autorizações de residência determinam, de forma legal, a residência de um cidadão imigrante em território nacional. A Lei n.º 29/2012⁵ constituiu a primeira alteração à Lei n.º 23/2007, de 4 de julho, que aprovou o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional. A AR pode ser temporária ou permanente, consoante o período de tempo que for acordado para permanência no país (ACIDI, 2008).

Tabela 2 - Esquematização sobre os diferentes tipos de vistos de viagem

Tipo de visto	Duração permitida	Documentos necessários	Objetivo da estadia
Vistos de estadia temporária			
Visto de curta duração	3 meses	- Seguro de viagem - Título de transporte que assegure o regresso ao país de origem	- Turismo
Visto de saúde	3 meses	- Relatório médico com necessidade de cuidados e tratamentos	- Tratamentos médicos
Visto especial	Sem limite de permanência	- Razões humanitárias (destinado a refugiados ou requerentes de asilo)	
Vistos de residência			
Visto de residência	4 meses	- Solicitar a autorização de residência (no âmbito do exercício de atividade profissional subordinada, em programas de estudo ou intercâmbio ou por reagrupamento familiar)	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do ACIDI (2008), do SEF in <imigrante.sef.pt> e do MNE in <vistos.mne.gov.pt>, consultados a 06/03/2022; e com base no Decreto Regulamentar n.º 9/2018, publicado no Diário da República n.º 175/2018.

De acordo com o Art. 75.º da Lei n.º 29/2012, a AR temporária é válida pelo período de um ano e renovável por períodos sucessivos de dois anos. Segundo o Art. 76.º da Lei n.º 29/2012, a AR permanente não tem limite de validade, no entanto, o título de residência deve ser renovado de cinco em cinco anos. Tal como consta no Art. 77.º da Lei n.º 29/2012, para ser concedida a AR, é necessário possuir um visto de residência válido, comprovar meios de subsistência, alojamento/morada e inscrição na Segurança Social, se necessário (SCHWALBACH, 2021).

⁵ Publicada no Diário da República n.º 154/2012, 1.ª série

O documento de identificação atribuído a quem possui esta autorização denomina-se título de residência, cuja validade pode ser então temporária ou permanente: “Ao cidadão estrangeiro autorizado a residir em território português é emitido um título de residência” (Art. 74.º da Lei n.º 29/2012). O título de residência corresponde ao único documento de identificação apto a comprovar a qualidade de residente legal em território português (Art. 70.º, n.º 1-2, Decreto Regulamentar nº 84/2007, de 5 de novembro, publicado no Diário da República n.º 212/2007). Desta forma, o cidadão imigrante é residente legal em Portugal quando apresentar um título de residência de validade igual ou superior a um ano, sendo: “o documento emitido de acordo com as regras e o modelo uniforme em vigor na União Europeia ao nacional de Estado terceiro com autorização de residência” (ACIDI, 2008, p. 30).

O pedido de autorização de residência do cidadão imigrante, sendo ele designado por requerente, pode abranger o seu cônjuge, filhos menores ou ascendentes a seu cargo, que sejam igualmente residentes em Portugal, ao abrigo do direito de reagrupamento familiar, enquadrado no Art.º 98.º da Lei n.º 23/2007 (SCHWALBACH, 2021). No entanto, a legislação confere um estatuto diferente aos cidadãos imigrantes da UE, nomeadamente, o direito à residência permanente em Portugal, com condições de acesso distintas das anteriormente mencionadas. O direito da livre circulação e residência dos cidadãos da UE em território nacional encontra-se devidamente estabelecido ao abrigo da Lei n.º 37/2006, de 9 de agosto: “entende-se por «Cidadão da União» qualquer pessoa que tenha a nacionalidade de um Estado membro (qualquer Estado membro da União Europeia)” (SCHWALBACH, 2021, p. 63).

De acordo com o Art. 14.º da Lei n.º 37/2006, o registo dos cidadãos da união pode ser realizado após 90 dias de permanência em território nacional, obtendo para esse efeito, um certificado de registo na Junta de Freguesia ou Câmara Municipal da sua área de residência, “sendo o mesmo válido por cinco anos a contar da data da sua emissão ou para o período previsto de residência do cidadão da União, se este período for inferior a cinco anos” (SCHWALBACH, 2021, p. 64). O direito à residência permanente dos cidadãos da união concretiza-se caso “tenham residido legalmente no território nacional por um período de cinco anos consecutivos” (SCHWALBACH, 2021, p. 63).

Se o requerente deste registo tenha familiares, também residentes em território nacional e considerados cidadãos da união, estes poderão, igualmente, requerer o seu certificado de registo, comprovando apenas a relação familiar com o requerente inicial e apresentar um documento de identificação válido, seja o bilhete de identidade do país de origem ou passaporte. Em oposição, se o familiar do requerente inicial se tratar de cidadão

nacional de Estado terceiro (ou seja, exterior à UE) o processo de regularização é instaurado no SEF, à semelhança dos restantes cidadãos (SCHWALBACH, 2021).

2.3.1. ACESSO AOS CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Quanto às políticas e medidas de integração de imigrantes, de acordo com os dados do MIPEX, Portugal está em terceiro lugar na classificação deste índice com uma população mundial favorável, sendo um dos países europeus com as melhores políticas de integração. No entanto, observámos que este valor diminui quando a informação global total inclui a saúde como uma variável, considerando que as medidas adoptadas em Portugal ainda necessitam de um maior reforço (CASQUILHO-MARTINS e FERREIRA, 2022). O sistema de saúde português tem melhorado lentamente o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde e informação sobre saúde, embora Portugal se mantenha acima da média dos países da União Europeia no que diz respeito às políticas de saúde para a integração de imigrantes.

O Despacho do Ministério da Saúde n.º 25360/2001, de 12 de dezembro⁶, refere que os cidadãos portadores de título de residência válido poderão solicitar a atribuição de nº de utente do SNS, com acesso aos cuidados de saúde, nas mesmas condições de qualquer cidadão nacional. Por oposição, os cidadãos imigrantes que se encontrem em situação irregular no país, isto é, sem título de residência, não poderão solicitar a atribuição de número de utente do SNS, estando assim sujeitos ao pagamento do valor total dos cuidados de saúde que lhe forem prestados, sem qualquer convenção ou aplicação das taxas moderadoras (Circular Informativa da DGS n.º 12, de 7 de maio de 2009).

Quanto às questões de saúde pública, esta situação é ultrapassada, tendo os cidadãos imigrantes acesso aos cuidados de saúde nos mesmos termos que a população em geral, sendo especificamente designados para: cuidados de saúde urgentes e vitais, doenças transmissíveis que representem perigo ou ameaça para a saúde pública (ex: tuberculose), cuidados no âmbito da saúde materno-infantil e saúde reprodutiva (ex: consultas de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, acompanhamento da mulher durante a gravidez, parto e puerpério) e na vacinação (conforme o plano nacional de vacinação em vigor). É também aplicável nas situações de exclusão social ou em situação de carência económica comprovada (Circular Informativa da DGS n.º 12, de 7 de maio de 2009).

⁶ Publicado no Diário da República n.º 286/2001, 2.ª série

Assim, a autorização de residência confere ao cidadão imigrante os direitos de uma pessoa em situação regular no país, tais como: o direito ao ensino e educação, ao exercício de atividade profissional e no acesso à saúde (Art. 83.º da Lei n.º 29/2012).

Concretamente, quanto aos vistos de estada temporária ao abrigo dos protocolos de saúde, torna-se importante mencionar a existência de acordos de cooperação entre Portugal e outros Estados (designados Estados terceiros). Estes acordos no âmbito da saúde foram estabelecidos principalmente com os PALOP e o Brasil, tendo sido aprovado o conceito estratégico da Cooperação Portuguesa em 2014 (com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 17/2014, de março de 2014, publicado no Diário da República n.º 47/2014).

Para cada acordo correspondente a um determinado país foi criada uma legislação específica, de forma a garantir as condições contratualizadas com cada um deles, e respetivas quotas definidas, tal como se encontra indicado na tabela seguinte (Tabela 3), correspondente aos acordos entre Portugal e os PALOP. Ressalva-se ainda uma alteração importante, que surgiu no acordo de cooperação com Cabo Verde, com o novo decreto: Decreto n.º 129/80, de 18 de novembro, por necessidade de aumento da quota definida face à crescente afluência de doentes (IPAD, 2011).

Tabela 3 - Acordos de cooperação internacional de Portugal com os PALOP, no domínio da saúde

País	Diploma legal correspondente ao Acordo de Cooperação	Quota (n.º de doentes/ano)
Angola	Decreto n.º 39/84, de 18 de julho, publicado em Diário da República n.º 165/1984, Série I, de 18/07/1984	200
Cabo Verde	Decreto n.º 24/77, de 3 de março, publicado em Diário da República n.º 52/1977, Série I, de 03/03/1977	300
Guiné-Bissau	Decreto n.º 44/92, de 21 de outubro, publicado em Diário da República n.º 243/1992, Série I-A, de 21/10/1992	300
Moçambique	Decreto n.º 35/84, de 12 de julho, publicado em Diário da República n.º 160/1984, Série I, de 12/07/1984	50
São Tomé e Príncipe	Decreto n.º 25/77, de 3 de março, publicado em Diário da República n.º 52/1977, Série I, de 03/03/1977	200

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ACSS (2010), in <www2.acss.min-saude.pt>, consultados a 08/12/2020

No caso do Brasil, o certificado originado em 1995 designa-se por PB-4 ou PTBR-13, funcionando como um seguro de saúde que garante aos cidadãos brasileiros o direito à assistência médica na rede de saúde pública em Portugal.

Estas convenções consistem em acordos efetuados com a Segurança Social e o Ministério da Saúde de ambos os países, nomeadamente de forma a assegurar e garantir o acesso ao SNS em Portugal (IPAD, 2011).

Os Acordos de Cooperação Internacional no Domínio da Saúde visam assegurar a assistência médica de doentes evacuados dos PALOP que se deslocam a Portugal, com o propósito de lhes serem prestados cuidados de saúde hospitalares e em regime de ambulatório no Serviço Nacional de Saúde, para os quais o sistema de saúde do país de origem não tem capacidade técnica para os prestar (Orientação da DGS n.º 006/2011, de 22 de fevereiro).

Os cidadãos imigrantes, ao abrigo de um acordo de cooperação entre Portugal e o seu país de origem, têm direito a uma inscrição provisória no SNS, garantindo-lhes direito ao pagamento das taxas moderadoras no acesso a serviços de saúde, ou a dispensa/isenção das mesmas, em igualdade de circunstâncias com o cidadão nacional. Quanto às responsabilidades pertencentes a cada país, foi definido que Portugal garante a assistência médica hospitalar (em serviço de internamento ou ambulatório) e transporte em ambulância (do aeroporto até ao hospital).

Em contrapartida, o país de origem assegura todas as despesas com as deslocações e alojamento dos doentes. Neste tipo de acordos, são envolvidas diversas entidades, entre as quais: a DGS que avalia os processos de evacuação dos doentes, os hospitais públicos que recebem os doentes, o MNE que emite os vistos de estadia em Portugal, o MAI responsável pela concessão dos vistos através do SEF, a Junta Médica do país de origem que avalia a situação clínica de cada doente, e as embaixadas para efetuar a mediação entre os dois países (TCHUDA, 2013).

2.3.2. INTEGRAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE

Em Portugal, a protecção na saúde é alargada a todos os cidadãos sem discriminação com base de situação socioeconómica ou estatuto legal. No entanto, verificou-se que embora os cidadãos imigrantes tenham acesso ao sistema de saúde pública, há factores que limitam a garantia total aos cuidados médicos (CASQUILHO-MARTINS e FERREIRA, 2022).

No quadro da política de segurança interna, o SEF⁷ foi definido como um serviço de segurança “organizado hierarquicamente na dependência do MAI, com autonomia administrativa” (SCHWALBACH, 2021, p. 25), cujas funções compreendem o controlo da circulação nas fronteiras portuguesas, assim como as condições de permanência e atividades da população estrangeira em território nacional.

Perante as dificuldades e constrangimentos identificados no atendimento à população imigrante em Portugal, nomeadamente, com o elevado tempo processual dos agendamentos para obtenção de vistos e títulos de residência, houve necessidade de enquadrar as funções e competências do SEF neste domínio. Para tal, foi designado um novo serviço, também na tutela do ministério da Administração Interna: o SEA que “herdará todo o processamento dos pedidos de asilo e de nacionalidade, os pareceres sobre os vistos consulares, e as autorizações de residência” (SCHWALBACH, 2021, p. 27). Em situação de renovação dos títulos de residência, sendo este um processo de continuidade e, simultaneamente, menos burocrático, prevê-se que seja estabelecido pelo IRN, tal como acontece com os documentos de identificação portugueses (SCHWALBACH, 2021).

Para além das questões documentais, foram também desenvolvidas respostas nacionais e serviços que permitissem a facilitação dos processos de integração e o acompanhamento da população imigrante em Portugal. Assim, em 2002 foi criado o Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), pelo Decreto-Lei n.º 251/2002, de 22 de novembro, tendo sido alterada a designação para ACIDI, com o Decreto-Lei n.º 167/2007, de 3 de maio, que “tem por missão colaborar na concepção, execução e avaliação das políticas públicas, (...) relevantes para a integração dos imigrantes e das minorias étnicas, bem como promover o diálogo entre as diversas culturas, etnias e religiões” (ACIDI, 2008, p. 280).

As suas principais funções consistem em proporcionar o “acolhimento e a integração dos imigrantes e das minorias étnicas através da participação na concepção, desenvolvimento e coordenação de políticas públicas”, em garantir o “acesso dos cidadãos imigrantes e minorias étnicas a informação relevante, designadamente, direitos e deveres de cidadania” e em promover a “inclusão social de crianças e jovens provenientes de contextos socio-económicos mais vulneráveis, em particular os

⁷ A estrutura orgânica do SEF é definida pelo Decreto-lei n.º 252/2000, de 16 de outubro, com alterações pelo Decreto-lei n.º 290-A/2001, de 17 de novembro

descendentes de imigrantes e de minorias étnicas, tendo em vista a igualdade de oportunidades e o reforço da coesão social” (ACIDI, 2008, p. 280).

Sendo uma rede nacional de apoio ao imigrante, o ACIDI desenvolveu alguns projetos e serviços, implementados sob estruturas e organizações que permitiram fornecer respostas diversificadas para as diferentes problemáticas, como a criação dos CLAI, em 2003 (ACIDI, 2008). Atualmente, a rede de centros locais de apoio designa-se por CLAIM, contabilizando um total de 143 centros a nível nacional. Estes centros correspondem a serviços diretos do ACM, estabelecendo maioritariamente parcerias com as autarquias ou entidades da sociedade civil, de forma a promover um atendimento integrado e de maior proximidade com a população, prestando apoio a nível documental, para regularização, pedido de nacionalidade, informações sobre reagrupamento familiar e acesso a outros direitos, como a habitação, trabalho, saúde e educação (MALHEIROS, 2011).

O ACIDI criou, em 2004, o Gabinete de Saúde do CNAI, disponibilizando serviços de administração pública, em articulação com entidades ou estruturas locais, tais como: a Segurança Social, o SEF, Hospitais e USF. O CNAI “é um projeto criado para dar uma resposta integrada às questões dos cidadãos imigrantes que se encontram em Portugal” (ACIDI, 2008, p. 291).

O Gabinete de Apoio Jurídico ao Imigrante (GAJI), também desenvolvido no âmbito do ACIDI: “disponibiliza, aos imigrantes, aconselhamento e apoio jurídico para a defesa dos seus direitos e o cumprimento dos seus deveres (...) apoiando-os nomeadamente em dúvidas sobre regularização em território nacional” (ACIDI, 2008, p. 292). E o GASI que disponibiliza informação, apoio e acompanhamento em situações de vulnerabilidade social, como os pedidos de prestações sociais ou alojamento em centros de acolhimento, por exemplo (MALHEIROS, 2011). E ainda, a criação da linha SOS Imigrante, com “um serviço telefónico de atendimento a imigrantes e instituições que trabalham com imigrantes (Associações, ONG, Sindicatos, Paróquias, Câmaras Municipais). O atendimento está disponível em várias línguas” (ACIDI, 2008, p. 294-295); tendo desenvolvido também um serviço gratuito de tradução telefónica com apoio em mais de 60 idiomas. Mais concretamente, face às respostas existentes ao nível dos cuidados de saúde, identifica-se o EPIMIGRA, como um programa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical que oferece cuidados de saúde específicos para doenças transmissíveis (ACIDI, 2008).

2.3.3. IMPACTO DA COVID-19 NA ÁREA DA SAÚDE

De acordo com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD), existem factores de riscos com o aumento da exposição à COVID-19 nas populações migrantes, que se encontram desproporcionadamente representados nos casos COVID-19 registado quanto a alguns grupos migrantes e minorias étnicas na UE (CASQUILHO-MARTINS e FERREIRA, 2022). O relatório técnico do CEPCD identificou factores de risco associados à população migrante na Europa que registou maior morbidade e mortalidade associada à COVID-19, nomeadamente factores de risco ligados a: atividade profissional, alojamento superlotado e barreiras na dilvulgação/compreensão de mensagens emitidas pelos serviços de saúde pública. São também mencionados pelo CEPCD factores adicionais de agravamento e maior vulnerabilidade para a população imigrante, tais como comorbilidades e barreiras ou exclusão dos sistemas de saúde (CASQUILHO-MARTINS e FERREIRA, 2022).

De facto, a população imigrante constitui um grupo populacional vulnerável, podendo estar exposta a determinados fatores que condicionem a sua situação social, económica ou laboral, tal como sucedeu com a pandemia COVID-19, sendo que a situação de irregularidade ou indocumentação no país pode constituir um impedimento no acesso aos direitos de cidadania: “No que respeita ao estatuto migratório, muitos imigrantes e refugiados, por estarem indocumentados, por deterem um estatuto legal precário ou por não acederem a direitos plenos de cidadania, vivem em situações vulneráveis” (PEIXOTO, 2020, p. 134). Neste contexto de pandemia, e dada a necessidade de implementação de medidas específicas de saúde pública, interessa-nos observar algumas dimensões referentes às condições de vida da população imigrante, nomeadamente:

“No que se refere ao mercado de trabalho, ocupam em muitos casos posições desfavorecidas, estando sobre-representados entre os indivíduos com relações de trabalho precárias e formas atípicas de emprego. Por essa razão, os seus rendimentos são baixos e instáveis e as situações de desemprego são frequentes. No que se refere à habitação, as condições são frequentemente mais deficitárias do que a média. Muitos imigrantes vivem em co-residência e em alojamentos sobrelotados, partilhando o espaço com amigos e conhecimento ou com famílias de vários estratos geracionais” (PEIXOTO, 2020, p. 134).

O surgimento de uma pandemia trouxe consigo novas medidas e alterou as dinâmicas de vida nos vários territórios e países, sendo que Portugal não foi exceção.

Com a declaração do estado de emergência nacional, e de acordo com as normas e orientações da DGS nesse mesmo período, foram decretadas medidas como o isolamento domiciliário e confinamento obrigatório, e ainda, a obrigatoriedade do regime de teletrabalho (Art. 3.º e Art. 5.º - Decreto Lei n.º 7/2021, de 17 de abril⁸). Neste sentido, e tal como identificado anteriormente, as condições precárias de habitabilidade, nomeadamente a ausência de água canalizada e a existência de agregados familiares numerosos, assim como a sobrelotação das habitações, dificultaram o cumprimento das medidas propostas, constituindo assim, um fator de risco na transmissibilidade e contágio do vírus.

Por outro lado, a implementação do regime de teletrabalho não se coaduna com todas as atividades profissionais, especialmente aquelas que são exercidas por parte da população imigrante mais vulnerável que se encontram em situações mais precárias ou com menor segurança laboral, nomeadamente em negócios locais de venda ao público ou no setor da construção civil, conforme anteriormente referido. Atendendo ao facto de a condição económica desta população ser previamente frágil, a ausência de atividade profissional implica uma ausência de rendimento proveniente do mesmo, e consequentemente, maiores dificuldades na satisfação das suas necessidades básicas. Assim, a preocupação e sensibilização existente para as questões da higiene e saúde pública que decorreram neste contexto, permitiram identificar novos indicadores de vulnerabilidade e situações de risco, particularmente entre a população imigrante:

“Em tempos de pandemia, em que têm aumentado as desigualdades sociais e de saúde e a exclusão de grupos mais vulneráveis, nos quais se incluem muitos migrantes e refugiados, revela-se fundamental o reforço de medidas de inclusão social, de proteção, de combate à discriminação, de sensibilização e informação sobre os riscos e a importância da adoção de estratégias e políticas de proteção e intervenção em resposta à pandemia e seus impactos” (RAMOS, 2021, p. 172).

Com a identificação destas novas problemáticas, existiu a necessidade de reorganização interna dos países, quer ao nível estrutural, quer por parte das respostas institucionais e organizacionais. De forma a atenuar os efeitos colaterais da pandemia, principalmente com a população imigrante residente em Portugal, foram estabelecidas novas orientações face à legislação em vigor, que simplificaram os processos e diligências burocráticas existentes e permitiram constituir uma alternativa à suspensão de atendimentos e agendamentos em qualquer embaixada, conservatória, consulados

⁸ Diário da República – 1.ª série, n.º 74-A

ou outros serviços de imigração. Uma das medidas deste âmbito consistiu no alargamento do prazo de validade dos documentos de identificação, nomeadamente vistos ou títulos de residência, salvaguardando assim os direitos dos cidadãos. Ainda que cessasse a validade destes documentos, estes continuariam a ser válidos para a permanência do cidadão em Portugal de forma regular:

“O cartão do cidadão, certidões e certificados emitidos pelos serviços de registos e da identificação civil, carta de condução, bem como os documentos e vistos relativos à permanência em território nacional, cuja validade termine a partir da data de entrada em vigor do presente decreto-lei são aceites, nos mesmos termos, até 30 de junho de 2020” (Art. 16º, nº 2, Decreto-lei nº 10-A/2020, de 13 de março).

Outra das medidas implementadas consistiu na regularização temporária dos cidadãos imigrantes com processos pendentes no SEF ao abrigo do Despacho n.º 3863-B/2020, de 27 de março de 2020. Isto é, todos aqueles que tenham iniciado o pedido de regularização mediante a inscrição ou solicitação de manifestação de interesse, aguardando assim, a atribuição de autorização de residência. Esta medida permitiu a simplificação de processos administrativos e a facilitação de acesso a bens e serviços, tais como, a obtenção de um número de utente do SNS, a assistência a cuidados de saúde e hospitalares, e ainda, a possibilidade de integração na listagem de beneficiários propostos para a ação de vacinação.

Durante este período de pandemia, que afetou na generalidade todos os países do Mundo, Portugal foi reconhecido pela Organização Mundial das Nações Unidas e outras entidades europeias pela sua intervenção, quer ao nível do controle dos contágios nacionais, da implementação de medidas de política sociais e económicas e do planeamento e gestão interna: “Portugal has temporarily given all migrants and asylum seekers full citizenship rights, granting them access to the country's healthcare system. However, regularization of migrants and extension of temporary work permits have been limited to date” (FAO, 2020, p. 3).

Posteriormente ao estado de emergência e situação de calamidade provocada pela pandemia, foram implementados novos procedimentos que permitiram a continuidade de respostas no âmbito da regularização, mantendo-se até à presente data. O Despacho n.º 5793-A/2020, de 26 de maio, veio permitir a facilitação e simplificação dos procedimentos para pedidos de concessão de autorização de residência, sendo agora possível solicitar um pedido de renovação da AR de forma automática através do portal do SEF, sem necessidade de deslocação a um balcão de atendimento, evitando a

aglomeração de pessoas nestes serviços. Uma das alterações também pertinentes, consiste na dispensa da apresentação de documentos requeridos inicialmente para a renovação da AR, pelo facto destes já se encontrarem disponíveis na base de dados de cada cidadão.

Ainda com a publicação do Decreto-Lei n.º 12-A/2020, de 6 de abril, e atendendo à situação de emergência de saúde pública, foram indicadas alterações nos procedimentos no âmbito dos cuidados de saúde, nomeadamente, a isenção de taxas moderadoras e de serviços de saúde relacionados com o diagnóstico e tratamento da COVID-19, como: a realização gratuita de testes laboratoriais para despiste da doença, assim como o acompanhamento em consultas ou atendimentos urgentes. Desta forma, foi possível garantir a prestação de cuidados e assistência adequada a todos os cidadãos beneficiários do SNS, independentemente da sua condição económica e situação regular no país.

Por fim, e considerando o atual contexto de guerra na Ucrânia, com o conflito iniciado em fevereiro de 2022, e mediante o reconhecimento, por parte de Portugal, da urgente necessidade de acolher e integrar cidadãos deslocados desta nacionalidade e seus familiares, foi aprovada a Resolução de Conselho de Ministro n.º 29-A/2022, de 1 de março⁹. De acordo com estas novas orientações, e em particular, relativamente ao acesso ao Serviço Nacional de Saúde, foi decretada a aplicação da Lei de Proteção Temporária de Pessoas Deslocadas (Lei n.º 67/2003, de 23 de agosto), abrangendo os cidadãos nacionais da Ucrânia e os seus familiares, bem como os cidadãos de outras nacionalidades que comprovem ser parentes, afins, cônjuges dos mesmos. Estes cidadãos terão acesso ao número de utente do SNS, sendo este atribuído pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), após avaliação realizada pelo SEF, e não diligenciado pelos cuidados de saúde primários, como habitualmente sucede localmente com outras situações.

2.4. INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social como disciplina académica, inserida no campo das ciências sociais analisa e produz conhecimento sobre as sociedades e fenómenos que nela ocorrem. Assim, do ponto de vista científico, a área de conhecimento complementa a dimensão prática de exercício da profissão, contribuindo assim para a adequação da intervenção

⁹ Diário da República n.º 42, série 1

social, tendo como princípios basilares: a justiça, a democracia e a equidade social (AMARO, 2015). No âmbito da sua intervenção, o Assistente Social constitui um agente de mudança social, mediante um sistema integrado de valores inerentes à profissão, como a coesão social e o *empowerment*, destinando-se a dar resposta e satisfazer as necessidades dos indivíduos e da população, e ainda, potenciar as suas capacidades, numa perspetiva de desenvolvimento e promoção da pessoa (AMARO, 2015; BANKS, 2006; CARVALHO e PINTO, 2014).

Face aos objetivos e objeto de investigação procurou-se recorrer a um suporte teórico no domínio do Serviço Social direcionado ao contexto da problemática, o que leva a que neste ponto seja desenvolvido o contexto de intervenção do Serviço Social em duas áreas específicas, que se complementam para a elaboração da presente investigação: a saúde e a imigração.

2.4.1. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O direito à saúde é considerado um direito com propriedade universal, e por isso, deve abranger todos os cidadãos residentes em território nacional, e ainda, refletir sobre os impactos que podem surgir do acesso ou impedimento a este mesmo direito. Neste sentido, a mediação “mejora la capacidade de las partes para resolver el conflicto” (CARRASCO, 2005, p. 152). Verifica-se, assim, a existência de um problema social que se efetiva pelo constrangimento existente e experienciado por um determinado grupo populacional no acesso a um direito que é universal. Decorrentes da dificuldade no acesso a este direito, verificam-se como principais constrangimentos a existência de divergências culturais, seja ao nível do idioma, hábitos culturais ou situação de irregularidade no país. Neste sentido, ressalva-se a importância da intervenção do Serviço Social e restantes profissionais de saúde, que deverão estar sensibilizados para estas problemáticas, adotando uma prática humanizada na resolução destes conflitos.

O conceito de saúde assume-se mais abrangente do que apenas referir a ausência de doença, pois engloba o bem-estar físico, mental e social das pessoas, e ainda, a organização da própria comunidade onde as mesmas estão inseridas, o que contribui inevitavelmente, para a sua qualidade de vida (GUERRA, 2017). Segundo MARTINELLI (2003), a saúde constitui parte integrante da identidade, formação e desenvolvimento da profissão de Serviço Social, sendo importante evidenciar a figura de Mary Richmond neste domínio.

De acordo com GUERRA (2015), a relação histórica do Serviço Social com a saúde remonta ao ano de 1929, cuja intervenção social era direcionada para os problemas de higiene da população, tendo evoluído e acompanhado a evolução da própria sociedade, a inovação no domínio da saúde, e conseqüentemente, a redimensionar o enquadramento dos problemas sociais nas sociedades contemporâneas. CARVALHO (2012) reforça esta ideia com a integração do Serviço Social em contexto hospitalar, que em Portugal sucede no ano de 1941-1942, onde foram definidas as suas funções e se constituiu a sua importância de atuação na área da saúde.

No domínio de uma intervenção mais direta ao nível micro correspondente à prática no próprio contexto profissional. Em contexto hospitalar, a intervenção do Serviço Social nesta problemática caracteriza-se pela realização de entrevistas de profundidade: “No Hospital, o Serviço Social toma como campus de intervenção na abordagem do doente a dimensão psicossocial” (CARVALHO, 2003, p. 30), abordando ainda outras dimensões afetas à pessoa, como a situação de saúde, as relações familiares e a rede de suporte informal: “não acompanha só a pessoa naquela situação de saúde/ doença, mas “a pessoa em situação”, nos seus papéis sociais e nas redes de sociabilidade” (CARVALHO, 2003, p. 30). A intervenção a este nível incide na prática direta “because practitioners deliver services directly to clients in face-to-face situations” (HEPWORTH [et al.], 2017, p. 12), onde se realiza a articulação multidisciplinar com a equipa médica e de enfermagem, sendo possível recorrer a determinadas estratégias de mediação para resolução de um determinado conflito, sendo que: “E no âmbito de uma relação com o medico ou outro profissional que participa no diagnóstico inicial, que surge a eventual necessidade de apoio social.” (CARVALHO, 2003, p. 30).

Ao nível meso, desencadeia-se o processo de mediação nomeadamente com a intervenção em rede sob articulação colaborativa. A intervenção social decorre sobretudo a nível interinstitucional, sendo que:

“[...] os resultados da intervenção social, nomeadamente ao nível dos contextos, circunstâncias e recursos accionados para a mobilização dos actores sociais, reforçando a comunicação entre as distintas partes, tanto ao nível dos problemas sociais como ao nível da articulação interinstitucional” (SERAFIM E ESPÍRITO-SANTO, 2012, p. 53).

A intervenção no nível meso é concretizada ao nível institucional e organizacional, nomeadamente com as instituições da comunidade, como já referido: o SEF e os consulados/embaixadas. Esta intervenção está orientada “to change the systems that directly affect clientes” (HEPWORTH [et al.], 2017, p. 12).

O nível macro diz respeito à promoção, operacionalização e avaliação de políticas nacionais e internacionais, mais concretamente no domínio da saúde, cuja aplicabilidade na prática conduz a certos constrangimentos, nomeadamente, o acesso gratuito e universal a cuidados de saúde hospitalares a todos os cidadãos residentes em território nacional. No entanto, verificam-se alguns conflitos inerentes à prática profissional que impedem a aplicabilidade deste direito, pelo facto de que são estes desafios que: “Determina necessidades e potencialidades transformando-as em políticas sociais que possibilitam a melhoria do sistema de cuidados de saúde e o seu aperfeiçoamento, tendo em conta os princípios da cidadania” (CARVALHO, 2003, p. 33). A intervenção a este nível envolve o planeamento social e a organização comunitária, sendo que HEPWORTH et al., 2017, consideram que “On this level, social workers serve as professional change agents who assist community action systems composed of individuals, groups, or organizations in dealing with social problems.” (HEPWORTH [et al.], 2017, p. 12).

É então importante articular os diferentes níveis de intervenção, principalmente ao nível das competências políticas e da *macro practice* à intervenção direta, mediante estratégias de advocacia social e política, bem como no ajustamento das medidas à prática e quotidiano das pessoas que recorrem aos serviços. Os assistentes sociais enquanto profissionais próximos da realidade social e técnicos especializados na elaboração de diagnósticos sociais têm um importante papel a desempenhar na mudança política e social (CASQUILHO-MARTINS, 2021).

Neste sentido, o enquadramento do Serviço Social na área da saúde, nomeadamente em contexto hospitalar destaca-se pela sua relevância para a promoção do bem-estar dos cidadãos. Em contexto hospitalar, a intervenção do Serviço Social nesta problemática caracteriza-se pela realização de uma intervenção na abordagem do doente a dimensão psicossocial, assim como da situação de saúde do utente, a sua rede familiar e de suporte informal (CARVALHO, 2003). Esta abordagem sistémica implica que seja realizado um trabalho especializado de articulação multidisciplinar, o que remete para uma intervenção colaborativa e em rede interna e externa à instituição hospitalar. O assistente social está, então, integrado numa equipa interdisciplinar, onde constitui o elo de ligação com os doentes, com as suas famílias, com os restantes profissionais da instituição e ainda, com as respostas da comunidade (GUERRA, 2017).

A intervenção do Serviço Social na saúde pretende, assim, estabelecer uma relação de ajuda com os doentes e com as suas famílias, prestando uma resposta às necessidades que estes manifestam.

Por este motivo, opõe-se à vertente assistencialista, uma vez que adota uma postura de defesa dos cidadãos no âmbito da promoção da saúde, ao existir um impedimento neste acesso. Para além disso, é também um importante contributo na construção das medidas de política (COSTA, CARVALHO e PINTO, 2017).

A inserção profissional dos assistentes sociais na área da saúde decorre em diferentes níveis e contextos profissionais, nomeadamente, nos cuidados primários, hospitalares ou diferenciados, cuidados continuados e cuidados paliativos. Nesta área de intervenção no domínio da saúde, o Serviço Social presta apoio em diferentes especialidades como a saúde materna, saúde infantil, intervenção precoce, saúde mental, oncologia, deficiência e comportamentos aditivos/dependências (GUADALUPE [et al.], 2020).

Em suma, a função dos assistentes sociais em contexto hospitalar consiste na elaboração do diagnóstico social, no apoio à adaptação do doente ao seu contexto de saúde, na orientação em fase de reabilitação e convalescença, e na intervenção para o processo de reintegração sociofamiliar e comunitária, estabelecendo para tal, a articulação com os serviços de saúde, com a família e com os serviços sociais da comunidade (GUADALUPE [et al.], 2020).

2.4.2. SERVIÇO SOCIAL E IMIGRAÇÃO

O contexto da imigração em Portugal permite analisar e debater determinadas questões do âmbito ético e político da prática e intervenção do Serviço Social. A intervenção social direcionada a esta população e à problemática envolvente, tem como orientação as medidas e o quadro legal existente, que em conjunto com os valores da profissão e os princípios enunciados na DUDH, garantem o direito à integração social de qualquer cidadão, independentemente da sua origem, pois: “social workers grapple with issues of social justice in their everyday practice” (HEPWORTH [et al.], 2017, p. 3).

O Serviço Social apresenta três valores inerentes à profissão, tal como consta no Código Deontológico dos Assistentes Sociais (APSS, 2018), sendo eles: a dignidade humana, a liberdade e a justiça social. A dignidade humana promove a pessoa enquanto cidadão ao nível dos processos de capacitação, através do sentimento de inclusão e de pertença num determinado grupo ou mesmo na própria sociedade. Neste ponto específico, a comunicação surge como um papel fundamental, tal como os processos de escuta ativa, ao assegurar a defesa e a promoção da dignidade. Estas são também características essenciais à função de mediação que implica “Conseguir una comunicación efectiva y

cooperativa de las partes en conflicto” (CARRASCO, 2005, p. 39) e ainda, “helping parties assess the kinds and quality of connections and interactions they want or need with each other” (MOORE, 2014, p. 24).

A dignidade da pessoa humana é também um dos princípios consagrados na CRP, aprovada a 2 de abril de 1976, no seu Art. 1º, com legitimidade constitucional para ser declarado um direito fundamental. No que diz respeito à distribuição equitativa de recursos, nomeadamente perante a universalidade de acesso a políticas mais justas, a justiça social representa o princípio da responsabilidade coletiva para que se alcance um sistema de proteção social:

“Assim, estes direitos devem ser equacionados a partir da ideia de justiça social e enquadram-se, sobretudo, na necessidade de distribuição de rendimentos e na consequente proteção dos mais vulneráveis, aos pobres e aos trabalhadores, sob a lógica de princípios como os da solidariedade e da igualdade” (RODRIGUES, 2010, p. 191).

MARTINS (2012) defende que para o Serviço Social, os indicadores sociais são fundamentais para a avaliação diagnóstica de suporte à intervenção social, bem como para a construção de políticas sociais eficazes, designadamente: a integração no mercado de trabalho, a existência de união familiar, o nível de educação, o acesso à saúde, a participação política, entre outros. É então importante articular os diferentes níveis de intervenção, principalmente ao nível das competências metodológicas, operativas e políticas, mediante estratégias de advocacia social e ajustamento das medidas à prática e quotidiano das pessoas que recorrem aos serviços. A intervenção a este nível envolve o planeamento social e a organização comunitária, sendo que “social workers serve as professional change agents who assist community action systems composed of individuals, groups, or organizations in dealing with social problems.” (HEPWORTH [et al.], 2017, p. 12).

Outra competência chave na intervenção com população oriunda de outros países ou culturas é a mediação intercultural, que compreende a intervenção social na valorização das diferenças de grupos minoritários e promoção dos seus direitos. A mediação intercultural permite “establecer puentes, lingüísticos y relacionales, entre los colectivos de inmigrantes extranjeros y los departamentos o centros de bienestar, salud, educación y servicios sociales” (GIMÉNEZ-ROMERO, 1997, p. 128), apoiando ao nível do acesso a determinados recursos. Assim, constata-se a importância dos diferentes processos de comunicação, esclarecimento de informação, orientação e encaminhamento,

nomeadamente ao nível do acesso a determinados apoios e articulação com outros serviços, como o SEF, as embaixadas/consulados e outras estruturas da comunidade:

“Os contextos de diversidade cultural significativa precisam, frequentemente, de mediação. Mediação enquanto processo que contribui para melhorar a comunicação intercultural, a relação e a integração de pessoas ou grupos presentes num território, visando sobretudo a coesão social, o desenvolvimento e a vivência plena da cidadania” (ACM, 2016, p. 6).

Além da figura de mediador, a mediação intercultural pode constituir-se como estratégia ou abordagem na intervenção social. Relativamente à relação da mediação com o Serviço Social, CARRASCO (2016) afirma que:

“While there is no intervention without conflict in mediation, social work action has a much broader scope, since intervention may occur even in contexts where there is no conflict, with the purpose of fostering well-being, promoting social and individual changes, strengthening their realization, and developing social policies and human-social activities aimed at satisfying the needs and aspirations of individuals and groups” (CARRASCO, 2016, p. 278).

Ou seja, o Serviço Social atua diretamente na resolução de problemas, enquadrando-os ao nível da justiça social e das políticas sociais e humanas, diferenciando-se nesse sentido, da mediação enquanto área de intervenção, respeitando as suas especificidades e valores da profissão. Os Assistentes Sociais, como profissionais presentes nos serviços e estabelecimentos de saúde, são fundamentais também neste contexto mediante uma intervenção direcionada e orientada para a humanização nas práticas existentes e para a inclusão social, incluindo a promoção da dignidade humana, a não discriminação ou categorização dos cidadãos. É necessário existir flexibilidade e capacidade de adaptação dos profissionais de forma a dar resposta às diferentes áreas onde intervém, inclusivamente a nível nacional e global, tal como sucede na intervenção com a população imigrante, sendo este um problema social contemporâneo (CASQUILHO-MARTINS, BELCHIOR-ROCHA e FERREIRA, 2020).

De acordo com CARVALHO (2003), o Assistente Social “domina o posicionamento profissional de forma permanente, permanecendo até a prática do Serviço Social se inserir no âmbito das políticas sociais (...) ancorado nos direitos do homem” (CARVALHO, 2003, p. 37). Desta forma, torna-se essencial perceber que o direito à saúde deve abranger todos os cidadãos residentes em território nacional, e ainda, refletir sobre os impactos que podem surgir do acesso ou impedimento à sua efetivação.

Assim, entende-se que deva existir um objetivo ético de prevenção da discriminação e exclusão, no meio da própria sociedade, e ainda, permitir assegurar a promoção e proteção dos direitos humanos dos cidadãos (DIAS e GONÇALVES, 2007).

A intervenção social com a população imigrante requer a capacidade de estabelecer um diálogo intercultural e desenvolver estratégias de participação dos elementos de uma determinada comunidade, surgindo assim o conceito de desenvolvimento comunitário (CASQUILHO-MARTINS, BELCHIOR-ROCHA e FERREIRA, 2020). Para tal, o assistente social deve apresentar determinadas competências a nível cultural, considerando as características da comunidade com quem trabalha, tendo a capacidade de comunicar, estabelecer uma relação de proximidade e de confiança, de forma a enquadrar-se no seu contexto social, económico e cultural. Assim, é importante conhecer a realidade da sua intervenção profissional, nomeadamente, a existência de estrutura e apoio familiar, a situação económica, os valores culturais e as condições do processo de imigração (POTOCKY-TRIPODI, 2002).

É sob estas dimensões que o Serviço Social pode atuar ao garantir e assegurar o acesso aos cuidados de saúde, a presença e frequência dos menores no ensino regular e a integração dos adultos no mercado de trabalho. Esta intervenção envolve a existência de princípios como a justiça, a responsabilidade e a solidariedade, no âmbito da integração da população imigrante e na mobilização para a participação coletiva (CASQUILHO-MARTINS, BELCHIOR-ROCHA e FERREIRA, 2020). Os processos de integração, sustentados pelo Serviço Social, permitem desenvolver a multiculturalidade da própria sociedade, promovendo assim, a coesão social, a responsabilidade coletiva e individual, e o desenvolvimento comunitário (VIOLA, BIONDO e MOSSO, 2018).

A integração social é um processo de interação e envolvimento mútuo da comunidade onde um grupo está inserido, desde que se verifique a existência de igualdade de oportunidades e a possibilidade de pertença a grupos sociais. Esta integração está dependente do tipo de imigração e das condições em que a mesma ocorre, ou seja, com a existência de recursos e de acordo com as medidas de política existentes, sendo este igualmente um campo de intervenção do Serviço Social (COSTA, 2019).

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3.1. CAMPO EMPÍRICO

De acordo com FLICK (2013), a investigação social corresponde à “análise sistemática das questões de pesquisa por meio de métodos empíricos” (FLICK, 2013, p. 18). Tal significa que o estudo a realizar permite consolidar afirmações de base empírica e teorias, devidamente sustentadas com os dados da investigação. Segundo TURNER (1991), as teorias são produzidas por conceitos que retratam um fenómeno ou acontecimento específico, podendo este ser recorrente ou manifestar-se diversas vezes, permitindo que assim se concretize a investigação. Neste sentido, a “questão central de uma pesquisa social origina-se dos interesses científicos, ou seja, a produção de conhecimentos é priorizada” (FLICK, 2013, p. 18). Desta forma, é possível formar conclusões e criar teorias sobre uma determinada realidade, sendo este um processo de conhecimento e mudança, quer para o investigador, quer para a própria sociedade.

Assim, após o enquadramento teórico e concetual realizado, foi definida a metodologia de investigação, nomeadamente, com a apresentação e escolha do campo empírico que se debruçou no acesso dos cidadãos imigrantes em Portugal aos cuidados de saúde em contexto hospitalar. Mais concretamente, o estudo foi realizado tendo como estabelecimento hospitalar de referência o Hospital Garcia de Orta (HGO) em Almada¹⁰.

O Hospital Garcia de Orta é uma entidade criada pelo Estado, e conseqüentemente, prossegue objetivos de interesse público, desenvolvendo a sua atividade administrativa, financeira e patrimonial desde setembro de 1991. Está geograficamente localizado na Avenida Torrado da Silva, pertencente à união de freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas, do concelho de Almada. Dada a sua localização, agrega uma população estimada em cerca de 400 mil habitantes, provenientes dos concelhos de Almada e Seixal. O Hospital interioriza como princípios e valores: a equidade no acesso e na prestação de cuidados de saúde, a promoção de saúde e da qualidade, a eficiência na utilização dos recursos, a conservação do património e proteção do meio ambiente, o cumprimento de padrões de ética, e a primazia concedida ao doente na esfera dos cuidados de saúde.¹¹

¹⁰ Os documentos associados ao pedido de autorização para realização do estudo encontram-se em anexo (consultar Anexo 1, Anexo 2 e Anexo 3).

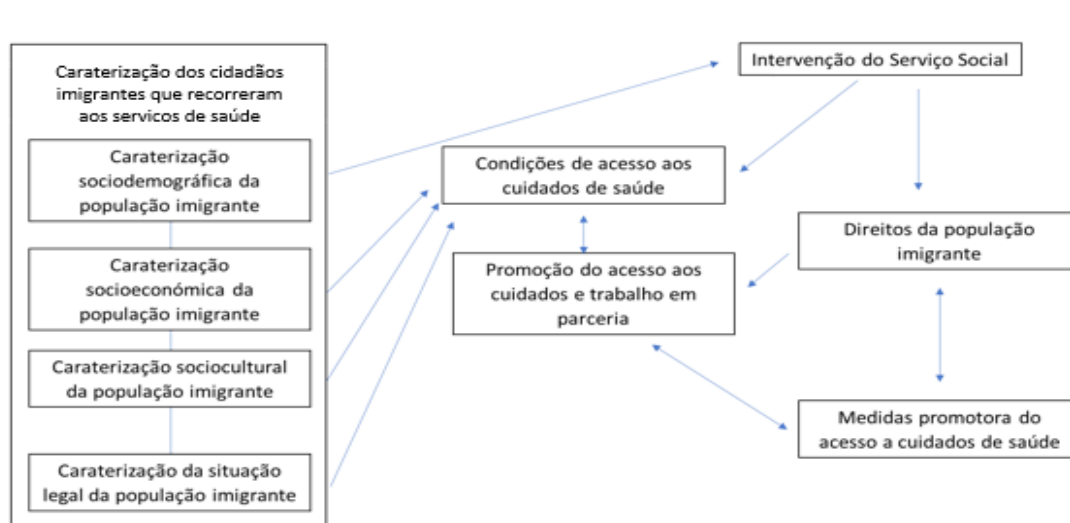
¹¹ Informação retirada de <www.hgo.pt>, site oficial do HGO, acedido em 02/07/2022.

De forma a dar resposta e apresentar soluções para a problemática em estudo, foi definido o modelo de análise ou modelo conceptual, que relaciona e esquematiza diferentes variáveis e hipóteses de investigação, sendo estas posteriormente aplicáveis sob a forma de técnicas de recolha e tratamento de dados:

“O modelo de análise ou modelo conceptual é o esquema orientador da conceção teórica que identifica os aspetos que influenciam a situação que está a ser investigada. E organiza de forma lógica e integradora as diversas variáveis e a dinâmica da situação a ser investigada” (OLIVEIRA e FERREIRA, 2014, p. 79).

Assim, procedeu-se à elaboração do esquema abaixo representado (Figura 1), indicando a relação entre variáveis respeitantes à caracterização dos cidadãos imigrantes, sendo estes, utentes que recorreram aos cuidados de saúde. No âmbito da caracterização dos cidadãos imigrantes, foram definidos indicadores que complementam esta dimensão geral, nomeadamente: a caracterização sociodemográfica, socioeconómica, sociocultural e situação legal.

Figura 1 - Esquema do Modelo de Análise



Fonte: Elaboração própria

Partindo da caracterização geral dos cidadãos, e especificamente dos indicadores apresentados, estabeleceu-se a relação destas variáveis e a possível implicação ao nível das condições de acesso aos cuidados de saúde. Mais concretamente, perceber se determinadas características da população constituem fatores limitadores ou potenciadores do acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente a situação de legalidade no país, a existência de barreiras linguísticas, a integração dos cidadãos no país ou na sua comunidade, o nível de escolaridade e o setor de atividade profissional.

Em seguida, considera-se também importante perceber se estas variáveis constituem implicações ao nível da intervenção do Serviço Social, nomeadamente em contexto hospitalar, isto é, se se verificam indicadores de vulnerabilidade que permitam a avaliação, acompanhamento e apoio social. Neste contexto, a intervenção do Serviço Social produz esclarecimentos face às condições de acesso aos cuidados de saúde, sendo os profissionais agentes de defesa e de capacitação na garantia destes direitos. O Assistente Social apresenta a capacidade de atuar sobre a promoção do acesso, ao constituir um trabalho em rede e de parceria, quer com as associações locais de apoio ao imigrante, com as instituições governamentais (como o SEF, embaixadas e consulados), com a rede local de ação social e outros parceiros de saúde (os CSP).

De acordo com ROBERTIS (2011), o modelo de intervenção em Serviço Social distingue-se do modelo de tratamento médico (um modelo de referência na génese da profissão), por priorizar as capacidades e potencialidades da pessoa “Em vez de focalizar a ação em pontos «doentes» ou «desorganizados»” (ROBERTIS, 2011, p. 67). Porém, a autora defende ainda que os conhecimentos na área da saúde podem “trazer elementos de conhecimento para avaliar uma situação: o impacto de uma doença e de uma deficiência”, de forma a ser possível “estabelecer uma avaliação da situação social de um utente” (ROBERTIS, 2011, p. 59). Neste sentido, o Assistente Social em contexto hospitalar apresenta-se como sendo:

“[...] o profissional que assume, dentro da equipa de saúde, o papel de prestar cuidados para ultrapassar ou minorar, junto do doente e sua família, situações de desvantagem social devido a dificuldades de ordem sócio-emocional ou psicossocial, expressas ou latentes” (JOHNSON e CÔRTE-REAL, 2000, p. 36).

Os profissionais de Serviço Social no HGO encontram-se destacados para prestar apoio ao nível dos diferentes serviços, nomeadamente, de internamento e urgência, na garantia do acompanhamento direcionado aos doentes e familiares. Nestes serviços, a sua função envolve o acolhimento do doente e da família, realizando um estudo-diagnóstico da situação social, enquadrando a estrutura familiar, a existência de redes de apoio (formal ou informal), as condições económicas/habitacionais, e a necessidade de articulação em respostas institucionais. Para essa articulação, o profissional coordena e mobiliza os recursos existentes na comunidade, com o objetivo de encaminhar as situações e assegurar que o doente tem as suas necessidades básicas asseguradas, após a alta hospitalar.

“[...] o utente é considerado como “coconstrutor” do processo de ajuda. «Visto que a intervenção social não é a entrega de uma prestação a um beneficiário passivo, é analisada como uma coprodução da pessoa em jogo, do trabalhador social que a acompanha e, mais amplamente, do serviço de intervenção social tal como é organizado» (ROBERTIS, 2011, p. 69)¹².

Importa ressaltar ainda que a intervenção social se concretiza por meio de triagem, ao invés da sinalização. A triagem confere ao profissional a autonomia para proceder à avaliação dos doentes, tendo como base uma prioridade determinada pelo mesmo, seja o estado de dependência do doente ou o fator da idade, isto porque, doentes mais idosos tendem a apresentar uma maior dificuldade na locomoção e um maior grau de dependência na realização das atividades de vida diária. A sinalização, pelo contrário, implica que a intervenção do profissional se dê após um diagnóstico preliminar efetuado pela equipa médica ou de enfermagem, que ao verificarem a necessidade de intervenção do Assistente Social, sinalizam e encaminham o caso. A intervenção é, por isso, desenvolvida numa lógica de triagem, e na sua generalidade, com recurso ao modelo psicossocial:

“A intervenção dos assistentes sociais nos serviços de internamento, pela centralidade que coloca na dimensão psicossocial do adoecer e do estar doente, visa a humanização e a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e famílias, e ainda a rentabilização dos recursos de saúde e sociais próprios de cada unidade de internamento” (CARVALHO, 2012, p. 35).

Para além da dimensão psicossocial, conforme referido por CARVALHO (2012), o modelo sistémico constitui-se também bastante eficiente neste contexto, perante as articulações existentes com as estruturas e instituições da comunidade, e o acompanhamento com os familiares e a rede de suporte dos doentes. A intervenção caracteriza-se, ainda, pela procura sistemática de respostas a um nível multidimensional, em articulação com outros técnicos, interventores na mesma situação-problema, mediante a definição de estratégias e projetos de intervenção individual ou familiar. Esta articulação resulta da constituição de equipas multidisciplinares, isto é, com outros profissionais de diferentes formações académicas (incluindo médicos e enfermeiros), que, perante uma diversidade metodológica inerente à sua atividade profissional, articulam entre si, de forma a conjugar uma resposta consolidada e amplamente sustentada, com vista à satisfação das necessidades do doente, tendo portanto, uma

¹² Reportando-se a: Ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement. 2006. Rapport annuel 2005 – L'intervention sociale, un travail de proximité. Paris: La Documentation française.

conceção da pessoa na sua totalidade: nos domínios clínico e social. Trata-se, assim, de uma oportunidade assente na capacidade de comunicar e estabelecer uma relação profissional estável com os membros da equipa médica e de enfermagem, pela sua disponibilidade de cooperação e articulação, centralizando o seu foco na prestação de cuidados para o bem-estar e recuperação do doente.

3.2. MÉTODO E ABORDAGEM CIENTÍFICA

No âmbito da investigação, um paradigma corresponde a um conjunto de pressupostos, regras e procedimentos que definem a metodologia de um campo de ação, e que orientam um modelo de ação dos investigadores (ALVARADO e GARCÍA, 2008). De acordo com a perspetiva dos autores de metodologia (COUTINHO, 2011; VILELAS, 2009), a presente investigação enquadra-se no paradigma interpretativista. A abordagem interpretativa ou qualitativa, como apresenta COUTINHO (2011), permite perceber a perspetiva dos sujeitos sobre determinadas situações ou acontecimentos que sucedem no seu quotidiano. Assim, centra-se na interpretação da realidade experienciada pelos sujeitos do estudo, sendo esta subjetiva e socialmente construída. VILELAS (2009) reforça esta ideia, ao enquadrar esta compreensão do mundo social mediante a intersubjetividade, isto é, focando-se na interpretação das experiências e vivência dos sujeitos. Esta visão permite enfatizar a capacidade de empatia e compreensão, dando particular interesse à perspetiva apresentada pelo outro. No entanto, a aplicabilidade de questionários com recurso a dados quantitativos, assumem uma dimensão descritiva e não inferencial, não alterando a perspetiva paradigmática interpretativa e humanista que este estudo integra e que tradicionalmente se vincula aos estudos puramente qualitativos.

Com uma outra perspetiva complementar, enquadra-se nesta investigação o paradigma sócio-crítico, não sendo puramente empírico nem interpretativo, mas uma junção das duas vertentes: teórica e prática (TICONA [et al.], 2020). A Teoria Crítica defendida por HABERMAS (1974), que conceptualiza este paradigma, apresenta o conhecimento como emancipatório, e a partir do qual são confrontadas as ideologias existentes, de forma a possibilitar a posterior intervenção para a resolução dos problemas identificados (COUTINHO, 2011). Segundo ALVARADO e GARCÍA (2008), este paradigma admite que os fenómenos sociais resultam da relação dos sujeitos integrantes de uma comunidade. Fundamenta-se, por isso, na crítica social pela capacitação dos sujeitos e a sua participação nos processos de transformação social.

Tal como apresenta AMARO (2008), a demanda do Serviço Social está direcionada para a ação e para a resolução dos problemas, quer numa perspetiva individual, de intervenção direta sobre a situação em concreto (tal como sucede no interpretativismo); quer numa perspetiva mais global, ao nível das estruturas. Quanto à classificação da investigação, ao nível do seu objetivo e profundidade, considera-se que esta seja exploratória e descritiva, perante a utilização de métodos que permitiram obter um conhecimento geral da situação em estudo, com o objetivo de descrever os fenómenos apresentados (COUTINHO, 2011). O estudo de carácter exploratório facilita a formulação de hipóteses pelo facto de especificar e aprofundar os problemas em análise, ocorrendo em situações onde a literatura ou os dados existentes são insuficientes para apresentar conclusões sobre um determinado fenómeno. O estudo descritivo procura descrever uma determinada realidade ou características da população em análise, sendo que para tal, é necessário conhecer as variáveis inerentes ao problema, podendo assim, a generalização ficar limitada pelo número de sujeitos que constituem a amostra definida e pela sua representatividade (VILELAS, 2009).

Segundo a natureza dos dados e ao modo de abordagem, a investigação compreende o uso de métodos mistos ou “*mixed methods*” seguindo uma estratégia metodológica combinada entre os métodos quantitativos e os métodos qualitativos. A investigação quantitativa recorre a técnicas estatísticas para análise de dados objetivos, enquanto a investigação qualitativa incide na interpretação dos dados recolhidos e atribuição de significados, através de uma relação dinâmica estabelecida entre o sujeito e a realidade (COUTINHO, 2011; VILELAS, 2009). Esta abordagem metodológica permitiu relacionar diferentes técnicas, que se completam, para a obtenção e tratamento de dados (BRANNEN, 1992).

Concretamente, na investigação em Serviço Social, a utilização desta estratégia metodológica permite concretizar uma pesquisa empírica mais robusta, aliando dados mais extensos a dados mais objetivos, privilegiando que os resultados sejam interpretados e validados pelo investigador (WATKINS, 2017). A derivação metodológica de investigação compreendida entre a abordagem quantitativa e qualitativa engloba uma terceira perspetiva: a perspetiva orientada para a prática (COUTINHO, 2011). A perspetiva orientada para a ação é uma investigação de carácter prático, pois “centra-se em problemas da realidade social e na prática dos sujeitos nela implicados, é orientada para a acção, para a resolução de problemas que formam parte dessa realidade” (COUTINHO, 2011, p. 29).

Por conseguinte, o desenho de pesquisa apresentado neste estudo estabeleceu uma aplicação da metodologia quantitativa através da elaboração e aplicação de inquérito por questionário e a aplicação de metodologia qualitativa por via de entrevistas semiestruturadas. Assim, a análise e o tratamento de dados resultaram numa triangulação que permitiu conciliar a informação obtida por via das diferentes fontes e técnicas de recolha de dados selecionadas (DUARTE, 2009). A recorrência a múltiplos métodos de investigação, seja na recolha, análise ou tratamento de dados, constitui o método de triangulação. Este sistema de triangulação de dados permite recolher informações e analisá-las de diferentes formas, para a obtenção de resultados válidos e credíveis. Assim, a combinação dos métodos quantitativos e qualitativos devem ser entendidos como complementares (DUARTE, 2009; AZEVEDO [et al.], 2013).

3.3. UNIVERSO E AMOSTRA

A amostra delimita um conjunto de sujeitos de uma determinada população com características semelhantes ao restante grupo, e obedece a critérios de seleção, nomeadamente, que permitam garantir a representatividade da população (COUTINHO, 2011; VILELAS, 2009). Quanto ao universo do estudo, pelo facto de não existir um registo do número total de imigrantes, procedeu-se à seleção de uma amostra não probabilística intencional (FLICK, 2013). Assim, de acordo com o estudo realizado, constituiu-se uma amostragem não-probabilística, na medida em que a seleção dos participantes obedeceu a critérios específicos definidos pelo investigador (VILELAS, 2009). Segundo os tipos de amostragem contextualizados pelos autores, a amostra definida para este estudo pode ser considerada por conveniência e criterial/intencional. A amostra por conveniência implica que a escolha dos sujeitos tenha ocorrido por meio de uma circunstância ou motivo particular, que permitiu a maior facilidade na composição do grupo (VILELAS, 2009).

3.3.1. POPULAÇÃO IMIGRANTE

No caso da população imigrante utente dos serviços de saúde, a amostra intencional compreendeu a seleção de segmentos da população segundo um critério definido (COUTINHO, 2011). Assim, para a composição da amostra respeitante a utentes imigrantes que recorreram aos serviços de saúde do Hospital Garcia de Orta, foram definidos critérios de seleção dos elementos, tais como: recorrer no último ano (2020-2021) aos serviços de saúde do HGO, em regime de internamento, ambulatório ou urgência; ser maior de idade sem distinção de sexo ou de género (apenas população

adulta - maiores de 18 anos); ter nacionalidade estrangeira, não se encontrando em situação de asilo ou refugiado; ter acompanhamento ou orientação prestado pelo Serviço Social (sendo que este último critério foi suprimido ao longo da realização do estudo, por falta de elementos suficientes para satisfazer a amostra).

Inicialmente, estava prevista uma amostra com 30 utentes, tendo sido possível inquirir 35 participantes. Relativamente à amostra previamente definida para constituir o campo de investigação dos utentes imigrantes, houve necessidade de adaptação e reestruturação dos critérios anteriores, dada a impossibilidade de contactar os possíveis participantes pelas seguintes situações: óbito de 8 utentes que constituíram a amostra inicial; 6 utentes recusaram participar, após apresentação e explicação dos objetivos do presente estudo; 28 utentes não estavam contactáveis, tendo sido constatado que na maioria das situações, os contactos telefónicos identificados nos respetivos processos hospitalares, estavam inativos ou desativados.

Neste sentido, e perante os constrangimentos identificados, houve necessidade de alargamento dos critérios de seleção da amostra definida, mantendo algumas condições definidas anteriormente, tais como: utentes que recorreram aos serviços de saúde do HGO no último ano (2020-2021), em regime de internamento, ambulatório e urgência; cidadãos de ambos os sexos e sem distinção de género; população adulta (maiores de 18 anos); de nacionalidade estrangeira, não estando em situação de asilo ou refugiado. Os restantes participantes selecionados não foram acompanhados no âmbito do Serviço Social, o que significa que, eventualmente, após ser realizada a avaliação ou triagem da situação, não se constatou a necessidade de intervenção ou orientação social. Perante esta condição, foi considerado que a abrangência da amostra a participantes sem contacto com o Serviço Social fosse pertinente para aferir as expectativas dos mesmos quanto aos profissionais e, nomeadamente, quanto à necessidade ou importância da sua intervenção nesta problemática.

3.3.2. ASSISTENTES SOCIAIS

Sendo que, para a constituição da amostra referente à metodologia qualitativa, foram elegíveis Assistentes Sociais, especificamente do Hospital Garcia de Orta (HGO) e dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da zona geográfica Almada-Seixal¹³.

¹³ Para manter o anonimato não se irá identificar a unidade de saúde.

A amostra foi definida inicialmente com 10 participantes, tendo apenas se obtido um total de 5 profissionais dispostos a colaborar na presente investigação (Tabela 4). Esta segunda amostra foi constituída por 5 Assistentes Sociais, integrados na área de atuação do Hospital, ou seja, referente aos concelhos de Almada e Seixal.

Tabela 4 – Codificação da Amostra Qualitativa

Código	Entidade
01	Hospital
02	Hospital
03	Hospital
04	Hospital
05	Cuidados de saúde primários

Fonte: Elaboração própria

Pretendeu-se que a composição desta amostra fosse diversificada ao nível das respostas de diferentes estruturas da comunidade, com particular enfoque para os profissionais do HGO e dos CSP, assim como de outras organizações parceiras, com quem não foi possível obter confirmação para a realização das entrevistas. Na ausência da resposta individual por parte dos profissionais dos CSP optou-se por formalizar diretamente o convite para a coordenação de Serviço Social do ACES Almada-Seixal, no dia 04/03/2022, com conseqüente insistência no dia 13/04/2022 por ausência de resposta. Mediante os respetivos contactos efetuados, apenas foi possível obter uma resposta positiva de um profissional dos CSP, constituindo-se assim como o único participante externo ao HGO, apesar das insistentes tentativas de pedido de colaboração a outros colegas dos CSP.

Foi ainda formalizado um pedido de colaboração para profissionais da rede social e de organizações parceiras, sem qualquer resposta ou apresentação de disponibilidade para o efeito, tendo sido nomeadamente endereçado a: 6 profissionais de associações locais de apoio aos imigrantes; 1 profissional do CNAIM; 1 profissional da Segurança Social e 1 profissional da Câmara Municipal, responsáveis por assuntos de inclusão e integração da população imigrante. Dada a ausência de resposta dos profissionais contactados para a realização de entrevistas, apenas foi possível constituir uma amostra com 5 profissionais.

3.4. TÉCNICAS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Neste ponto explica-se como se procedeu à recolha e tratamento dos dados, de forma a esclarecer e informar quanto aos procedimentos metodológicos quantitativos e qualitativos. A informação sobre o processo de investigação e de aproximação ao campo empírico contribuem para o reconhecimento dos resultados produzidos e apresentados no próximo capítulo, sendo esta uma prática de investigação fundamental na partilha de trabalho de investigação.

3.4.1. RECOLHA DE DADOS

No que se refere à técnica de recolha dos dados predominantemente quantitativa, foi aplicado um inquérito por questionário, sendo este um instrumento de registo devidamente planeado e orientado para a pesquisa de dados referentes a um determinado grupo ou população, com características específicas, as quais se pretendem investigar (VILELAS, 2009). Considerou-se mais apropriada a escolha deste instrumento para aplicação das questões aos utentes, uma vez que foi possível organizar o seu conteúdo tendo por base as variáveis definidas, e ainda, possibilitou uma maior facilidade nesta adequação, com a possibilidade de tradução das perguntas e respostas correspondentes, para as situações em que assim se justificava. No entanto, o instrumento de recolha de dados consistiu num questionário composto por um conjunto de questões fechadas e semiestruturadas que permitissem também aos utentes partilhar a sua percepção e opinião sobre a temática de uma forma semiaberta.

As questões colocadas foram, maioritariamente, de resposta fechada ou semiaberta, permitindo facilitar a compreensão e comunicação com os utentes que apresentem barreiras linguísticas. Para tal, aplicaram-se os questionários em português ou inglês, sendo todos os dados traduzidos posteriormente para português, para efeitos de redação da dissertação. Ressalva-se ainda que, na aplicação do questionário, não existiram critérios de priorização face a determinadas nacionalidades, salvaguardando assim a diversidade na composição da amostra.

Dado o contexto de pandemia e medidas de isolamento vigentes no período de aplicação dos questionários, com conseqüente restrição de visitas e atendimentos em meio hospitalar, optou-se por realizar preferencialmente este questionário por contacto telefónico com os utentes que compõem a amostra seleccionada. Saliencia-se que

previamente a este contacto, foi fornecido o modelo de consentimento informado¹⁴ via *e-mail*, ou nessa impossibilidade, apresentado presencialmente aos utentes. Desta forma, foram esclarecidos aos participantes todos os procedimentos éticos da investigação, salvaguardando a sua participação como voluntária, anónima e confidencial.

Pelo facto de não ter sido definida a gravação áudio dos questionários, a autorização do consentimento apenas poderia ser transmitida e devidamente certificada pelos utentes através da assinatura do respetivo documento. Contudo, na impossibilidade do envio do consentimento por *e-mail*, o mesmo deveria ser apresentado presencialmente, o que implicou a deslocação dos utentes ao hospital para o efeito; houve, no entanto, a preocupação de coincidir essa deslocação com o agendamento de consultas ou exames, quando possível, sendo a participação dos utentes neste estudo totalmente voluntária. A aplicação dos questionários¹⁵ esteve dependente da disponibilidade dos utentes, alargando-se por isso o período de execução. Perante esta condição, o período de aplicação dos questionários foi compreendido entre o dia 12 de janeiro de 2022 e o dia 2 de março de 2022, dada a dificuldade existente na recolha de consentimento informado prévio à realização dos mesmos. Conforme referido, o consentimento informado dirigido aos utentes menciona o objetivo do estudo e a participação voluntária dos mesmos, reiterando a confidencialidade e anonimização das informações recolhidas.

Assim, antes de iniciar a aplicação dos questionários, foi devidamente explicado aos utentes a finalidade do presente estudo, enfatizando a sua participação livre e voluntária, bem como a sua confidencialidade e anonimato. Optou-se pela não gravação na recolha de dados, permitindo conferir assim uma maior segurança e liberdade de resposta aos participantes, considerando que a sua situação legal no país poderia ser um fator de inibição à sua participação. Durante a aplicação dos questionários, e após informação recolhida nas primeiras respostas obtidas, constatou-se a pertinência da adaptação do modelo de questionário, mais concretamente, ao nível das opções apresentadas como possibilidade de resposta, nomeadamente:

¹⁴ Documento referente ao consentimento informado disponível para consulta em anexo (Anexo 4).

¹⁵ Documentos referentes ao questionário aplicado disponíveis para consulta em anexo (Anexo 5 e Anexo 6).

a) na pergunta 1.2., foi adicionada a opção “Em situação de baixa médica / CIT”, pelo facto de terem surgido diversas respostas neste parâmetro, e considerando útil distinguir das restantes;

b) na pergunta 1.4., foi adicionada a opção "Habitação cedida por familiar", igualmente pelo mesmo factor anterior, uma vez que estavam a ser agrupadas anteriormente no campo "Outro";

c) também na pergunta 1.4., foi adicionada a opção “Habitação ilegal / Casa abarracada”, pelas mesmas razões indicadas anteriormente.

d) ainda na pergunta 1.4., optou-se por retirar o campo “Outro”, pela ausência de respostas neste parâmetro, tendo sido as restantes devidamente registadas e enquadradas nas possibilidades existentes.

e) na pergunta 1.5., foi retirada a opção "Compreendo e tento dizer algumas palavras", pois estava a suscitar uma certa confusão e sem entendimento da distinção com a opção "Compreendo facilmente e consigo dizer algumas palavras";

f) na pergunta 1.7., foi adicionada a opção "Situação regular (documentação caducada)", pelo facto de terem surgido diversas respostas neste parâmetro, e considerando útil distinguir das restantes;

g) também na pergunta 1.7., foi retirada a opção "Visto de turismo", dada a ausência de respostas e inadequação de especificar este parâmetro, considerando que caso identificado, enquadrar-se-ia no campo "Outro";

h) ainda na pergunta 1.7., foi adicionada a opção “Visto de estudante”, pelo facto de ter sido a única resposta enquadrada no campo “Outro”;

i) optou-se por retirar o campo “Outro” na pergunta 1.7., pela ausência de respostas neste parâmetro, tendo sido as restantes devidamente registadas e enquadradas nas possibilidades existentes.

No que se refere à recolha de dados junto dos assistentes sociais, esta foi concretizada através de entrevistas semiestruturadas, presencialmente quando possível, com recurso a gravação áudio para posterior transcrição e análise de conteúdo.

A metodologia qualitativa incide no estudo dos fenómenos identificados no contexto da investigação, permitindo a construção de fundamentos teóricos consoante a análise dos dados recolhidos, sendo que: “trata-se de investigar ideias, de descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da perspetiva dos atores intervenientes no processo” (COUTINHO, 2011, p. 29). Assim, os dados obtidos relativamente à perceção dos assistentes sociais seguiram uma abordagem expressamente qualitativa. O objetivo deste método de recolha de dados incide na capacidade de particularizar cada intervenção, sendo por isso favorável a diversidade de respostas existentes, pela especificidade e contexto de atuação dos profissionais¹⁶.. Para a recolha dos dados qualitativos optou-se pelo método da entrevista, onde por meio de interação social, permite a existência de um diálogo entre o investigador e a pessoa a entrevistar, para que esta possa expressar as suas opiniões e expectativas sobre um determinado assunto a investigar (VILELAS, 2009). Daqui se destaca como finalidade a análise da relevância que é atribuída às questões abordadas, a sensibilidade dos profissionais à problemática em estudo, a reflexividade sobre a sua prática e a aplicabilidade das medidas de política que se concretizam.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas junto dos profissionais, sendo a sua participação voluntária, anónima e confidencial, e mediante declaração de consentimento informado e autorização de registo áudio. As entrevistas aos profissionais iniciaram-se a 28 de janeiro de 2022, dirigidas aos Assistentes Sociais do HGO, tendo igualmente sido apresentado um consentimento informado¹⁷, com o principal objetivo de autorizar a gravação áudio da entrevista. Neste contacto, foi conseguido um total de 4 participantes. No dia 16 de fevereiro de 2022, foi iniciado o primeiro contacto com os Assistentes Sociais dos CSP, tendo sido elaborado o convite diretamente a 5 profissionais de unidades de saúde distintas. Para o devido efeito, foi realizado um modelo de contacto¹⁸, enviado via *e-mail*. Face à ausência de resposta ao pedido de colaboração, apenas se concretizou a entrevista a um profissional dos CSP, a 11 de maio de 2022.

¹⁶ Documento referente ao convite endereçado disponível para consulta em anexo (Anexo 7).

¹⁷ Documento referente ao modelo de consentimento informado disponível para consulta em anexo (Anexo 8).

¹⁸ Documento disponível para consulta em anexo (Anexo 7).

3.4.2. TRATAMENTO DE DADOS

3.4.2.1. Dados estatísticos

Para o tratamento dos dados recolhidos no âmbito da aplicação dos questionários aos cidadãos imigrantes, foi realizada a análise estatística descritiva univariada e bivariada, com apoio a técnicas estatísticas de análise de dados, com recurso ao programa estatístico IBM® SPSS® versão 28. A análise estatística univariada permitiu a análise de cada variável selecionada, separadamente, mediante a exploração de uma base de dados elaborada para este efeito. Por outro lado, a análise estatística bivariada incluiu o método de análise de duas ou mais variáveis, podendo ser estabelecida uma relação de causa-efeito entre as mesmas, de forma a apresentar resultados pertinentes para a investigação. (LAUREANO e BOTELHO, 2017; REIS, 2006; MARÔCO, 2021; CARVALHO, 2017).

Nesta investigação, e considerando que se realiza no contexto de uma dissertação de mestrado, optou-se por se proceder a uma análise descritiva dos dados, sendo esta constituída pelo conjunto de métodos destinados à organização e descrição dos dados, como medida direta de análise de diversos parâmetros da população (SILVESTRE, 2007). Também o facto de o inquérito por questionário servir como um elemento de mais fácil compreensão, designadamente quando nos dirigimos a população estrangeira, esta ajudou-nos a que as perguntas pudessem ser entendidas de forma mais clara e que as respostas pudessem ser mais objetivas. Destaca-se a importância de além de perguntas de resposta fechada, existir espaço para que os inquiridos dessem a sua opinião de forma semiaberta sobre determinadas questões.

No que se refere ao tratamento dos dados recolhidos, pretendeu-se analisar se, mediante a situação documental regularizada e autorização de permanência no país, os cidadãos imigrantes possuíam número de utente do SNS que lhes garantisse o acesso a cuidados de saúde hospitalares; e ainda, proceder a uma caracterização da dimensão social e qualidade de vida dos cidadãos imigrantes, segundo a perspetiva dos mesmos.

Foram ainda recolhidos alguns dados demográficos (tais como o sexo, a idade e a nacionalidade) dos utentes pertencentes, através da consulta do processo clínico (mediante o acesso ao SClínico¹⁹, no portal do Serviço Social), sem que fosse registado

¹⁹ Sistema informático hospitalar, desenvolvido pela SPMS, onde consta as informações e registos clínicos dos utentes.

qualquer dado de identificação dos participantes. Para delimitar os dados a serem recolhidos, e proceder à análise e tratamento das informações de acordo com o objeto de estudo, definiram-se as seguintes dimensões e indicadores aplicáveis ao contexto da população imigrante²⁰.

Na aplicação dos questionários, foram também elaboradas questões semiabertas de forma a recolher informação menos restrita, permitindo alargar a recolha de dados para refletir sobre os impactos ou consequências que resultam dos constrangimentos identificados no acesso aos cuidados de saúde. Ressalva-se que no caso das respostas às questões semiestruturadas a análise de conteúdo categorial foi aplicada para descrição e interpretação das respostas à luz dos resultados obtidos.

3.4.2.2. Análise de conteúdo categorial

De forma a proceder à análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos profissionais, recorreu-se ao método de gravação áudio, utilizando um smartphone para o efeito. A respetiva gravação foi consentida previamente pelos entrevistados, sob o consentimento informado apresentado e devidamente assinado. O registo áudio permitiu a posterior transcrição do conteúdo das entrevistas, garantindo assim a veracidade da informação e dos resultados apresentados. Inicialmente, antes da concretização da recolha de dados, ponderava-se a utilização de um programa de análise de dados qualitativos, tal como o MAXQDA ou o Atlas.ti, uma vez que a perspetiva da composição da amostra de profissionais seria bastante mais significativa do que a obtida.

A escolha destes programas estava dependente da quantidade e complexidade da informação a ser recolhida, de forma a facilitar a interpretação dos dados. No entanto, e como foi apenas possível obter uma amostra composta por 5 profissionais, não se considerou necessária a aplicabilidade destes programas para a análise e tratamento da informação, pelo que, em detrimento deste método, procedeu-se à análise de conteúdo de forma autónoma não computadorizada.

Como técnica de análise de conteúdo optou-se pela análise categorial, sendo definidas categorias específicas onde se agrupam informações recolhidas nas entrevistas. A análise de conteúdo categorial distingue-se em 3 fases. Em primeiro lugar, são definidos os indicadores de análise, como esquema e organização do plano de investigação.

²⁰ Documento disponível para consulta em anexo (Anexo 10).

De seguida, são designadas categorias para agrupar os dados em temáticas ou assuntos comuns, através do método de classificação ou codificação. Por fim, e sendo possível produzir uma interpretação dos dados, assume-se uma conclusão pertinente ou enquadrada nos resultados da pesquisa de investigação (VILELAS, 2009). Para tal, foi elaborada a grelha de análise de conteúdo²¹, de acordo com a proposta do modelo de análise, com a criação de categorias e subcategorias decorrentes das entrevistas realizadas aos profissionais.

3.5. ÉTICA NA INVESTIGAÇÃO

Importa referir que o planeamento e execução da investigação respeitou os princípios éticos e morais na recolha e tratamento dos dados do presente estudo, nomeadamente respeitando os direitos dos participantes, seja enquanto cidadãos, pessoas em situação de fragilidade social, utentes dos serviços de saúde ou profissionais. Assim, a planificação de trabalho do presente estudo iniciou-se com a entrega e aprovação do projeto de investigação, tendo sido o mesmo submetido a avaliação e posterior registo pela Universidade Lusíada²², a 7 de outubro de 2021.

Dada a necessidade de aceder a informações provenientes de base de dados e plataformas hospitalares, foi solicitada a autorização por parte do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, assim como do Conselho de Ética, para o devido efeito, sendo salvaguardado o anonimato e sigilo das informações recolhidas.

Para a recolha de dados foi necessário formalizar os pedidos de autorização dirigidos aos representantes do Conselho de Administração e Direção do Serviço Social²³ do HGO, pelo facto da presente investigação ser enquadrada no respetivo contexto hospitalar, dada a composição de ambas as amostras definidas: os utentes e os profissionais da instituição.

Nos pedidos de autorização, remetidos no dia 2 de dezembro de 2021, consta a explicação quanto ao objetivo do estudo a realizar, a fundamentação científica do projeto e respetivos procedimentos metodológicos, bem como os instrumentos de recolha de dados a aplicar, designadamente um modelo de questionário aos utentes²⁴ e um guião

²¹ Documento disponível para consulta em anexo (Anexo 10).

²² Documento disponível para consulta em anexo (Anexo 1).

²³ Documento disponível para consulta em anexo (Anexo 2).

²⁴ Documento disponível para consulta em anexo (Anexo 5).

de entrevista dos profissionais²⁵, visando garantir que seriam assegurados os padrões éticos fundamentais. Posteriormente, a aceitação do projeto foi estabelecida no dia 5 de janeiro de 2022, após discussão em reunião do Conselho de Ética do hospital²⁶.

De acordo com a perspetiva de outros autores, a existência de princípios éticos na recolha de dados é fundamental para assegurar a validade e veracidade das informações, para que não suceda uma prática de coação ou influência nas respostas prestadas (DINGWALL, 2011). Desta forma, foram asseguradas certas condições no decorrer da investigação, sendo que todos os dados recolhidos foram tratados de forma anonimizada e garantida a sua confidencialidade. Assim, os dados foram partilhados com autorização expressa dos sujeitos e com o recurso ao consentimento informado (VILELAS, 2009).

O modelo consentimento informado foi devidamente comunicado e fornecido a todos os participantes deste estudo, de forma a assegurar que a sua participação seja livre e voluntária, garantindo a confidencialidade e anonimização das identidades, assim como dos dados e informações recolhidas. Para o efeito, todos os participantes declararam expressamente o seu consentimento informado. Nos dados recolhidos dos questionários aplicados aos utentes, procedeu-se à realização de uma base de dados onde não consta o nome do utente ou qualquer outro dado que permita a sua identificação ou correlação, sendo utilizada uma ordem sequencial para o efeito.

O consentimento informado dirigido aos utentes menciona o objetivo do estudo e a participação voluntária dos mesmos, reiterando a confidencialidade e anonimização das informações recolhidas, ressaltando que as informações e diagnósticos clínicos não serão abordados, uma vez que não possuem qualquer relevância para a realização desta investigação. Optou-se pela não gravação na aplicação dos questionários, tendo estes sido respondidos em colaboração e com o apoio da investigadora na leitura e compreensão das questões colocadas, permitindo conferir uma maior segurança e liberdade de resposta aos participantes, considerando que a sua situação legal no país poderia ser um fator de inibição à sua participação.

²⁵ Documento disponível para consulta em anexo (Anexo 9).

²⁶ Documento disponível para consulta em anexo (Anexo 3).

Neste seguimento, e pelo facto de se tratar de dados precisos e minuciosos a nível individual do utente, é necessário transmitir ao próprio que o contributo prestado não afetará a sua condição pessoal ou de saúde, devendo ser salvaguardado: “what can be recorded and how the research subject’s confidentiality and anonymity can be guaranteed” (HALIMAA, 2001, p. 21).

Relativamente ao tratamento dos dados das entrevistas realizadas aos profissionais, foi também garantido o direito ao anonimato e confidencialidade, sendo que a análise das respostas individuais dos participantes não identifica o profissional e em nenhum momento é associada a sua identidade ao conteúdo publicado. Assim, pretendeu-se que os participantes não se sentissem limitados por fatores de inibição quanto às informações partilhadas, quer por receio que a entidade patronal ou outros colegas de trabalho pudessem emitir comentários ou julgamentos quanto à opinião dos entrevistados. Para salvaguarda da confidencialidade e anonimato das fontes e dos dados recolhidos, a transcrição integral das entrevistas e a base de dados construída a partir do questionário, não está disponível em anexo. Também por este motivo se optou por não referenciar o género ou sexo dos entrevistados, dado que numa área profissional predominantemente exercida por mulheres, os entrevistados homens neste contexto geográfico e organizacional seriam facilmente identificados.

Ainda como garantia deste direito, optou-se pela eliminação dos registos de gravação áudio das entrevistas, após o término das transcrições. Assim sendo, foi possível assegurar a existência e proporcionar determinadas condições para que a investigação decorresse de acordo com os padrões éticos considerados, não colocando em risco a integridade dos participantes do estudo, tendo como preocupação constante a sua proteção e segurança.

4. APRESENTAÇÃO, SISTEMATIZAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados recolhidos e sistematizados, de forma a proceder à sua respetiva análise e tratamento, e posterior discussão dos resultados com base os objetivos anteriormente definidos.

4.1. CARATERIZAÇÃO DOS CIDADÃOS IMIGRANTES QUE ACEDEM AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Mediante a análise dos dados estatísticos, foi possível proceder à caracterização dos cidadãos imigrantes que participaram neste estudo, através da condificação de variáveis de análise sociodemográfica, como: a nacionalidade, a idade, o sexo, o nível de escolaridade e a situação laboral. Além da caracterização sociodemográfica, considerou-se ainda importante apresentar uma caracterização socioeconómica da população imigrante participantes neste estudo, bem como uma caracterização sociocultural. Por fim, apresenta-se a situação legal, isto é documental, em que os participantes se encontravam quando responderam ao questionário.

4.1.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Quanto à caracterização sociodemográfica dos utentes que participaram neste estudo, procedeu-se a uma primeira análise de categorização sociodemográfica que inclui variáveis como o sexo, o grupo etário, a nacionalidade por país de origem e agrupada por zona geográfica de origem, por nível de escolaridade e de acordo com a situação laboral em que se encontravam no momento de resposta ao questionário. Para uma apresentação mais sistematizada dos dados, na tabela n.º 5 procedeu-se à apresentação dos dados, considerando a sua distribuição e peso percentual.

No que se refere à distribuição dos participantes por sexo, verifica-se que houve uma participação equilibrada, em que 17 participantes são do sexo masculino e 18 participantes do sexo feminino. Quanto à idade dos utentes que integraram a amostra, todos os participantes são adultos em idade ativa, estando o intervalo de idades compreendido entre os 18 e os 64 anos, sendo a média das idades dos participantes de aproximadamente 44 anos (mean=43,8).

Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica da população imigrante participante no estudo

Caraterização da amostra: Utentes

		N	%
Sexo	Masculino	17	48,60%
	Feminino	18	51,40%
	Total	35	100,00%
Grupos Etários	Entre 15 e 24 anos	3	8,60%
	Entre 25 e 64 anos	32	91,40%
	Total	35	100,00%
Nacionalidade por país de origem	Angola	4	11,40%
	Brasil	7	20,00%
	Cabo-Verde	4	11,40%
	Guiné-Bissau	4	11,40%
	Moçambique	1	2,90%
	Moldávia	2	5,70%
	Paquistão	1	2,90%
	São Tomé e Príncipe	10	28,60%
	Ucrânia	1	2,90%
	Venezuela	1	2,90%
Total	35	100,00%	
Nacionalidade por área geográfica	África - PALOP	23	65,70%
	América - América do Sul	8	22,90%
	Europa - Europa de Leste	3	8,60%
	Ásia - Ásia Meridional	1	2,90%
	Total	35	100,00%
Nível de Escolaridade	Ensino primário	4	11,40%
	Ensino básico	11	31,40%
	Ensino secundário	18	51,40%
	Ensino superior	2	5,70%
	Total	35	100,00%
Situação Laboral	Trabalhador(a) com contrato de trabalho	6	17,10%
	Trabalhador(a) sem contrato de trabalho	6	17,10%
	Incapacidade temporária para o trabalho	6	17,10%
	Desempregado/a	14	40,00%
	Estudante	1	2,90%
	Reformado/a	2	5,70%
	Total	35	100,00%

Fonte: Elaboração própria

De forma a caracterizar a distribuição de idades por dois grupos etários distintos, utilizou-se como referência as definições de grupos etários utilizados por entidades internacionais como a OMS, ONU e OCDE, que consideram que os jovens até aos 24 anos como jovens adultos a entrar no mercado de trabalho (OECD, 2022²⁷; UNDESA, s/d²⁸). Mediante esta classificação verificou-se que 8,6% são jovens adultos, enquanto a maioria dos participantes tem a sua idade compreendida entre os 25 e 64 anos (91,4%). Desta forma, confirma-se que não houve participantes idosos, isto com 65 ou mais anos.

Quanto às nacionalidades de origem da população imigrante que participou no estudo, identificaram-se 10 países de origem designadamente dos seguintes países: São Tomé e Príncipe (10); Brasil (7); Angola (4); Cabo-Verde (4); Guiné-Bissau (4); Moldávia (2); Moçambique (1); Paquistão (1); Ucrânia (1); e Venezuela (1).

Figura 2 – Construção e codificação da variável área geográfica

Nacionalidade	Cod.
Angola	1
Brasil	2
Cabo Verde	3
Guiné Bissau	4
Moçambique	5
Moldávia	6
Paquistão	7
São Tomé e Príncipe	8
Ucrânia	9
Venezuela	10

Nacionalidades	Área geográfica	Cod. da nova variável
1, 3, 4, 5 e 8	África (PALOP)	1
2, 10	América do Sul	2
6, 9	Europa de Leste	3
7	Ásia Meridional	4

Fonte: Elaboração própria

Conforme é apresentado na figura 2 optou-se por agrupar a variável nacionalidade em 4 áreas geográficas, de acordo com a localização continental dos países de origem dos cidadãos imigrantes, nomeadamente: África (PALOP), América do Sul, Europa de Leste e Ásia Meridional. Sendo a amostra definida dos participantes composta por 35 utentes, é possível identificar que a zona geográfica mais predominante se reporta aos participantes oriundos dos PALOP, contabilizando um total de 23 utentes (66%).

²⁷ OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (2022) – [Employment rate by age group \(indicator\)](#). doi: 10.1787/084f32c7-en (com acesso a 10/08/2022).

²⁸ UNDESA: United Nations Department of Economic and Social Affairs (s/d) – Definition of Youth.

Destaca-se que as mulheres participantes neste estudo são oriundas de apenas duas das quatro zonas geográficas: 14 utentes do sexo feminino oriundas de África - PALOP (77,8%) e 4 utentes da América do Sul (22,2%).

De acordo com as entrevistas realizadas aos profissionais, foi possível verificar a perceção existente face à distinção das nacionalidades, especificando as mesmas áreas geográficas acima representadas na caracterização da população utente através do questionário.

“Nós temos populações diferentes. Temos as ex-colónias não é, a população que tem muita ligação a Portugal, temos agora novas populações imigrantes da Europa de Leste (...). E temos agora uma nova população, isto é mesmo muito novo, que são os imigrantes asiáticos, os chineses e os nepaleses. Portanto, eles com contextos totalmente diferentes entre eles”. (E1).

Foi ainda mencionado que a população imigrante proveniente dos PALOP apresenta uma maior ligação a Portugal, enfatizando a possibilidade de maior representação, o que coincide com os dados apresentados (GÓIS e MARQUES, 2018; PADILLA e ORTIZ, 2012; ESTEVES [et al.], 2017). Em oposição, foi referida a existência de uma nova vaga de imigração da população da Ásia Meridional, sendo esta uma população com características distintas das restantes, quer a nível cultural, mas também das condições socioeconómicas e do próprio contexto de imigração. Esta informação reitera o facto de que, em comparação com as restantes áreas geográficas por nacionalidades, o número de participantes oriundos da Ásia Meridional ser menor (3%).

Dos participantes que integram a amostra deste estudo, todos tinham frequentado e concluído um nível de escolaridade, tendo-se verificado que a maioria dos participantes afirma ter concluído o ensino secundário (52%). Tendencialmente as mulheres apresentam um nível de nível de escolaridade maior que homens, pois 11,1% das mulheres afirmam ter o ensino superior concluído e 61,1% o ensino secundário, enquanto o nível de escolaridade mais elevado no sexo masculino é de 41,2% com o ensino secundário concluído.

Quanto à situação laboral a maior parte dos utentes (14) encontra-se em situação de desemprego (40%). Os restantes participantes dividem-se pelas seguintes situações perante o trabalho: 6 Trabalhador(a)s com contrato de trabalho (17,1%); 6 Trabalhador(a)s sem contrato de trabalho (17,1%); 6 Trabalhador(a)s em situação de

incapacidade temporária para o trabalho (17,10%); 2 Reformado(a)s (5,7%). Regista-se ainda que um dos participantes é estudante e não exerce atividade laboral (2,9%).

Analisando a situação laboral, em função do sexo dos participantes, foi possível observar que a totalidade dos participantes que referiram estar a trabalhar sem contrato de trabalho foram somente pessoas do sexo masculino (35,3%). Por outro lado, no que se refere a pessoas em situação de incapacidade temporária para o trabalho, vulgarmente designada por baixa médica/CIT são apenas mulheres (33,3%). Refere-se ainda que apenas uma mulher tem uma situação contratual estável, isto é, que se encontra como trabalhadora com contrato de trabalho. De acordo com ESTEVES et al. (2017) o desemprego é uma das situações que mais conduz a risco de exclusão e estigma social, independentemente do seu período de duração.

Estes dados permitem aferir que os imigrantes do sexo masculino estão sujeitos a condições laborais mais precárias, nomeadamente, com a ausência de contrato de trabalho. PEIXOTO e IORIO (2011) já na década passada identificavam que se verificava um aumento da precaridade laboral e de situações de desemprego da população imigrante em Portugal, traduzindo-se em baixos salários e condições de trabalho precárias. Assim, a situação laboral terá uma influência naquelas que são as condições socioeconómicas dos imigrantes, pois “Muitas empresas, por sua vez, aproveitam-se desta situação para ter trabalhadores sem contratos e a baixos salários. Por vezes também não descontam para a Segurança Social. Neste caso, o trabalhador não tem forma de reclamar (...)”. (PEIXOTO e IORIO, 2011, p. 48).

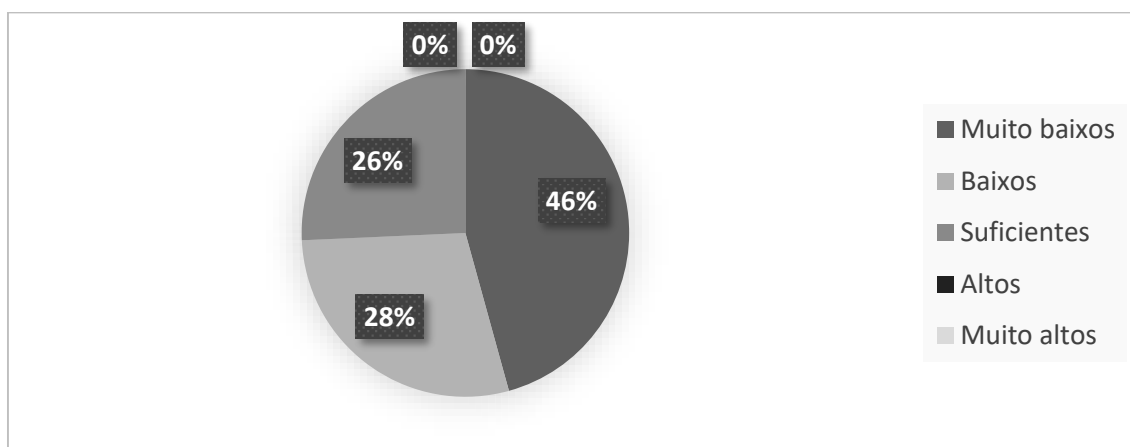
Já no que se refere à população imigrante do sexo feminino apresenta incapacidade para a atividade profissional, possivelmente decorrente da sua situação clínica ou de saúde. ESTELA (2009) refere como exemplos problemas de saúde mental associadas aos primeiros anos de permanência no país, que chegam a evoluir para uma perda de capacidades de integração no mercado de trabalho e conseqüentemente na perda do trabalho e de rendimento. Também foi possível verificar que as mulheres estão em superioridade no que se refere à situação de desemprego (50%) comparativamente ao sexo masculino (29,4%).

Estes dados, nomeadamente os valores referentes ao desemprego, a ausência de contrato de trabalho e a situação de incapacidade temporária, pode indicar a existência de uma situação socioeconómica precária desta população, sendo esta dimensão abordada no próximo ponto referente às condições socioeconómicas e de suporte familiar e/ou institucional.

4.1.2. CARATERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS E DE HABITABILIDADE

No que se refere às condições socioeconómicas referentes aos participantes neste estudo, procurou-se que a população imigrante inquirida pudesse apresentar a sua opinião relativamente aos rendimentos do seu agregado familiar. Assim, regista-se que do total de participantes, nenhum dos utentes declarou apresentar rendimentos altos ou muito altos, concentrando-se as suas respostas nas restantes opções de resposta: rendimentos muito baixos (45,7%) e rendimentos baixos (28,6%) e rendimentos suficientes (25,7%), conforme apresentado no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Opinião da população imigrante quanto ao nível de rendimentos do seu agregado familiar (n=35)



Fonte: Elaboração própria

De acordo com as entrevistas realizadas aos assistentes sociais, a caracterização da condição socioeconómica dos utentes, foi ao encontro da opinião da população imigrante sobre os seus próprios rendimentos. Na generalidade, os relatos dos profissionais atestam que estas pessoas vivem maioritariamente numa situação económica precária, associada à baixa escolaridade, a contextos laborais instáveis e ausência de rendimentos.

“Eu acho que, em geral, é um contexto desfavorecido, é um contexto precário... Ao ver aqui as várias dimensões, acho que elas estão interligadas e acho que era importante dizer isso. Normalmente, são pessoas que vêm, de facto, de um meio socioeconómico desfavorecido (...)” (E2).

Ao realizar o cruzamento dos dados referentes à opinião dos participantes sobre os seus rendimentos com a nacionalidade ou área geográfica dos utentes inquiridos, é possível ainda verificar que os imigrantes provenientes dos PALOP e da Europa de Leste consideram ter rendimentos muito baixos, nomeadamente: 60,9% dos participantes dos

PALOP e 66,7% dos participantes da Europa de Leste. Em comparação, os imigrantes da América do Sul e da Ásia Meridional não declararam ter um nível de rendimentos muito baixos, sendo a maior prevalência de resposta destes grupos nos rendimentos suficientes: 62,5% dos participantes da América do Sul e 100% dos participantes da Ásia Meridional. Estes dados permitem desenvolver algumas teorias explicativas e conclusões face às características da população em estudo e o seu contexto de imigração, nomeadamente, se a opinião dos participantes quanto à sua condição socioeconómica e valores dos rendimentos obtidos depende da situação em que os mesmos se encontravam no seu país de origem; ou seja, apesar deste grupo de participantes apresentarem uma situação laboral e económica precária em Portugal, esta mesma condição pode ser superior ao contexto vivenciado no seu país de origem, o que lhes permite afirmar, de momento, a existência de rendimentos suficientes:

“A integração dos imigrantes dos PALOP e da Europa de Leste em setores de atividade pouco ou nada qualificados foi o resultado de um conjunto de fatores (para além das naturais diferenças salariais entre os países de origem e de destino) derivados quer da evolução dos setores de atividade em que esta componente do fluxo migratório maioritariamente se insere, quer das alterações registadas na política de imigração portuguesa” (VALADAS, GÓIS e MARQUES, 2014, p. 45).

Quanto à tipologia e condições de habitação da população imigrante, foram obtidos os seguintes dados através da aplicação dos questionários, conforme apresentado na tabela seguinte (Tabela 6):

Tabela 6 - Distribuição dos participantes por tipologia de habitação

	Total	
	Contagem	% de N da coluna
Casa própria	7	20,0%
Casa alugada	19	54,3%
Quarto alugado	1	2,9%
Hotel ou Pensão	0	0,0%
Residência em instituição ou casa de acolhimento	1	2,9%
Habitação cedida por familiar	5	14,3%
Habitação ilegal ou casa abarracada	2	5,7%
Total	35	100,0%

Fonte: Elaboração própria

A maioria dos participantes inquiridos, o que corresponde 19 pessoas, reside em habitações alugadas (54,3%), seguindo-se 7 que vivem em casa própria (20%), 5 em habitação cedida por familiares (14,3%), 2 em habitação ilegal ou casa abarracada (5,7%). Uma das pessoas vive ainda num quarto alugado (2,9%) e outra numa instituição ou casa de acolhimento (2,9%). Nenhum dos participantes vive em unidades hoteleira, como hotéis residenciais ou pensões.

Como o questionário não recolheu respostas descritivas quanto às condições de habitabilidade e salubridade, recorreremos ao discurso dos entrevistados para caracterização deste domínio. Sendo os profissionais entrevistados assistentes sociais, cuja elaboração do diagnóstico social recolhe também informações deste âmbito, foi possível constatar através das entrevistas que a caracterização da população imigrante, considerando a tipologia e condições habitacionais, é apresentada como sendo composta por agregados familiares numerosos em habitações exíguas.

“Já atendi aqui várias situações, já atendi assim famílias mais diferenciadas. Depois, há outras situações, ou que vêm por acordo de saúde, têm dificuldade em arranjar emprego, não tem situação laboral estável. Há outros que vêm por iniciativa própria também e que vêm em situações precárias ou que vêm para casa de familiares, e muitas vezes, sem grandes condições de habitabilidade, ou agregados numerosos e até mesmo, fracas condições estruturais.” (E4)

Vários investigadores têm apresentado estudos em que reportam a falta de habitação condigna para a população imigrante. MALHEIROS e FONSECA (2011) denunciam que desde os anos 90 se verifica que um número elevado de cidadãos dos PALOP vive em situações de habitação precárias como, por exemplo, em habitações sem água canalizada, alojamentos sobrelotados, com falta de estruturas básicas, designadamente na Área Metropolitana de Lisboa. ESTRELA (2009) identifica a existência de segregação social da população imigrante, referindo que a localização das habitações se encontra em zonas de periferia e bairros de génese ilegal, enfatizando as precárias condições de habitabilidade, nomeadamente a apresentação de um espaço exíguo e ausência de infra-estruturas.

Aliada a esta dimensão, é referido também a existência de uma boa rede de apoio e suporte familiar por parte de outros membros do agregado ou familiares que também se encontrem no país.

“Em termos de potencialidades nestas populações, há efetivamente, muito apoio familiar, que é a vantagem e que acaba por colmatar aqui alguns problemas, e há uma boa integração cultural” (E1).

E de facto, de acordo com os dados estatísticos apresentados, os participantes que se encontram a residir em habitação cedida por familiar correspondem a 14,3% da amostra inquirida, o que representa presença ou existência de apoio familiar. O apoio familiar tem um papel significativo nas comunidades imigrantes, sendo a reunificação familiar um dos principais motivos para a entrada de estrangeiros em Portugal.

“No que diz respeito ao fluxo migratório, quebrou-se a tendência de subida de novos títulos emitidos (118.124) (...) Os motivos mais relevantes na concessão de novos títulos de residência foram o reagrupamento familiar (35.736)” (SEF, 2020, p. 26-28)

Estes dados colocam em reflexão a possibilidade de que o contexto de imigração desta população poderá suceder de forma desfavorável em termos de regularização, de condições económicas e de possibilidade em adquirir uma habitação condigna, pelo que, o suporte familiar existente permite assegurar o mínimo de condições necessárias, mediante a reestruturação na partilha de quarto ou habitação por outros membros do agregado.

4.1.3. CARATERIZAÇÃO SOCIOCULTURAL

Nesta dimensão, os participantes foram questionados quanto ao domínio da língua portuguesa, tendo por objetivo perceber se as barreiras linguísticas ou a dificuldade de compreensão do idioma seria um fator condicionante para o acesso aos cuidados de saúde ou nos processos burocráticos de regularização da situação documental, conforme referido por alguns autores (PEIXOTO e IORIO, 2011; DIAS [*et al.*], 2011).

Quanto às questões associadas às possíveis barreiras linguísticas, nenhum dos inquiridos afirmou não falar ou não compreender a língua portuguesa. Pelo contrário, 87,7% dos participantes referiu compreender facilmente e apresentar um discurso fluente no idioma português. Estes dados incluíram os participantes de todas as áreas geográficas, sendo que a totalidade dos participantes da América do Sul e da Ásia Meridional responderam afirmativamente a esta opção, não demonstrando qualquer dificuldade na comunicação. As maiores dificuldades são manifestadas por um inquirido da Europa de Leste que considera compreender algumas palavras, mas que não fala português. Os restantes 11,4% afirmam compreender facilmente a língua portuguesa e conseguir dizer algumas palavras.

De acordo com as informações prestadas pelos profissionais nas entrevistas, foi possível identificar constrangimentos referentes à dificuldade na comunicação e barreiras linguísticas existentes com a população imigrante, nomeadamente com os imigrantes da Ásia Meridional, tendo sido referido que estes utentes não comunicam em português e manifestam uma certa dificuldade em expressar-se em inglês, sendo assim difícil estabelecer uma comunicação entre os profissionais e os utentes que recorrem aos serviços de saúde.

“Os novos imigrantes, os asiáticos, ainda é uma situação muito nova, não temos tido muitas, mas o que nós costumamos... já percebemos que o maior obstáculo é a comunicação porque eles não falam português e o português que falam é muito rudimentar” (E1).

“Basicamente eles tentam-se adaptar à nossa realidade, só que a língua, principalmente naqueles que não são dos PALOP, a língua é um obstáculo (...) E se nós não soubermos falar inglês, não conseguimos falar com eles” (E5).

Assim, regista-se uma diferença de percepção dos utentes inquiridos e a dos profissionais, quando à compreensão da língua portuguesa. De acordo com MATIAS e PINTO (2020) mesmo para os imigrantes oriundos de Países de língua portuguesa existem e diferentes dialectos e variações em português, que criam dificuldades na comunicação no país de acolhimento. No entanto, não podemos ignorar que o tempo de permanência no país poderá influenciar a forma como comunicação e compreensão da língua portuguesa é adquirida por cada cidadão estrangeiro independentemente do seu país de origem.

Outro aspeto que se pode analisar através das entrevistas são questões culturais associadas ao processo de integração dos imigrantes.

“Em termos de potencialidades nestas populações, há efetivamente, muito apoio familiar, que é a vantagem e que acaba por colmatar aqui alguns problemas, e há uma boa integração cultural” (E1).

“Em termos culturais, eu acho que em geral são pessoas que tentam manter a sua identidade cultural. Algumas, acredito, e acho que acabam por se aculturar à nossa cultura, mas tentam manter um bocadinho a identidade deles” (E2).

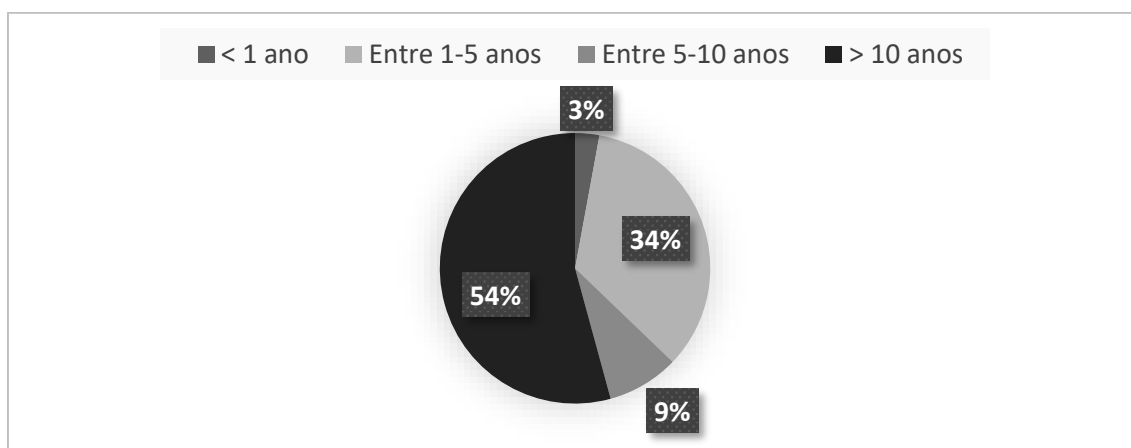
LÉVI-STRAUSS (2008) caracteriza as diferenças culturais como parte integrante do conceito de interculturalismo, segundo o qual deve existir a aceitação e respeito da diversidade existente. Sendo a ação de reconhecimento das diferenças e individualidades expressa através de manifestações culturais e da organização da própria sociedade. Assim, entende-se que o fenómeno da globalização contribui para a intensificação de movimentos migratórios e, conseqüentemente, de contactos interculturais. Neste contexto, assume-se que o fenómeno das migrações internacionais, nomeadamente por novas comunidades e grupos étnicos, reproduz o conceito de mediação intercultural, promovendo o diálogo intercultural com base no respeito mútuo (GIMÉNEZ-ROMERO, 1997; REIS [et al.], 2020).

4.1.4. CARATERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO LEGAL NO PAÍS

A última dimensão de análise referente à caracterização da situação legal está relacionada com o período de residência e permanência dos utentes em Portugal, bem como outras questões ligadas à situação documental no país.

No que se refere aos dados referentes ao tempo de residência (Gráfico 8), a maioria dos utentes está a viver em Portugal há mais de 10 anos (54,3%), sendo estes cidadãos predominantemente oriundos de Africa - PALOP, da Europa de Leste e da Ásia Meridional. Também com alguma expressividade está representado o período de residência em Portugal entre 1 e 5 anos, em que se encontram 34,3% dos participantes, sendo que em maior proporção os imigrantes oriundos da América do Sul.

Gráfico 6 - Tempo de residência e permanência dos utentes inquiridos em Portugal (n=35)



Fonte: Elaboração própria

Segundo os dados do relatório do SEF de 2021, regista-se um aumento significativo dos processos de regularização, com 220.678 residências temporárias atribuídas (que representaram 93% do total de títulos emitidos) e 16.492 residências permanentes.

Estes dados reiteram a informação anteriormente apresentada, uma vez que as renovações dos títulos de residência corroboram a estadia permanente e prolongada dos cidadãos imigrantes em território nacional.

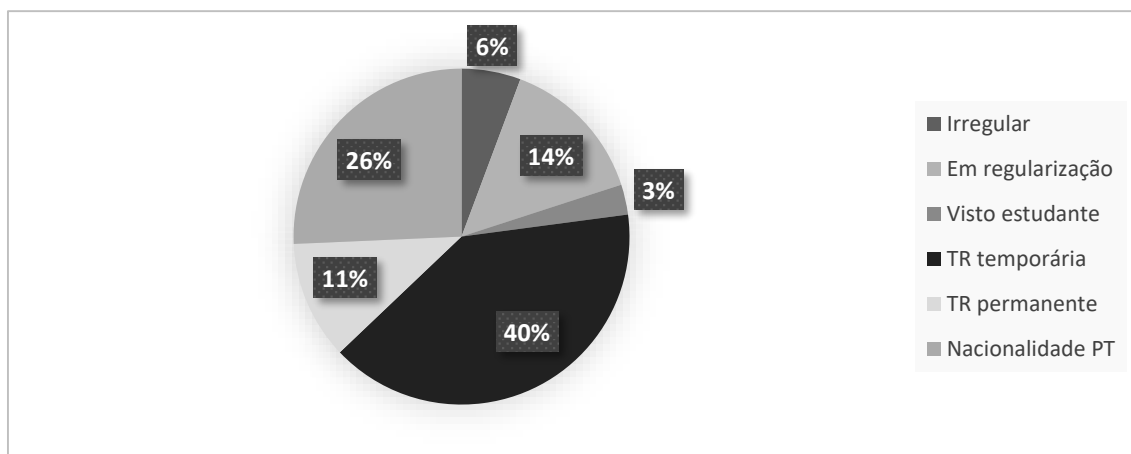
Ainda no âmbito desta dimensão de caracterização da população inquirida, procedeu-se à análise da situação documental da população imigrante que constitui a amostra da presente investigação.

“Os subsequentes processos de legalização e regularização são um indicativo da persistente presença de imigrantes irregulares, tanto os recém-chegados ao carecerem de títulos de residência válidos, como por não conseguir renová-los por falta de um contrato de trabalho que permite a renovação. Em consequência existe um círculo vicioso da irregularidade” (PADILLA e ORTIZ, 2012, p. 178)

De acordo com os dados apresentado no Gráfico 8, é possível observar que a maioria dos inquiridos se encontra em Portugal com título de residência temporária (40%).

Neste sentido, significa que atualmente a perspetiva de permanência dos utentes no país não é de longa duração, face à sua situação documental, que eventualmente poderá ser alterada. Seguidamente encontra-se com maior percentagem de respostas, os utentes que adquiriram nacionalidade portuguesa (25,7%), os utentes que estão em fase de regularização da sua situação documental (14,3%) e os utentes com Título de residência permanente (11,4%). Destaca-se que apenas 5,7% dos utentes se encontra com situação documental irregular em Portugal, o que corresponde a duas pessoas cuja zona geográfica optamos por não mencionar. Por último, verificou-se que uma pessoa oriunda dos PALOP se encontra com visto de estudante (2,9%).

Gráfico 7 - Distribuição dos participantes por situação documental



Fonte: Elaboração própria

Desta forma, os 5 utentes participantes neste estudo que referiram ter iniciado o processo de regularização junto do SEF, estão também em situação documental irregular até terem o seu processo concluído. Associado a isto denuncia-se a morosidade e burocratização destes processos, tal como é validado pelos profissionais entrevistados relativamente a esta dimensão.

“O acesso é muito difícil e muito moroso (...) É preciso muita documentação” (E1).

“A dificuldade no acesso é o principal. E a dificuldade no acesso tem a ver com várias questões, como a burocratização dos processos” (E2).

“O que acontece muitas vezes é a burocracia do contacto e a morosidade dos processos” (E3).

“São processos burocráticos, morosos, muita documentação” (E4).

A situação de irregularidade documental dos cidadãos imigrantes proporciona certos impedimentos ao nível do acesso a determinados bens e serviços, nomeadamente pela inexistência de número de utente do SNS, que constitui um constrangimento ao nível do acesso à medicação comparticipada e a respostas no âmbito da saúde, como é o caso da referenciação à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

“depois em termos da prescrição de produtos de apoio, comparticipação na medicação, acesso e encaminhamento para prestações sociais que podiam ajudar em termos de algumas despesas, depois já a condicionar porque não tendo a situação regularizada” (E4).

No entanto, e tal como confirmado pelos profissionais em entrevista, o acesso aos cuidados de saúde é sempre garantido, independentemente da situação documental dos cidadãos que recorrem às instituições hospitalares ou CSP.

4.2. INFORMAÇÃO E ACESSIBILIDADE AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADA À POPULAÇÃO IMIGRANTE

Este segundo ponto de análise dos dados estatísticos e qualitativos pretende evidenciar as condições de acesso da população imigrante aos cuidados de saúde, e mais concretamente, averiguar a aplicabilidade das medidas de política, os fatores que potenciam ou que impedem o acesso a esses cuidados e ao direito à saúde.

4.2.1. PROMOÇÃO DO ACESSO AOS CUIDADOS E TRABALHO EM PARCERIA

A opinião dos profissionais relativamente às medidas de política existentes para a promoção do acesso à saúde reforça a falta de aplicabilidade e adequação ao contexto vivenciado no quotidiano e na intervenção concreta. Um dos pontos evidenciados foi a atribuição do nº de utente do SNS, sendo um contributo fundamental no acesso aos cuidados de saúde.

“Eu acho que as medidas são boas, só que depois não são efetivas. Pronto, mas eu acho que sim, acho que está muito bem feita a legislação, acho que estão previstas todas as hipóteses que podem eventualmente ajudar estas pessoas, só que depois demoram tanto tempo que depois não é eficaz” (E1).

“são feitos os devidos encaminhamentos, mas depois, pelas burocracias e pelas exigências inerentes ao processo de legalização, não é facilitador para a programação da alta” (E3).

Dos 35 participantes a quem foi aplicado o questionário, apenas 2 participantes (5,7%) referem não apresentar número de utente do SNS. No entanto, quando questionados sobre o acesso aos cuidados de saúde, todos os participantes confirmam ter esse direito assegurado. Destaca-se que dos utentes que não têm número de utente do SNS, um encontra-se em processo de regularização da sua situação documental e outro tem visto de estudante, contrariamente ao que se supôs que seriam os imigrantes em situação documental irregular.

Em contexto da pandemia COVID-19, com a criação de número de utente do SNS provisório, como anteriormente foi mencionado, o acesso a determinados serviços e cuidados de saúde constituiu-se acessível a todos.

“Em particular, no contexto da pandemia, a resposta pode ser um pouco ultrapassada, porque foi possível a criação de um número de serviço nacional de saúde provisório, garantindo aqui um bocadinho e facilitando um bocadinho o acesso aos cuidados globais de saúde e ao acompanhamento dos doentes neste contexto de pandemia” (E3).

Ainda que mencionada a garantia no acesso aos cuidados de saúde, questionaram-se os participantes quanto à necessidade de pedido de apoio para esclarecimento ou obtenção de alguma informação sobre este acesso, sendo que 25 participantes responderam de forma afirmativa (71,4%).

Perante este número considerável, pretendeu-se obter mais informações sobre qual o tipo de ajuda e apoio solicitado pelos utentes. A frequência de respostas mais evidente foi contabilizada na categoria: Serviço Social do HGO (92%) e Família/Amigos (68%). Na tabela seguinte (Tabela 7) é possível verificar a frequência de respostas positivas e negativas para cada tipo de apoio.

Tabela 7 - Frequência de pedidos de apoio por tipo de suporte

Síntese das fontes de procura de apoio para orientação ou informação sobre acesso a cuidados de saúde

		N	% de N
Pedido de apoio para orientação ou informação sobre acesso a cuidados de saúde	Sim	25	71,4%
	Não	10	28,6%
	Total	35	100,0%
Família / Amigos	Sim	17	68,0%
	Não	8	32,0%
	Total	25	100,0%
Entidade empregadora / Instituição de ensino	Sim	0	0,0%
	Não	25	100,0%
	Total	25	100,0%
Associações locais de imigrantes	Sim	2	8,0%
	Não	23	92,0%
	Total	25	100,0%
Consulados / Embaixadas do país de origem	Sim	1	4,0%
	Não	24	96,0%
	Total	25	100,0%
Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)	Sim	3	12,0%
	Não	22	88,0%
	Total	25	100,0%
Serviços de ação social	Sim	10	40,0%
	Não	15	60,0%
	Total	25	100,0%
Serviço Social da USF da zona de residência	Sim	2	8,0%
	Não	23	92,0%
	Total	25	100,0%
Serviço Social do Hospital Garcia de Orta	Sim	23	92,0%
	Não	2	8,0%
	Total	25	100,0%

Fonte: Elaboração própria

As entidades que foram mencionadas com maior frequência (Serviço Social do HGO, Ação Social e Família/Amigos) constituem a principal rede de apoio dos utentes, sendo a referência que os mesmos apresentam para solicitar ajuda em caso de necessidade. Quanto à rede de suporte familiar é entendível o seu peso e importância na vida do utente; os profissionais que foram mencionados representam as entidades com maior proximidade e com maior contacto face à situação e problemática apresentada.

Por oposição, com menor frequência, verifica-se que a entidade empregadora não apresenta respostas positivas, seguida dos consulados/embaixadas (com uma resposta positiva), as associações locais de imigrantes (com duas respostas positivas) e o serviço social dos cuidados de saúde primários (igualmente com duas respostas positivas).

A frequência destas respostas sugere que a proximidade dos cidadãos com estas instituições da comunidade não seja acessível ou que a confiança que os mesmos depositam na sua intervenção não seja aceitável para confidenciar ou solicitar apoio.

De acordo com os dados recolhidos em entrevista, as respostas foram unânimes ao nível dos principais parceiros em articulação e no trabalho em parceria, sendo estes: o CLAI do Laranjeiro e o SEF.

“As instituições que eu articulo mais é o CLAI do Laranjeiro, o SEF como é óbvio, e tenho utilizado agora recentemente, aliás, mais vezes, as traduções telefónicas diretas do Alto Comissariado para as Migrações” (E1).

“As principais, de facto, é o SEF e o CLAI. Também articulamos pontualmente com as unidades de saúde, com a Segurança Social, às vezes para números da Segurança Social, mas em termos da regularização em si, normalmente é o SEF e o CLAI” (E2).

“tem sido fundamentalmente, com o SEF e com os centros locais de apoios aos cidadãos estrangeiros” (E3).

“o centro de saúde, o centro local de apoio ao imigrante, o SEF, a ação social” (E4).

Relativamente à concreta articulação entre as diferentes entidades, a opinião dos profissionais reflete que os Assistentes Sociais são os únicos elementos em comunicação nas instituições. E mencionam, ainda, a burocratização e dificuldade de articulação com instâncias superiores, como o SEF.

“A única articulação entre serviços é o Serviço Social, porque de resto não há comunicação entre os serviços” (E1).

“a articulação com o SEF é essencialmente uma articulação por e-mail, ou seja, há pouco contacto. Com o SEF não é uma articulação fácil” (E2).

Desta forma, contextualiza-se que a intervenção do Serviço Social com a população imigrante resulta nas relações de parceria com as entidades de apoio e acompanhamento dos cidadãos, no âmbito das medidas de política e quadro legal existente (MARTINS, 2015).

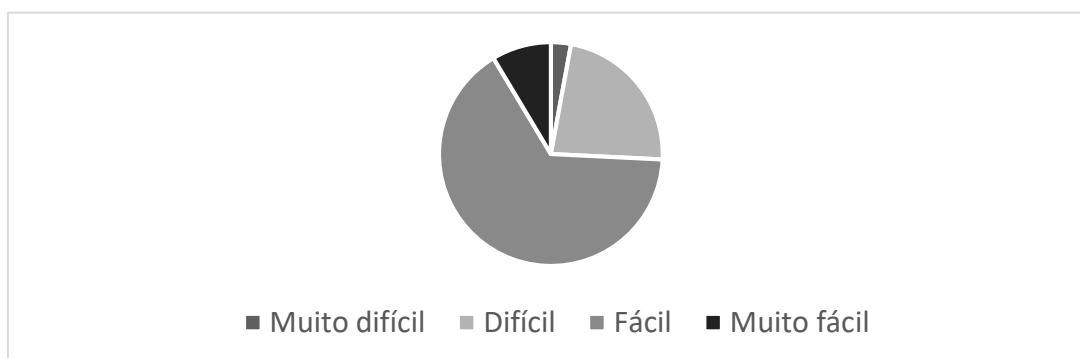
4.2.2. FATORES QUE POTENCIAM O ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Quanto à existência de fatores que facilitem o acesso aos cuidados de saúde da população imigrante foi possível apurar, através das entrevistas com os profissionais que a comunicação é um aspeto extremamente importante neste processo, sendo esta informação reiterada pelos dados recolhidos através do inquérito aos utentes.

“já percebemos que o maior obstáculo é a comunicação porque eles não falam português e o inglês que falam é muito rudimentar” (E1).

Sendo a comunicação a base para a compreensão e conseqüente ligação à acessibilidade dos cuidados de saúde, questionou-se os utentes sobre essa vertente, tendo sido possível verificar que a maioria das pessoas inquiridas (65,7%) referiu ser fácil a compreensão da informação prestada para o acesso aos cuidados de saúde, como é possível verificar no gráfico seguinte (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Acessibilidade à compreensão da informação



Fonte: Elaboração própria

Foi ainda mencionado pelos profissionais a existência de uma rede de apoio e suporte familiar característica de certos grupos populacionais, nomeadamente, os cidadãos imigrantes provenientes dos PALOP, permitindo assim a facilitação no acesso aos cuidados de saúde, uma vez que a retaguarda familiar constitui um elemento importante no esclarecimento e apoio ao nível destes processos.

“Em termos de potencialidades nestas populações, há efetivamente, muito apoio familiar, que é a vantagem e que acaba por colmatar aqui alguns problemas, e há uma boa integração cultural” (E1).

Como fator complementar facilitador do acesso aos serviços, foi identificado também a intervenção social com a população imigrante, nomeadamente, as diligências efetuadas, o encaminhamento realizado em função das necessidades do utente e da família, e ainda, a articulação que é estabelecida com outras instituições da comunidade, de forma a permitir uma continuidade de resposta futura.

“Uma vez que têm acesso aos cuidados globais de saúde, provavelmente, tendo contacto connosco, e tendo contacto para a programação de uma diligência pós-alta, os contactos são facilitadores em articulação com outras instituições da comunidade” (E3).

A comunicação na área da saúde compreende-se fundamental no que respeita ao acesso de informação necessária respeitante aos cuidados de saúde e direitos existentes na procura dos serviços prestadores (SILVA, JÓLLUSKIN e CARDOSO, 2020). Neste enquadramento, AHMANDINA [et al.] (2021) salientam que o acesso aos serviços de saúde pode ser dificultado por fatores associados a questões linguísticas, culturais e barreiras nos processos administrativas que os imigrantes enfrentam, bem como a falta de literacia em saúde e baixos níveis de escolaridade. Enquanto forma de comunicação e prevenção de conflitos em contextos de prestação de cuidados de saúde, JÓLLUSKIN e SILVA (2021) revelam que há uma baixa literacia em saúde em Portugal quer na população quer mesmo por parte de alguns profissionais e estudantes na área da saúde. Os autores afirmam que literacia em saúde deve ser entendida como “um recurso para se ter e para se construir ativamente a própria saúde e a saúde da comunidade em que se está inserido” (JÓLLUSKIN e SILVA, 2021, p.22).

De facto, a comunicação assume um valor importante quer na intervenção social (BESTEIRO, 2013) quer como potenciador de melhores processos de integração e acesso a direitos por parte da população imigrante (MARTINS, 2012).

Neste sentido, comunicar de forma clara, pedir feedback ao utente, incentivar que o mesmo faça questões, monitorizar a eficácia do processo de comunicação, bem como “conhecer e utilizar bases de recursos disponíveis para comunicar com utentes que não falem a sua língua” (JÓLLUSKIN e SILVA,2021, p.25) são passos e ferramentas que contribuem para um melhor acesso aos cuidados de saúde.

4.2.3. FATORES QUE LIMITAM O ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

De acordo com os dados recolhidos através dos questionários relativamente à opinião dos utentes quanto à existência de dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, constata-se que 94,3% dos inquiridos referem não existir contrangimentos a esse nível.

Os dois utentes (5,7%) que referiram sentir dificuldades no acesso aos cuidados de saúde são pessoas adultas em idades ativa com número de utente do SNS, tendo uma o ensino básico com nível de escolaridade e outra o ensino superior. São ainda, de diferentes sexos e oriundos de países e zonas geográficas diferentes. Quanto à situação laboral também se encontram diferenças, sendo que uma das pessoas é trabalhadora com contrato de trabalho e outra está desempregada. Uma das pessoas declara ter casa própria e outra viver em casa de familiares, bem como uma delas afirma que os seus rendimentos são suficientes e outra que são muitos baixos. Quando ao domínio da língua portuguesa uma das pessoas afirma que compreende facilmente e consegue dizer algumas palavras, enquanto a outra considera que tem um discurso fluente. Por fim, no que se refere à situação documental e tempo de residência, uma das pessoas tem nacionalidade portuguesa e está há mais de 10 anos em Portugal, enquanto a outra tem título de residência temporária e reside em Portugal num período compreendido entre 1 e 5 anos.

A análise exaustiva destas variáveis serviu para concluirmos que através dos dados recolhidos não podemos apresentar um perfil ou conjunto de aspetos que conduzam à afirmação de características que contribuam para a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde. Isto leva-nos a refletir que até pessoas com uma longa permanência, nacionalidade portuguesa e um nível de escolaridade superior, podem estar limitadas no acesso aos serviços e cuidados de saúde, contrariando um perfil muitas vezes avançado do cidadão com baixa escolaridade ou recém-chegado ao país de acolhimento.

No entanto, segundo a perspetiva dos profissionais, existem fatores que limitam o acesso dos utentes imigrantes aos cuidados de saúde sendo estes relacionados com a burocratização dos processos, sejam estes processos de atribuição do número de utente, para a regularização no SEF, e mesmo, para os encaminhamentos das estruturas da comunidade.

“Acho que o principal seria isso, a desburocratização dos processos de regularização. Torná-los mais acessíveis às pessoas que necessitam deles” (E2).

“Os processos são demorados, e demasiado burocráticos (...) O que acontece é que o que está escrito, muitas vezes, não coincide com aquilo que é o tempo útil para a pessoa ter acesso a esse processo de legalização. Vemos isso em particular com algumas questões relacionadas com as marcações dos atendimentos no SEF, com os pedidos de NISS, com a marcação de atendimento nos serviços” (E3).

“As limitações têm muito a ver com a questão dos encaminhamentos para as respostas previstas depois para a programação da alta hospitalar. Ou seja, são feitos os devidos encaminhamentos, mas depois, pelas burocracias e pelas exigências inerentes ao processo de legalização, não é facilitador para a programação da alta” (E3).

“São processos burocráticos, morosos, muita documentação. Às vezes é por também ter a condição de recursos para permanecer, o que muitos não conseguem” (E4).

A exigência de documentação necessária para qualquer resposta deste nível constitui um fator de limitação ou condicionante no acesso imediato aos cuidados de saúde. E a maior preocupação dos profissionais centra-se, particularmente, na incompatibilidade destes processos com a gestão do internamento hospitalar ou intervenção em contexto de urgência/ambulatório, uma vez que existem prazos bastante delimitados, e para os quais estes processos não apresentam resposta em tempo útil.

“Nós, no hospital, temos uns timings. Os processos de regularização não se coadunam, esses timings, de todo, com os nossos timings. (...) Nós precisamos das camas, precisamos de planear a alta e no SEF ou onde quer que seja, não querem, não lhes interessa minimamente” (E2).

A situação de ilegalidade, isto é, a falta de documentos de regularização da situação do imigrante no país de acolhimento, reflete-se em questões éticas, pois a legislação e as normas impendem ou restringem o acesso a direitos fundamentais (MAESTRE, 2016). Esta é uma questão jurídica, mas também uma questão ética e humanitária.

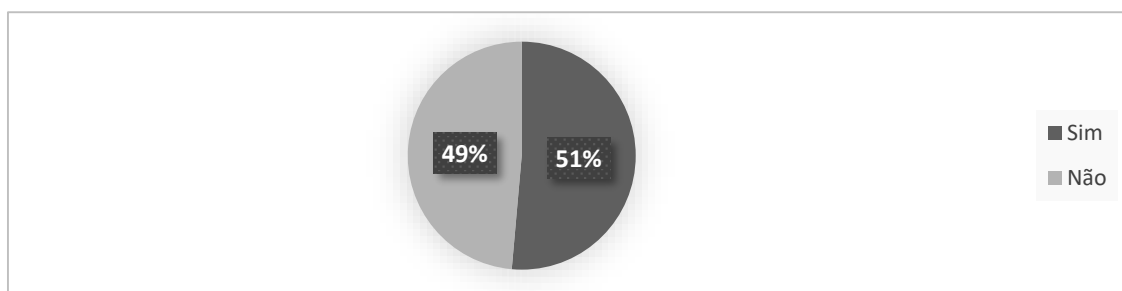
Neste sentido, o acesso aos cuidados e serviços de saúde e promoção do bem-estar físico e social do imigrante, contribuem para a criação de melhores condições de vida e uma melhor integração social no país de acolhimento. Consequentemente, a falta de acesso aos cuidados e serviços de saúde terão consequência não apenas diretas para a pessoa, mas também se estendem ao núcleo familiar e à comunidade onde vive (CASQUILHO-MARTINS e FERREIRA, 2022).

4.3. MEDIDAS E INTERVENÇÃO SOCIAL PARA ACESSO E PROMOÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO IMIGRANTE

4.3.1. DIREITOS DA POPULAÇÃO IMIGRANTE EM PORTUGAL

A perceção dos imigrantes quanto à existência e informação dos seus direitos em Portugal apresenta-se em duas posições opostas, sendo que, num total de 35 participantes, 18 afirmaram ter conhecimento dos seus direitos em Portugal; e 17 apresentaram uma opinião contrária (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Conhecimento sobre os direitos em Portugal

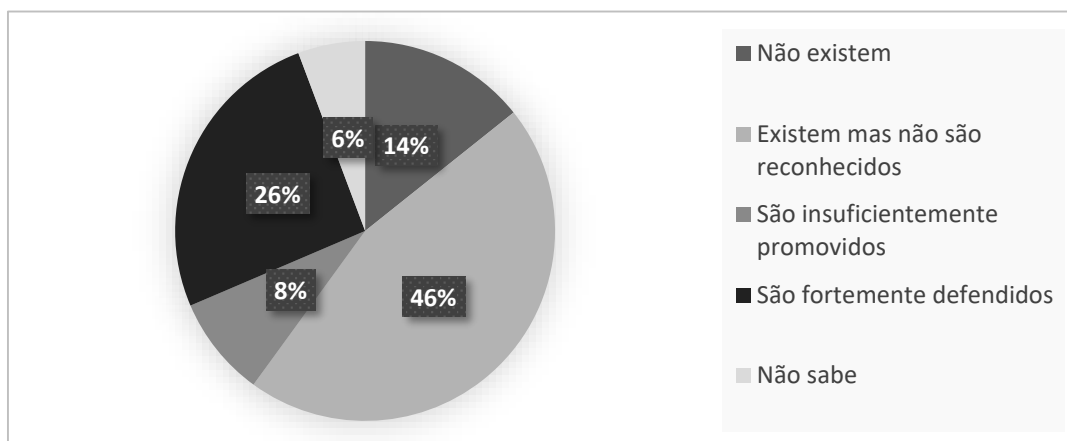


Fonte: Elaboração própria

Esta divisão bastante acentuada é representativa da dúvida e questionamento existente face à igualdade de direitos dos cidadãos que recorrem aos serviços de saúde.

De forma a abordar mais pormenorizadamente este tema e apurar a opinião dos participantes quanto à existência dos seus direitos, foi possível distinguir diferentes tipologias de respostas, sendo que a opinião mais frequente consistiu na seguinte opção: “Existem, mas não são reconhecidos/divulgados” (com 45,7%), tal como se encontra representado no gráfico abaixo (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Opinião sobre os direitos da população imigrante em Portugal



Fonte: Elaboração própria

A existência de direitos para todos os cidadãos encontra-se devidamente enquadrada na DUDH (nomeadamente, o direito à saúde consta no Art. 25.º), no entanto, e de acordo com a opinião dos participantes deste estudo, apesar de não ser equiparada nem consistente na totalidade da amostra, representa uma perspetiva maioritariamente negativa quanto a este parâmetro.

Os dados anteriores permitem, assim, considerar o resultado da confrontação das medidas de política existentes face ao contexto da imigração e a sua aplicabilidade na realidade e contexto de vida dos cidadãos.

“É inegável que os planos para a integração dos imigrantes são um instrumento importante de intervenção política, nomeadamente porque fazem uma sistematização das medidas escolhidas por várias instituições para promover a integração dos imigrantes residentes em Portugal” (COSTA, 2016, p. 57)

A pesquisa e levantamento de dados concretos face a esta problemática, possíveis de obter através de estudos desta natureza ou com finalidade estatística, asseguram que o desenho das medidas de política e a intervenção neste domínio esteja direcionado para fazer face aos constrangimentos da população imigrante, e nomeadamente, possibilitar “o reconhecimento da igualdade de direitos económicos, sociais e culturais, e pelo alargamento dos direitos políticos” (CASQUILHO-MARTINS, 2015, p. 64).

Consequentemente, esta orientação estrutural confere vantagens e cria potencialidades ao nível das condições de acesso ao mercado de trabalho, na educação e na saúde.

Tabela 8 - Opinião sobre os direitos da população imigrante em Portugal, por área geográfica

	África - PALOP	América - América do Sul	Europa - Europa de Leste	Ásia - Ásia Meridional
	%	%	%	%
Não existem ou não se aplicam	13,0%	12,5%	33,3%	0,0%
Existem, mas não são reconhecidos/divulgados	47,8%	50,0%	33,3%	0,0%
São insuficientemente promovidos	13,0%	0,0%	0,0%	0,0%
São fortemente defendidos pelos profissionais e instituições	26,1%	25,0%	0,0%	100,0%
Não sabe/Não responde	0,0%	12,5%	33,3%	0,0%

Fonte: Elaboração própria

Nesta tabela (Tabela 8), onde estão representadas as diferentes áreas geográficas dos participantes, é possível analisar a disposição e frequência de respostas, nomeadamente refletir sobre a incidência na opção “Existem mas não são reconhecidos”, por parte dos imigrantes dos PALOP (47,8%) e da América do Sul (50%), sendo esta a resposta mais significativa de ambos os grupos; de realçar também a ausência de resposta dos imigrantes da Europa de Leste nas opções: “São insuficientemente promovidos” e “São fortemente promovidos”, o que pressupõe que estes participantes considerem que os seus direitos não são, de facto, assegurados.

4.3.2. CARATERIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE IMIGRAÇÃO E DE MEDIDAS DE ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE AOS CIDADÃOS IMIGRANTES

Dos 35 participantes, apenas 5 indicaram não saber ou não ter contributos a dar, pelo que se procedeu a análise de conteúdo das respostas abertas de 25 participantes sobre que medidas deveriam existir para melhorar a promoção do direito à saúde dos imigrantes em Portugal. Destaca-se que 2 dos participantes que responderam à questão não quiseram fazer recomendações, pois referem que são bem atendidos e que em Portugal a situação é melhor que em outros países.

A falta de apoio cidadãos imigrantes em diferentes domínios foi a principal questão apontada pelos utentes e para as quais deveriam ser criadas medidas que respondessem eficazmente às necessidades das pessoas. Porém, essa falta de apoio desdobra-se em subcategorias de análise, especificando situações distintas. Por exemplo, destaca-se que alguns participantes se referem a questões associadas a uma situação financeira vulnerável.

“Era importante haver apoios para as pessoas que são dependentes e precisam de ajuda. Também quando temos muitas crianças, é difícil ter apoios, pagar consultas e ir ao médico” (P10).

“Para a saúde não sei, só a Segurança Social é que dá pouca ajuda às pessoas. Mas todas as pessoas conseguem vir ao hospital.” (P13).

“Diminuir o valor das consultas e exames, isso ia ajudar. Eu pago muito sempre que vou ao Hospital, e é por isso que não vou mais vezes, porque eu não posso” (P21).

Estes testemunhos alertam-nos que poderá haver dificuldades financeiras com consequências no acesso aos cuidados de saúde dos cidadãos imigrantes, mesmo que em Portugal existam medidas para que o direito à saúde seja efetivado. Esta situação já tinha sido explorada em alguns estudos (e.g. PADILLA RODRIGUES, LOPES e ORTIZ, 2018; CASQUILHO-MARTINS e FERREIRA, 2022) que reportam que a operacionalização dos direitos por parte dos serviços públicos de saúde nem sempre é concretizada.

“Por exemplo, no meu caso, estive hospitalizada com um problema de saúde, onde fui muito bem tratada e disso não tenho razões de queixa, mas houve problemas a tratar da minha baixa médica, e por isso, tenho que pagar consultas e exames, o que é muito difícil para mim.” (P08).

Outro aspeto relacionado com uma condição de vida socioeconómica precária em que muitos dos cidadãos imigrantes vivem está vinculada com a inserção no mercado de trabalho, bem como com os processos de regularização de documentos no SEF.

“Só acho que devia ser dado oportunidades de trabalho às pessoas. Eu só queria trabalhar, dêem-me trabalho.” (P06).

“Acho que devia ser dada oportunidade às pessoas de contribuir para o país, quando têm vontade de trabalhar, e ter acesso aos cuidados de saúde.” (P09).

“Quando os documentos demoram muito tempo no SEF, porque já estamos à espera há meio ano. Eu também não tinha trabalho antes e não podia ajudar. O dinheiro era muito pouco para pagar os medicamentos. Era nisso que podiam ajudar” (P22).

Desta forma, reforça-se uma vez mais o papel do SEF na vida dos cidadãos imigrantes e a dependência destes serviços para que possam por via da documentação regularizada exercer e aceder aos seus direitos.

“Uma melhor resposta para tratar dos documentos dos imigrantes” (P03).

“Um maior apoio na legalização, para poder ter autorização de residência” (P05).

Como vimos anteriormente pelo discurso dos assistentes sociais entrevistados, as relações com o SEF são fundamentais para reunir recursos básicos para que as pessoas possam aceder livremente a diferentes serviços. Neste sentido, entende-se que os processos e diligências validados pelo SEF contribuem para a garantia de direitos da população imigrante, nomeadamente, na facilitação do acesso a determinados bens e serviços, que estariam inacessíveis perante uma situação de irregularidade documental no país (NASCIMENTO, 2014; SILVESTRE, 2010; COSTA, 2019). Por outro lado, a falta de apoio também se estende à continuidade no acesso aos cuidados de saúde. Alguns dos utentes sentem que não têm ajuda e que as medidas deveriam garantir esse suporte aos cidadãos imigrantes, principalmente quando a sua situação de vulnerabilidade é agravada por questões de saúde.

“É tudo muito difícil e ninguém quer ajudar” (P01).

“Se eu não tivesse o apoio da minha família ia ser muito difícil, porque tenho uma limitação e dificuldade em andar, e quando eu preciso de alguma coisa, de marcar consultas no hospital, de fazer tratamentos ou de falar com o médico de família não consigo, é muito complicado” (P14).

“Eu fiquei com sequelas deste internamento e fiquei muito mal, não consigo fazer muita coisa em casa. Então acho que isso era uma coisa a melhorar, quando vissem pessoas como eu, que precisam de ajuda, as coisas serem diferentes e haver logo respostas disponíveis” (P24).

As limitações inerentes à situação de saúde têm implicações ao nível da mobilidade e da autonomia dos doentes, e segundo a opinião dos próprios, a nova condição de dependência constitui um impedimento no acesso a determinadas respostas, sendo necessário recorrer a outros apoios. Neste sentido, manifestam encontrar-se numa situação de desproteção.

Por outro lado, a falta de respostas a este nível deve-se à ausência ou insuficiência do acompanhamento pós-hospitalar, constituindo uma lacuna no âmbito da continuidade de acesso aos cuidados de saúde. No entanto, esta situação não depende diretamente da situação documental dos cidadãos, uma vez que se trata de um défice a nível estrutural, este produz impacto, na generalidade, a todos os utentes que recorrem aos serviços de saúde.

Numa dimensão de análise diferente, encontram-se os comentários referentes aos serviços de saúde, tendo sido o tempo de espera no acesso aos serviços de saúde o motivo que gerou mais críticas dos participantes e para o qual gostariam de ver medidas operacionalizadas de forma mais eficaz. A questão do tempo de espera é sobretudo mencionada no que se refere às consultas:

“Em questões de saúde, não tenho tido problemas, a não ser o facto de esperar muito tempo para ter uma consulta” (P12).

“Só em relação à demora na marcação de consultas, principalmente no Centro de Saúde. Mas com a medicação funciona muito bem, sempre que preciso os médicos enviam-me as receitas por e-mail” (P15).

“Diminuir o tempo de espera entre as consultas. Há consultas de rotina que são importantes e demoram muito tempo a ser marcadas” (P20).

Deste testemunho temos de dar destaque a pessoas que desistem ou deixam de ter acesso aos cuidados de saúde devido à morosidade das consultas. Esta questão assume-se grave pois pode colocar os cidadãos em grave risco de vida, caso não tenham alternativas. Sendo a saúde um domínio verdadeiramente importante e imprescindível na vida do ser humano, este não deve ser colocado de parte ou subjugado em segundo plano, mas sim priorizado em função da gravidade da situação, e em detrimento de outras prioridades.

“Eu estou a aguardar um transplante há quase 7 anos, é muito tempo e o dinheiro é muito pouco” (P27).

“Não recorri ao SNS por ausência ou demora nas respostas” (P31).

Por outro lado verifica-se que algumas pessoas são forçadas a ter de recorrer ao setor privado, tendo, no entanto, de ter recursos financeiros para tal, pois o SNS não consegue dar resposta, designadamente nos exames que são fundamentais como complemento às consultas, diagnóstico, tratamento e avaliação clínica.

“A demora nos exames. Porque eu sou seguida no Hospital, e quando a médica prescreveu um exame que era urgente, não havia vaga, e tive que fazer o pagamento particular para conseguir” (P25).

CASQUILHO-MARTINS e FERREIRA (2022) também já tinham identificado que apenas um número reduzido de utentes afirmou ter recorrido aos serviços de saúde públicos para questões relacionadas com a COVID-19. Isto deve-se a muitos dos cidadãos imigrantes desconhecerem as medidas de acesso aos serviços de saúde ou devido à falta de documentação, nomeadamente por não ter número de utente do SNS. Os testemunhos dos utentes inquiridos neste estudo também referem algumas destas limitações no seu discurso, apelando a que sejam criados processos facilitadores de uma informação verdadeiramente acessível aos utentes e menos burocrática.

“Não ter o nº de utente do SNS influencia o acompanhamento médico que podemos ter, dificulta ainda mais para os imigrantes, porque para nós é mais difícil” (P28).

Outros aspetos relacionados com o serviço prestados pelos estabelecimentos de saúde estão relacionados com a ausência de resposta nos cuidados de saúde primários, designadamente a falta de atribuição de médico de família, e com a preferência de continuidade de acompanhamento no hospital.

“Existir um maior acompanhamento nas questões de saúde, porque no meu caso por exemplo, deixei de ter médico de família e nunca mais tive.” (P30)

“Deveria ser revista a possibilidade de acompanhamento do doente no hospital” (P32)

O que se verifica é que os utentes querem que seja prestado um melhor serviço público de saúde no que se refere número de profissionais de saúde, inclusive nos cuidados de saúde primários, que consideram ser manifestamente insuficientes.

A questão da falta de médicos no SNS tem sido um tema muito debatido na atualidade e explorada nos meios de comunicação social, considerando a privação dos cidadãos

aos cuidados de saúde a que teriam direito.²⁹ Por fim, destaca-se que um dos participantes refere que alguns dos constrangimentos na operacionalização das medidas não depende de Portugal, mas das regras dos acordos entre os países.

No que se refere aos dados recolhidos através da entrevista, a opinião dos profissionais foi unânime ao nível da caracterização das medidas de imigração e no consequente acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Foi referido que a existência de processos documentais e burocráticos dificultam e tornam inacessível este direito a muitos cidadãos. Consequentemente, retratam a morosidade na resposta processual, que é incompatível com a necessidade e emergência de acesso a estes serviços de saúde.

“Da minha experiência, eu acho que a nossa população tem muita dificuldade no acesso às políticas de regularização no país” (E2).

“na minha opinião tem sido assegurado o acesso à assistência prestada no hospital, muitas vezes vendo vedado o acesso às respostas de saúde e aos encaminhamentos que são necessários, pelo contexto da ilegalidade” (E3).

Apesar de constituir um direito e este não ser negado, a dimensão da saúde contempla vários parâmetros, não se resumindo apenas à possibilidade de atendimento médico ou avaliação por especialidade, pelo facto de abranger outras respostas de âmbito mais alargado, como a comparticipação da medicação, o ingresso na RNCCI e outros apoios que sejam fundamentais para o pleno acesso à saúde.

“Todo o contexto social se for precário, em termos de cumprimento terapêutico ou da adesão pode estar mais comprometido” (E4).

“Seja ilegal ou legal, eles têm sempre direito e acesso à saúde, não lhes é vedado esse acesso. Esse acesso é sempre garantido” (E5).

Esta opinião traduz a incompatibilidade das medidas de política com a realidade e com o contexto da população imigrante, sendo que os principais constrangimentos são descritos com a população imigrante em situação irregular, uma vez que dependem da evolução dos processos de legalização para assegurar a existência de respostas e o acesso a determinados serviços de saúde.

²⁹ INÁCIO, Ana. Uma escusa é uma denúncia, que é um direito fundamental da democracia. Diário de Notícias, 11 de agosto de 2022. Disponível em: <https://www.dn.pt/sociedade/uma-escusa-e-uma-denuncia-que-e-um-direito-fundamental-da-democracia-diz-bastonario--15086863.html>. Acesso em 12/08/2022.

4.3.3. INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E CONTRIBUTOS PARA O ACESSO E PROMOÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

A intervenção social na área da saúde passa por diferentes níveis de mediação, ancorados na promoção da liberdade, da dignidade humana e na defesa dos Direitos Humanos. Podem ser destacadas algumas especificidades associadas à intervenção do assistente social em contexto hospitalar, dado que a doença agrava a condição de vida e o bem-estar da pessoa, refletindo-se noutras dimensões de vida. Para MAESTRE (2016) as políticas de imigração condicionam a intervenção social aos níveis micro e meso que se encontra numa encruzilhada, dado que se por um lado os serviços sociais devem acolher, estabilizar, promover vínculos e criar capacidades, por outro lado as medidas condicionam esta intervenção. Desta forma, este ponto pretende explorar a intervenção do Serviço Social hospitalar com a população imigrante, apresentando os contributos extraídos do discurso dos profissionais e dos utentes.

Dos 35 participantes, somente 2 não contribuíram com nenhuma informação ou resposta à questão colocada. Nesse sentido, foi realizada a análise de conteúdo das respostas abertas de 33 participantes, relativamente à intervenção dos assistentes sociais na área da saúde. A principal referência mencionada nas respostas obtidas consistiu, sobretudo, no apoio à resolução da situação particular de cada utente, tendo-se registado 31 respostas neste âmbito, sendo que em 2 das respostas foi referido um historial de pedidos de apoio a diversas entidades, e, portanto, conclui-se que a intervenção do Serviço Social hospitalar foi uma intervenção de última linha em situação de emergência.

“Foi a doutora a única pessoa que me ajudou. Fui ao centro de saúde e mandaram-me para aqui, lá não ajudam em nada” (P01).

“Se não fosse a assistente social ninguém me tinha ajudado e eu ia para casa” (P02).

Das restantes respostas, mencionando o apoio do Serviço Social, foi possível especificar com maior detalhe a área ou domínio de intervenção, nomeadamente: 4 participantes abordaram o apoio social ao nível da regularização documental.

“A assistente social ajudou-me com os meus documentos, porque contactou com o SEF e isso foi muito importante para mim, se não estaria até agora à espera disso” (P12).

“São importantes para ajudar a resolver o problema dos documentos, estas situações que ficam à espera” (P28).

Ressalva-se também a existência de 1 resposta no âmbito do apoio para a medicação.

“A assistente social foi importante para me ajudar a ter apoio com a medicação” (P05).

Com um valor substancialmente significativo, apresentam-se 8 respostas ao nível do apoio com pagamentos relacionados com despesas de saúde, entre os quais, as orientações para apoios sociais e diligências para aquisição de atestado de incapacidade multiuso/junta médica.

“Ajudar na isenção dos pagamentos com a saúde” (P08).

“Nas situações de baixa médica, onde é preciso algum apoio da Segurança Social, os assistentes sociais podem ajudar nessa articulação, pois não conseguimos trabalhar nem ter rendimentos para pagar as nossas dívidas” (P09).

“Para ajudar com as baixas médicas e a articular com a Segurança Social” (P35).

As restantes respostas que foram também categorizadas, de uma forma geral, mencionaram o esclarecimento de informações, relacionadas com os apoios face à situação de saúde dos utentes.

“As assistentes sociais são importantes, fazem-me falta quando eu preciso de ajuda, são como uma família para mim, porque se preocupam comigo e acompanham a minha situação” (P14).

“Eu vim falar com a Assistente Social, que me deu apoio e disse o que fazer” (P29).

Em relação aos dados recolhidos através das entrevistas, face à intervenção do Serviço Social com a população imigrante, e particularmente, nestes processos de legalização ou regularização da situação documental, foi possível apurar que segundo a opinião dos profissionais, estes caracterizam a sua intervenção como facilitadora, ao nível da mediação e agilização dos processos, no sentido de assegurar a melhor resposta e proporcionar alternativas em função destes constrangimentos.

“É a facilitação dos processos e a articulação com as instituições” (E1).

“Temos um constrangimento enorme em termos desses timings que não se coadunam com a nossa realidade, a realidade da intervenção do Serviço Social no hospital” (E2).

“Eu acho que fazemos o possível da melhor forma. Tentamos ver dentro dos recursos em que é que podemos ajudar de alguma forma” (E4).

A intervenção social caracteriza-se, assim, pela procura sistemática de respostas a um nível multidimensional, com a possibilidade de articulação com outras entidades mediante a definição de estratégias e projetos de intervenção individual ou familiar.

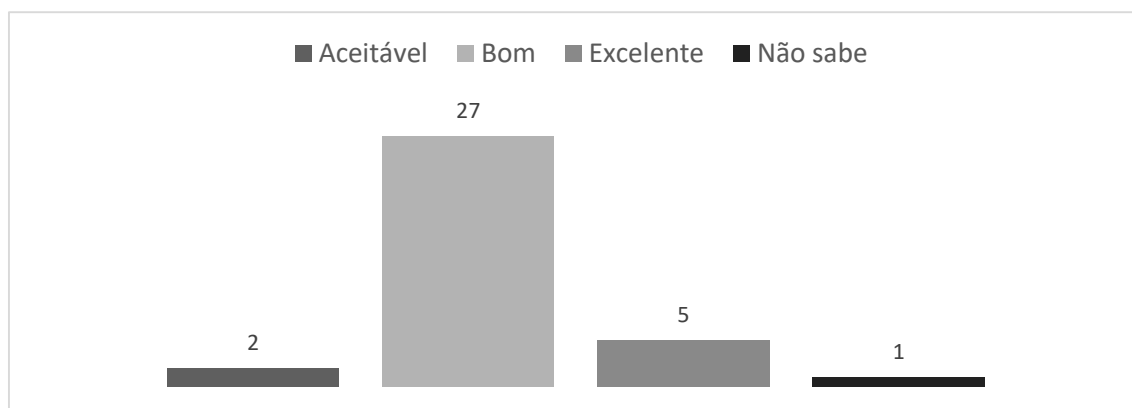
Mediante as respostas obtidas por parte dos profissionais, ressalva-se ainda a importância da relação estabelecida entre os profissionais e os utentes. De acordo com GARCIA e BRACHO (2014), qualquer conversação pode ser analisada em função de duas variáveis: o grau de distribuição do poder da relação, e o grau de cooperação. Estas duas variáveis refletem-se sobretudo no Serviço Social, na relação que é estabelecida entre o profissional e o utente, sendo que a cooperação é fundamentalmente necessária para o bom sucesso da intervenção, e o equilíbrio de poderes, igualmente.

O Serviço Social caracteriza-se então pela existência de um trabalho em equipa, onde não existe uma hierarquia na construção e desenvolvimento das relações, ou seja, a comunicação implica o seguimento de uma simetria, de igual para igual, sendo que não há um diálogo possível na desigualdade.

Segundo GARCIA e BRACHO (2014), o Serviço Social pressupõe o estabelecimento de uma relação contínua, formal e informal, e múltiplas interações com outras pessoas, sejam elas utentes, outros profissionais, ou até mesmo políticos.

Neste contexto, foram inquiridos os utentes quanto à avaliação do atendimento dos assistentes sociais na área da saúde, tendo sido possível verificar que a maior frequência de resposta se caracteriza no “Bom” (com 77,1%), tal como consta no gráfico abaixo representado (Gráfico 11).

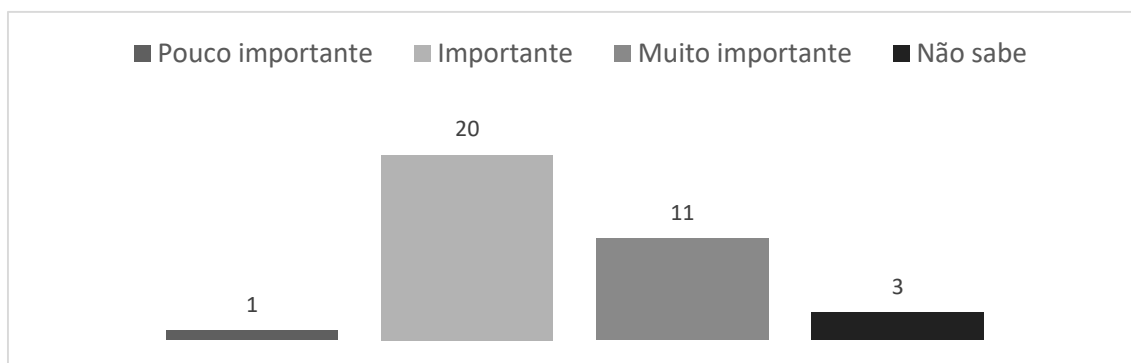
Gráfico 8 - Avaliação do atendimento dos assistentes sociais na área da saúde



Fonte: Elaboração própria

Ainda relativamente à opinião dos utentes, apurou-se a sua avaliação quanto ao impacto da intervenção do Serviço Social na sua situação concreta, tendo registado uma maior frequência de respostas positivas (88,5%), dividindo-se nas opções “Importante” e “Muito importante”, conforme apresentado no gráfico seguinte (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Avaliação do impacto da intervenção do Serviço Social



Fonte: Elaboração própria

Esta avaliação representa o impacto positivo da intervenção do Serviço Social, e possivelmente, a superação de constrangimentos que se verificaram no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Neste sentido, estes dados constituem um indicador favorável e corroboram a necessidade e importância do Serviço Social neste contexto de atuação, sendo que, produz e concretiza um impacto positivo na vida dos cidadãos.

4.4. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA INTERVENÇÃO SOCIAL E PARA A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS CIDADÃOS IMIGRANTES

Na aplicação dos questionários aos utentes, foram apresentadas duas questões de resposta aberta. A finalidade destas questões foi aferir a opinião concreta dos mesmos face à identificação de constrangimentos, bem como propostas de melhoria no acesso aos cuidados de saúde e na aplicabilidade das medidas que melhorassem os serviços prestados. Outro aspecto analisado foi a caracterização/identificação de aspetos relevantes na intervenção social de forma a contribuir para a efetivação dos direitos dos utentes.

Os constrangimentos identificados pelos utentes consistiram, sobretudo, na dificuldade evidenciada pela situação de dependência decorrente do período de internamento ou hospitalização; dificuldades económicas que contribuem para a inacessibilidade a serviços ou produtos (como a medicação); e a falta de oportunidades de trabalho.

Foi, ainda, mencionada a demora no tempo de resposta para marcação de consultas e exames, o que condiciona o acesso pleno aos cuidados de saúde. De acordo com as respostas sistematizadas, elaborou-se a seguinte tabela (Tabela 9) com a análise de conteúdo correspondente.

Tabela 9 - Análise de conteúdo da questão 3.3. do questionário aplicado aos utentes

Dimensões	Que medidas considera que deveriam existir para melhorar a promoção do direito à saúde dos imigrantes em Portugal?	Síntese da análise
Ausência de apoio institucional	“É tudo muito difícil e ninguém quer ajudar” (P01)	A ausência de respostas ou a indisponibilidade dos serviços/profissionais, e ainda, a inadequação das respostas e falta de acompanhamento face à situação de dependência atual dos doentes
	“Acho que o COVID dificultou um pouco e que deviam ser tomadas outras medidas, como haver mais profissionais e mais pessoas disponíveis nos hospitais para ajudar e esclarecer as pessoas. Só me estou a referir ao COVID” (P04)	
	“Se eu não tivesse o apoio da minha família ia ser muito difícil, porque tenho uma limitação e dificuldade em andar, e quando eu preciso de alguma coisa, de marcar consultas no hospital, de fazer tratamentos ou de falar com o médico de família não consigo, é muito complicado” (P14)	
	“O acompanhamento que é feito no Centro de Saúde” (P23)	
	“Eu fiquei com sequelas deste internamento e fiquei muito mal, não consigo fazer muita coisa em casa. Então acho que isso era uma coisa a melhorar, quando vissem pessoas como eu, que precisam de ajuda, as coisas serem diferentes e haver logo respostas disponíveis” (P24)	
	“O nº de funcionários é insuficiente para dar resposta” (P26)	
	“Existir um maior acompanhamento nas questões de saúde, porque no meu caso por exemplo, deixei de ter médico de família e nunca mais tive” (P30)	
Tempo de espera das consultas	“Em questões de saúde, não tenho tido problemas, a não ser o facto de esperar muito tempo para ter uma consulta” (P12)	O tempo de espera e a demora no acompanhamento médico do SNS constitui um motivo de insatisfação dos utentes
	“Só em relação à demora na marcação de consultas, principalmente no Centro de Saúde. Mas com a medicação funciona muito bem, sempre que preciso os médicos enviam-me as receitas por e-mail” (P15)	
	“Diminuir o tempo de espera entre as consultas. Há consultas de rotina que são importantes e demoram muito tempo a ser marcadas” (P20)	
	“Demora nas consultas” (P19)	
	“A demora nos exames. Porque eu sou seguida no Hospital, e quando a médica prescreveu um exame que era urgente, não havia vaga, e tive que fazer o pagamento particular para conseguir” (P25)	

Tempo de espera das consultas	“Eu estou a aguardar um transplante há quase 7 anos, é muito tempo e o dinheiro é muito pouco” (P27)	O tempo de espera e a demora no acompanhamento médico do SNS constitui um motivo de insatisfação dos utentes
	“Não recorri ao SNS por ausência ou demora nas respostas” (P31)	
Atribuição de número de utente/NISS	“Ajudar a ter o número de Segurança Social” (P02)	O impedimento no acesso aos serviços ou respostas de saúde, pela ausência de nº de utente do SNS
	“Não ter o nº de utente do SNS influencia o acompanhamento médico que podemos ter, dificulta ainda mais para os imigrantes, porque para nós é mais difícil” (P28)	
Documentação e regularização da situação no país	“Uma melhor resposta para tratar dos documentos dos imigrantes” (P03)	A insuficiência de respostas no apoio à regularização documental
	“Um maior apoio na legalização, para poder ter autorização de residência” (P05)	
Oportunidades de trabalho	“Comigo correu tudo muito bem, não tenho razão de queixa. Só acho que devia ser dado oportunidades de trabalho às pessoas. Eu só queria trabalhar, dêem-me trabalho” (P06)	A falta de oportunidades de trabalho, que podem ser entendidas como limitadoras ao nível do acesso a respostas e serviços de saúde
	“Acho que devia ser dada oportunidade às pessoas de contribuir para o país, quando têm vontade de trabalhar, e ter acesso aos cuidados de saúde” (P09)	
Dificuldades económicas e falta de apoio	“Por exemplo, no meu caso, estive hospitalizada com um problema de saúde, onde fui muito bem tratada e disso não tenho razões de queixa, mas houve problemas a tratar da minha baixa médica, e por isso, tenho que pagar consultas e exames, o que é muito difícil para mim” (P08)	As dificuldades económicas inerentes às despesas de saúde e associadas à situação de irregularidade documental
	“Era importante haver apoios para as pessoas que são dependentes e precisam de ajuda. Também quando temos muitas crianças, é difícil ter apoios, pagar consultas e ir ao médico” (P10)	
	“Para a saúde não sei, só a Segurança Social é que dá pouca ajuda às pessoas. Mas todas as pessoas conseguem vir ao hospital” (P13)	
	“Diminuir o valor das consultas e exames, isso ia ajudar. Eu pago muito sempre que vou ao Hospital, e é por isso que não vou mais vezes, porque eu não posso” (P20)	
	“Quando os documentos demoram muito tempo no SEF, porque já estamos à espera há meio ano. Eu também não tinha trabalho antes e não podia ajudar. O dinheiro era muito pouco para pagar os medicamentos. Era nisso que podiam ajudar” (P22)	

Fonte: Elaboração própria

No que se refere à ausência de apoio institucional (SILVA, JÓLLUSKIN e CARDOSO, 2020), os participantes consideram que as respostas são insuficientes, assim como constata a indisponibilidade dos profissionais das estruturas de saúde, sendo esta uma condicionante no acesso aos serviços. Relativamente ao tempo de espera e a demora no acompanhamento médico prestado (AHMANDINA [et al.], 2021), verifica-se que os cidadãos imigrantes se têm deparado com esta situação, referindo que tal constitui uma

fragilidade acrescida à sua situação de saúde. Consequentemente, a atribuição de número de utente pode constituir um impedimento no acesso aos serviços de saúde, nomeadamente na referência e ingresso em unidade de reabilitação da rede nacional cuidados continuados integrados. No que diz respeito à situação documental e processos de regularização (MAESTRE, 2016), os participantes manifestam a ausência ou insuficiência de respostas nesse âmbito, ao nível do apoio ou colaboração por parte das entidades de saúde. Os participantes referiram ainda a falta de oportunidades de trabalho, sendo este um problema constatado com cidadãos imigrantes em situação documental irregular, e manifestaram ainda, as dificuldades económicas inerentes às despesas de saúde. Importa referir que 9 participantes não manifestaram a sua opinião sobre esta questão. Perante os problemas evidenciados, tentou-se abordar a procura de alternativas adequadas e questionar os profissionais e utentes quanto à sua opinião, de forma a recolher algumas sugestões de melhoria.

Face à análise de conteúdo apresentada na tabela seguinte (Tabela 10), é possível referir que os utentes não abordaram sugestões de melhoria quanto à intervenção do Serviço Social, tendo antes reforçado positivamente o contributo dos profissionais. Assim, de acordo com as respostas recolhidas, foi possível contabilizar 36 vezes a referência à função de ajuda, complementar ao apoio, acompanhamento e orientação, por parte dos Assistentes Sociais aos utentes, tendo esta sido uma informação comum na maioria dos registos obtidos.

Tabela 10 - Análise de conteúdo da questão 3.6. do questionário aplicado aos utentes

Tipologia	Que aspetos considera importantes na intervenção dos assistentes sociais na área da saúde com a população imigrante em Portugal?
Último pedido de ajuda	<p>“Foi a doutora [assistente social] a única pessoa que me ajudou. Fui ao centro de saúde e mandaram-me para aqui. Lá não ajudam em nada. A doutora ajudou muito” (P01)</p> <p>“A mim ajudou muito. Se não fosse a assistente social ninguém me tinha ajudado e eu ia para casa” (P02)</p>
Regularização documental	<p>“Ajudar as pessoas com os documentos. É o ponto de partida para integrar melhor” (P03)</p> <p>“A assistente social ajudou-me com os meus documentos, porque contactou com o SEF e isso foi muito importante para mim, se não estaria até agora à espera disso” (P12)</p> <p>“Ajudar com os documentos, falar com outras pessoas e com o SEF quando não conseguimos” (P22)</p> <p>“São importantes para ajudar a resolver o problema dos documentos, estas situações que ficam à espera. São os assistentes sociais que levam a informação sobre nós imigrantes para o Governo, porque sabem o que acontece” (P28)</p>
Informações	<p>“Os assistentes sociais ajudam as pessoas, e também ajudam quando temos alguma dúvida sobre o hospital ou sobre a saúde” (P04)</p> <p>“Acho importante a sua ajuda, sempre que temos dúvidas ou necessitamos de alguma informação, estão sempre disponíveis” (P11)</p>

Informações	“A assistente social ajudou muito. É importante para me ajudar com os apoios e falar com os médicos sobre a minha situação de saúde” (P27)
	“Para falar com os doentes, ajudar e aconselhar. Eu vim falar com a Assistente Social, que me deu apoio e disse o que fazer” (P29)
	“Eu não necessitei, mas são úteis para acompanhar quem precisa e dar informações importantes” (P31)
	“O suporte e o esclarecimento de informação” (P32)
	“Agora como tenho um bebé, considero mais importante ainda, para ter algum apoio e orientação” (P33)
Medicação	“Para dar mais ajuda aos doentes e às famílias” (P34)
	“As assistentes sociais são muito, muito importantes. Elas apoiam os necessitados, os residentes e ajudam as pessoas. A assistente social foi importante para me ajudar a ter apoio com a medicação” (P05)
Apoio na resolução	“As assistentes sociais foram muito importantes para mim, ajudaram muito. Que Deus abençoe todas vocês. Muito obrigada por tudo” (P06)
	“As assistentes sociais ajudam muito, principalmente com os imigrantes, porque tentam resolver a situação e para qualquer apoio que precisem” (P13)
	“As assistentes sociais são importantes, fazem-me falta quando eu preciso de ajuda, são como uma família para mim, porque se preocupam comigo e acompanham a minha situação” (P14)
	“Acho importante para quem precisa de ajuda. É bom saber a quem podemos pedir ajuda quando precisamos” (P15)
	“Pela facilidade em nos informar e ajudar quando é preciso” (P18)
	“Vão ajudando as pessoas que precisam” (P19)
	“Apoiar os doentes e as famílias” (P20)
Pagamentos relacionados com as despesas de saúde	“Para ajudar as pessoas de forma mais precisa. Eles são muito precisos nesta área” (P21)
	“Eu precisei de ajuda com alguns pagamentos, e a assistente social ajudou-me. Tive apoio quando saí do hospital e ainda continuo a ter” (P07)
	“Ajudar na isenção dos pagamentos com a saúde” (P08)
	“Nas situações de baixa médica, onde é preciso algum apoio da Segurança Social, os assistentes sociais podem ajudar nessa articulação, pois não conseguimos trabalhar nem ter rendimentos para pagar as nossas dívidas” (P09)
	“Quanto precisei de ajuda, porque não estava a trabalhar e não tinha dinheiro, deram-me apoio e ajudou-me a tratar da alimentação” (P10)
	“É muito importante em tudo. As assistentes sociais ajudaram-me a tratar da minha incapacidade na Junta Médica” (P24)
	“A assistente social encaminhou o meu processo e acompanhou a minha situação. Ajudou-me a conseguir tratar da minha incapacidade” (P25)
	“Por vezes tenho que ficar em casa sem trabalhar e não consigo nenhum tipo de apoio, por isso as Assistentes Sociais são importantes, ajudam nessa parte” (P30)
“Para ajudar com as baixas médicas e a articular com a Segurança Social” (P35)	

Fonte: Elaboração própria

A análise de conteúdo a esta questão permitiu perceber que o Serviço Social constituiu a última linha de apoio nos pedidos de ajuda solicitados pelos cidadãos. No que se refere aos processos de regularização, a agilização e a articulação dos assistentes sociais com o SEF constituiu um importante contributo, nomeadamente para a resolução da situação documental, também referido pelos participantes do estudo. Também com grande expressão, foi valorizado pelos utentes a disponibilidade ao nível da prestação de informações e esclarecimentos de dúvidas para orientação para apoios e respostas

sociais. Foi ainda referido o apoio ao nível da resolução das situações de âmbito geral ou necessidades identificadas pelos cidadãos, tendo sido possível distinguir e caracterizar o apoio na medicação e com as dificuldades associadas ao pagamento com as despesas de saúde. Das respostas obtidas, verifica-se que 2 participantes não apresentaram resposta para esta questão, e outros 2 participantes apenas indicaram boas referências ao atendimento do serviço social.

De acordo com a opinião dos profissionais face a esta questão, estes sugeriram que, de forma a garantir uma resposta mais rápida e uma maior agilidade na gestão dos processos, fosse pertinente existir uma pessoa de referência ou elemento de ligação com as instituições e entidades a articular nesta vertente, como o SEF, os consulados, as embaixadas, as associações locais, entre outras. Inclusivamente, foi sugerida a existência de um gabinete de apoio com a presença de um representante destas estruturas, presencialmente no hospital.

Esta sugestão surge com o intuito de facilitar a comunicação e a possibilidade de articulação no caso de situações mais específicas, de doentes acompanhados pelas entidades de saúde, e que por questões de saúde ou situação de dependência, não se podem deslocar, e conseqüentemente, estão impossibilitados de agilizar a sua situação documental.

“Eu acho que devia de haver uma representação do SEF nas estruturas de saúde, nas instituições hospitalares” (E2).

“Mas, em particular, no SEF, lembro-me que podia ser importante ter um gabinete ou ter uma figura, ou uma pessoa com quem se articulasse por e-mail, telefonicamente, com um gabinete, em que se fizesse uma articulação direta, por exemplo, com o hospital” (E3).

No entanto, as necessidades humanas não se resumem apenas à alimentação ou à habitação, mas também à realização pessoal e à garantia da qualidade de vida, sendo que, a garantia destas respostas constitui um dever ético da profissão.

Nesta intervenção biopsicossocial, a dimensão da saúde precisa de ser analisada num contexto que inclua também os aspectos ambientais, sociais e factores comportamentais. Assim, foi possível proceder à sistematização de práticas integradoras e efetivadoras de direitos sociais, de forma a apresentar uma visão holística das diferentes dimensões de vida dos cidadãos, tal como apresentado na tabela seguinte (Tabela 11).

Tabela 11 - Sistematização de práticas integradoras de direitos sociais

Dimensão	Condições
Habitação	Garantir uma habitação com tipologia adequada ao número de pessoas residentes / dimensão do agregado familiar
	Garantir condições de habitabilidade e saneamento básico
	Garantir a acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida ou condicionada
Saúde	Garantir uma boa rede de transportes e acessos às estruturas de saúde e respostas da comunidade
	Garantir o acesso ao internamento em unidades de reabilitação, independentemente da situação documental
	Assegurar a isenção das taxas moderadoras e a comparticipação da medicação de uso crónico para doentes com insuficiência económica
Emprego	Promover a integração dos cidadãos imigrantes no mercado de trabalho, assegurando a existência de contrato de trabalho e contribuições fiscais
Documental	Facilitar os processos de regularização da situação documental de cidadãos que se encontrem em situação de internamento hospitalar ou com condição de saúde grave, impedindo a sua deslocação ao balcão do SEF
Ação Social	Garantir meios de subsistência e apoios sociais para os cidadãos em situação de irregularidade documental, que por motivos de saúde, não apresentem atividade profissional ativa
	Promover uma rede de apoio articulada entre as entidades da comunidade e as estruturas de saúde, de forma a assegurar o acompanhamento aos cidadãos

Fonte: Elaboração própria

Segundo esta visão holística, apresentam-se como fundamentos os pressupostos do modelo sistémico, onde um “conjunto de elementos em interação, em que todas as modificações ocorridas num dos seus elementos provoca uma modificação no todo” (BERTALANFFY *apud* RANQUET, 1996, p. 19). Também CAPARRÓS (1998) defende a relação existente entre todos os elementos do sistema, sendo eles, o cidadão, a sua rede de suporte e as estruturas da comunidade. PAYNE (2002) sugere assim que o Assistente Social deve concentrar a sua prática profissional nestes subsistemas, sejam

eles naturais ou informais (como a família e os amigos), subsistemas formais (como a comunidade) ou societais (no caso dos hospitais, por exemplo), agindo sobre eles, com o intuito de promover o seu melhor funcionamento e o equilíbrio de relações. Este modelo visa assim uma abordagem holística, propondo a “totalidade de interacções [entre] todos os elementos internos e externos da situação problema, partindo da unidade da pessoa com o seu mundo, em constante mudança” (PAYNE, 2002, p. 205), com o intuito de maximizar o crescimento e o desenvolvimento da pessoa, bem como melhorar o seu ambiente e bem-estar social.

Por outro lado, a perspetiva sistémica articula-se com a perspetiva ecológica que segundo VISCARRET (2007) se centra nos intercâmbios entre as pessoas e os seus contextos. Assim, é necessário que para lá de uma linha de intervenção centrada nos modelos psicossocial e sistémico, que se evidenciaram como os mais presentes na prática profissional, a combinação com o modelo ecológico permita que se relacione a Pessoa com o ambiente. Ou seja, além das interações dos e entre sistemas é preciso considerar e valorizar o meio envolvente, pois este é determinante nos percursos e condições de vida dos cidadãos. Ainda nesta linha, VISCARRET (2007) clarifica que a perspetiva ecológica faz-nos compreender as relações recíprocas entre organismos e meio ambiente, considerando a diversidade de interações com o contexto e a sua influência no desenvolvimento social e humano. Esta análise leva-nos a considerar que a intervenção do Serviço Social deverá integrar a dimensão ecológica como contributo para uma visão plenamente holística e que fomente um maior bem-estar social, mais qualidade de vida e uma efetiva garantia de direitos à população imigrante em Portugal.

Segundo ANDRÉ e WALZ (2004), “o Serviço Social não é uma profissão com valores ao gosto de cada um, é uma profissão dos Direitos Humanos” (p. 118), na medida em que prestar assistência é saber incorporar todas as dimensões do problema, com o compromisso da mudança, da justiça social e principalmente, dos Direitos Humanos. Tal significa que não deve centrar-se apenas na disfuncionalidade do indivíduo, mas sim nas suas capacidades e competências, e segundo uma visão mais macro, para a responsabilidade da sociedade onde estamos envolvidos.

Neste âmbito, torna-se importante refletir sobre a importância do Serviço Social na humanização dos cuidados em contexto hospitalar. Na alínea i) da Circular Normativa n.º 8/2002³⁰, reconhece-se que os Assistentes Sociais devem: “Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados”.

Um dos pressupostos da definição do Serviço Social consiste na defesa dos Direitos Humanos, baseando-se no respeito pelo valor da dignidade humana inerente a todas as pessoas. Os Assistentes Sociais devem promover e defender a integridade e o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual de cada pessoa. Mediante a consciencialização dos direitos e igualdade do doente, é possível garantir um contexto de justiça e mudança social. A justiça social corresponde, igualmente, a um dos princípios presentes na definição do Serviço Social mediante dois parâmetros: desafiar a discriminação negativa e reconhecer a diversidade.

A igualdade de direitos pressupõe, neste âmbito, a garantia de condições básicas para a sua concretização, defesa e promoção de todos os grupos de direitos, que constituem e são defendidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. Cabe aos profissionais serem, por isso, agentes promotores da defesa dos direitos (na sua plenitude) das pessoas em situação de maior vulnerabilidade, incluindo logicamente, a promoção do bem-estar e a consciencialização coletiva.

³⁰ Circular Normativa do Departamento de Modernização e Recursos de Saúde do Ministério da Saúde, onde foram estabelecidas as funções dos Técnicos Superiores de Serviço Social nos serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde.

5. CONCLUSÃO

Em Portugal, a integração por via do acesso a cuidados de saúde, saúde mental e educação na saúde são uma mais-valia, fruto do investimento em melhores políticas, informação e atendimento junto da população imigrante, pelo que estas devem ser uma prioridade dos planos estratégicos neste domínio (INGLEBY, 2016). Dessa forma, considera-se que a análise do contexto social constitui um aspeto importante no diagnóstico e intervenção, de forma a atenuar os impactos existentes, sendo estes considerados sob 3 principais fatores: as barreiras estruturais, económicas e culturais (POTOCKY-TRIPODI, 2002). As consequências do impedimento no acesso aos cuidados de saúde não se limitam apenas ao indivíduo, alargando-se também ao núcleo familiar e, conseqüentemente, à comunidade onde o mesmo se encontra inserido (HEYMAN e CONGRESS, 2018), numa intervenção biopsicossocial, onde a dimensão da saúde é analisada num contexto enquadrando também os fatores ambientais, sociais e comportamentais (GEHLERT e BROWNE, 2019).

Com base nesta investigação, conseguimos compreender que o Serviço Social garante uma intervenção direcionada à população imigrante, tendo como orientação as medidas de políticas e o quadro legal existente e a matriz ética da profissão. Torna-se evidente que os valores da profissão e os princípios enunciados na Declaração Universal dos Direitos Humanos garantem o direito à integração social de qualquer cidadão, independentemente da sua origem, nacionalidade ou etnia.

A intervenção do Serviço Social na saúde pretende, assim, estabelecer uma relação de ajuda com os doentes e com as suas famílias, prestando uma resposta às necessidades que estes manifestam. Os Assistentes Sociais, como profissionais presentes nos serviços e estabelecimentos de saúde, são fundamentais neste contexto mediante uma intervenção direcionada e orientada para a humanização nas práticas existentes e para a inclusão social, incluindo a promoção da dignidade humana, a não discriminação ou categorização dos cidadãos. Desta forma, foi possível contribuir com a produção de conhecimento e pesquisa científica para validar a importância da intervenção social neste domínio.

No início desta investigação, formulou-se a seguinte pergunta de partida: Quais as condições de acesso da população imigrante aos cuidados de saúde hospitalares em Portugal?

A resposta a esta pergunta foi completada com base no retrato sobre as características da população imigrante que recorre aos cuidados de saúde, em diversas dimensões, tal como a sua situação documental, tempo de permanência no país, existência de rede de suporte familiar e integração no mercado de trabalho.

Quanto à caracterização do contexto socioeconómico e legal dos cidadãos imigrantes que acedem a cuidados de saúde em estabelecimentos de saúde públicos, com base neste estudo concluímos que os utentes são maioritariamente adultos em idade ativa e que as nacionalidades da população imigrante é convergente com os dados referentes à imigração em Portugal, ou seja, cidadãos maioritariamente oriundos dos PALOP, mas também pessoas oriundas de outros países designadamente da América do Sul, da Europa de Leste e do continente Asiático. Quanto à situação socioeconómica e ao nível de escolaridade verificou-se algumas flutuações consoante o sexo da Pessoa, sendo que a maior parte dos utentes se encontrava em situação de desemprego. No entanto, é de destacar que nenhum dos utentes declarou apresentar rendimentos altos ou muito altos, inclusive a maioria afirmou ter rendimentos muito baixos. Esta caracterização foi também validada pelos relatos dos profissionais que atestam que estas pessoas vivem maioritariamente numa situação económica precária, associada à baixa escolaridade, a contextos laborais instáveis e com ausência de rendimentos regulares. Também a situação habitacional mereceu a nossa atenção, destacando-se que a maioria dos participantes inquiridos reside em habitações alugadas e que há imigrantes que declararam viver em habitação ilegal ou casa abarracada.

Apesar de mais de metade dos utentes viverem há mais de dez anos em Portugal, sendo estes cidadãos predominantemente oriundos de África - PALOP, da Europa de Leste e da Ásia Meridional. Quanto à situação legal, a maioria dos inquiridos encontra-se com título de residência temporária, sendo que os restantes utentes adquiriram nacionalidade portuguesa ou estão em fase de regularização da sua situação documental. A relação da população imigrante com o SEF e a forma como os serviços respondem às necessidades dos utentes tem sido uma condicionante verificada pelos utentes e assistentes sociais participantes neste estudo.

Relativamente à identificação das condições que potenciam ou limitam o acesso aos cuidados de saúde da população imigrante em Portugal, apenas 2 dos participantes referiram não ter número de utente do SNS. No entanto, quando foram questionados sobre o acesso aos cuidados de saúde, todos os participantes confirmam ter esse direito assegurado. A maioria das pessoas inquiridas referiu, ainda, ser fácil a compreensão da informação prestada para o acesso aos cuidados de saúde.

Quanto à existência de dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, constata-se que praticamente a totalidade dos inquiridos referiu não existir contrangimentos a esse nível. Por outro lado, a perceção dos imigrantes quanto à existência e informação dos seus direitos em Portugal apresenta-se em duas posições opostas, sendo que, num total de 35 participantes, 18 afirmaram ter conhecimento dos seus direitos em Portugal; e 17 apresentaram uma opinião contrária. As limitações inerentes à situação de saúde têm implicações ao nível da mobilidade e da autonomia dos doentes, e segundo a opinião dos próprios, a nova condição de dependência constitui um impedimento no acesso a determinadas respostas, sendo necessário recorrer a outros apoios. Neste sentido, manifestam encontrar-se numa situação de desproteção. A falta de respostas a este nível deve-se à ausência ou insuficiência do acompanhamento pós-hospitalar, constituindo uma lacuna no âmbito da continuidade de acesso aos cuidados de saúde. No entanto, esta situação não depende diretamente da situação documental dos cidadãos, uma vez que se trata de um défice a nível estrutural, este produz impacto, na generalidade, a todos os utentes que recorrem aos serviços de saúde.

Por fim, no que diz respeito à sistematização das medidas de política e de intervenção social que contribuíssem para os processos de regularização, integração social e promoção do direito à saúde em Portugal, realizou-se uma reflexão sobre as respostas apuradas. Em relação aos dados recolhidos através das entrevistas, face à intervenção do Serviço Social com a população imigrante, e particularmente, nestes processos de legalização ou regularização da situação documental, foi possível apurar que segundo a opinião dos profissionais, estes caracterizam a sua intervenção como facilitadora, ao nível da mediação e agilização dos processos, no sentido de assegurar a melhor resposta e proporcionar alternativas em função destes constrangimentos. Os constrangimentos identificados pelos utentes consistiram, sobretudo, na dificuldade evidenciada pela situação de dependência decorrente do período de internamento ou hospitalização, dificuldades económicas que contribuem para a inacessibilidade a serviços ou produtos (como a medicação) e a falta de oportunidades de trabalho; foi ainda mencionada a demora no tempo de resposta para marcação de consultas e exames, o que condiciona o acesso pleno aos cuidados de saúde.

Verifica-se assim, que os resultados apresentados foram relevantes e pertinentes para a investigação em Serviço Social, nomeadamente em contexto hospitalar, por constituir um importante contributo na garantia do direito à saúde da população imigrante, proporcionando condições adequadas e informações necessárias para a continuidade de acesso aos serviços.

Estes resultados permitiram, a nível prático para a intervenção do Serviço Social, contribuir para uma reflexão das práticas adotadas, nomeadamente ao nível da integração dos cidadãos imigrantes em Portugal, tendo como ponto de partida o acesso aos cuidados de saúde. Assim, considera-se oportuna a divulgação e publicação dos resultados obtidos para o reconhecimento dos valores da profissão, para a dinamização de novas práticas e reflexividade dos próprios profissionais.

Do ponto de vista académico, era pretendido que o trabalho fruto desta investigação contribuísse inclusivamente para o aumento da produção científica do CLISSIS, estando este inscrito no Grupo I – Serviço Social: história, pensamento e prática profissional, na linha de investigação “Prática profissional em Serviço Social”. Foi também possível, mediante a execução desta investigação, e com a colaboração da Professora Inês Casquilho-Martins, a elaboração de um artigo científico: “Migrants’ Health Policies and Access to Health Care in Portugal within the European Framework”, posteriormente publicado na revista científica internacional “Societies”.

Como perspetivas futuras de investigação, sugere-se que este tema possa ser desenvolvido com uma abordagem qualitativa, numa amostra com um maior número de participantes, e eventualmente, ponderar um estudo a nível nacional. Sendo um tema bastante relevante para a sociedade, para o Serviço Social e para as entidades de saúde, pode ser importante desenvolver e investigar outras dimensões relacionadas com a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, podendo estas ser manifestadas pelos utentes ou por outros profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACM: ALTO COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES. coord. (2016) – Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural. Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural. Lisboa: Coleção Mediação Intercultural.

ACIDI: Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (2008) - Imigração em Portugal. Manual de informações. Lisboa: ACIDI.

AHMADINIA, Hamed; ERIKSSON-BACKA, Kristina; NIKOU, Shahrokh (2021) – Health-seeking behaviours of immigrants, asylum seekers and refugees in Europe: a systematic review of peer-reviewed articles. Journal of Documentation. Emerald Publishing Limited. vol. 78, n.º 7, p. 18-41. DOI: 10.1108/JD-10-2020-0168

ALMEIDA, João Ferreira (2013) – Desigualdades e Perspetivas dos Cidadãos: Portugal e a Europa. Lisboa: Editora Mundos Sociais.

ALVARADO, Lusmidia; GARCÍA, Margarita (2008) – Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. Sapiens – Revista Universitaria de Investigación. vol. 9, n.º 2. p. 187-202.

AMARO, Maria Inês (2008) – Os campos paradigmáticos do Serviço Social: proposta para uma categorização das teorias em presença. Locus Soci@l. n.º 1, p. 65-80.

AMARO, Maria Inês (2015) – Urgências e Emergências do Serviço Social: Fundamentos da profissão na contemporaneidade. 2.^a ed. Lisboa: Universidade Católica.

ANDRÉ, Graça; WALZ, Hans (2004) - Os direitos humanos na perspectiva do desenvolvimento sustentável e a formação em serviço social. Intervenção Social. nº 29, pp. 111-126.

APSS: Associação dos Profissionais de Serviço Social (2018) – Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal.

AZEVEDO, Carlos [et al.] (2013) - A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. EnEPQ. Brasília.

BANKS, Sarah (2006) - Ethics and Values in Social Work. Basingstoke: Palgrave.

BESTEIRO, Hugo (2013) – Comunicação Organizacional aplicada ao Terceiro Setor: contributos para a compreensão das IPSS. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado em Gestão.

BRANCO, Francisco (2008) – A investigação em Serviço Social em Portugal: trajetórias e perspetivas. Locus Soci@I. n.º 1, p. 48-63.

BRANNEN, Julia (1992) - Combining qualitative and quantitative approaches: An overview. Mixing methods qualitative and quantitative research. 1.^a ed. Aldershot: Ashgate. p. 3-37.

BUKA, Stephen (2002) – Disparities in Health Status and Substance Use: Ethnicity and Socioeconomic Factors. Public Health Reports. vol. 117, art. 1, p. 118-125.

CAMPOS, Luís; CANAVEZES, Sara (2007) – Introdução à Globalização. Instituto Bento de Jesus Caraça.

CAPARRÓS, Maria José (1998) - Manual de Trabajo Social. Espanha: AGUACLARA.

CARDOSO, Fábio (2010) - A influência do relatório Beveridge nas origens do Welfare State. Revista Todavia. Brasil: Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Ciências e Letras. vol. 1, p. 39-53.

CARRASCO, Marta (2005) - Mediación y Consumidores. Madrid: Instituto Nacional del Consumo.

CARRASCO, Marta (2016) - Mediation and the Social Work profession: particularly in the community context. Cuadernos de Trabajo Social. vol. 29-2, pp. 275-283.

CARRASCO-GARRIDO, Pilar [et al.] (2007) - Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. European Journal of Public Health. Oxford: Oxford University Press. vol. 17, art. 5, p. 503–507.

CARRASQUILLO, Olveen; CARRASQUILLO, Al; SHEA, Steven (2000) - Health insurance coverage of immigrants living in the United States: differences by citizenship status and country of origin. American Journal of Public Health. Washington: American Public Health Association. vol. 90, art. 6, p. 917-923.

CARREIRAS, Marina; GUIMARÃES, Pedro (2020) – Desafios do Empreendedorismo Comercial Imigrante: o caso de Lisboa. In CACHINHO, Herculano; BARATA-SALGUEIRO, Teresa; GUIMARÃES, Pedro, org. – Comércio, Consumo & Governança Urbana. Universidade de Lisboa: Centro de Estudos Geográficos.

CARVALHO, Helena (2017) – Análise Multivariada de Dados Qualitativos: utilização da ACM com o SPSS. 2.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo.

CARVALHO, Maria Irene (2003) - Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar. Revista de Intervenção Social. Lisboa: Universidade Lusíada. n.º 28, p. 29-55.

CARVALHO, Maria Irene (2012) – Serviço Social na saúde. Lisboa: Pactor.

CARVALHO, Maria Irene; PINTO, Carla. coord. (2014) – Serviço Social: Teorias e Práticas. Lisboa: PACTOR.

CASQUILHO-MARTINS, Inês (2018) – Modelos de proteção social em sociedades com programas de austeridade. ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Tese de Doutoramento.

CASQUILHO-MARTINS, Inês (2021) – O conhecimento e a prática política na intervenção social. In FIALHO, Joaquim, ed. Manual para a Intervenção Social: da teoria à ação. Lisboa: Sílabo. p. 33-56.

CASQUILHO-MARTINS, Inês; BELCHIOR-ROCHA, Helena; FERREIRA, Jorge (2020) – Community strategies for intercultural participation. Trabajo Social Global. vol. 10, n.º 19, p. 157-159.

CASQUILHO-MARTINS, Inês; FERREIRA, Soraia (2022) – Migrants' Health Policies and Access to Health Care in Portugal within the European Framework. Societies. vol. 12, n.º 55.

CASQUILHO-MARTINS, Inês; MATELA, Thais (2021) – Protection of Immigrant Children and Youth at Risk: Experiences and Strategies of Social Integration in Portugal. Societies. vol. 11, n.º 122.

COOPER, Helen (2002) – Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. Social Science & Medicine. p. 693-706.

CORREIA, Tiago; CARAPINHEIRO, Graça; RAPOSO, Hélder (2018) – Desigualdades sociais na saúde: um olhar comparativo e compreensivo. In CARMO, Renato [et al.], org. - Desigualdades Sociais: Portugal e a Europa. 1.ª ed. Lisboa: Mundos Sociais. p. 23-40.

COSTA, Paulo (2016) – A política portuguesa de integração dos imigrantes: uma análise dos dois primeiros planos de integração. Centro de Estudos das Migrações e das Relações Internacionais. Universidade Aberta - CEMRI. p. 32- 59.

COSTA, Jorge; CARVALHO, Maria Irene; PINTO, Carla (2017) – A política de saúde portuguesa na austeridade: um olhar do Serviço Social. Revista Katálysis. vol. 20, n.º 2, p. 282-290.

COSTA, Laurinda (2019) – O Papel das ONGs na Integração de Imigrantes no Concelho de Almada: estudo de caso – AD SUMUS – Associação de Imigrantes de Almada. Lisboa: ISCTE. Dissertação de Mestrado.

COSTA, Paula (2009) – Imigração em Portugal: tendências recentes – Os imigrantes guineenses, ucranianos e brasileiros no mercado de trabalho português. Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Tese de Doutoramento.

COUTINHO, Clara (2011) - Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas – Teoria e Prática. 2ª ed. Coimbra: Almedina.

DIAS, Sónia; GONÇALVES, Aldina (2007) - Migração e Saúde. Revista Migrações. Lisboa: ACIDI. vol. 1, p. 15-26.

DIAS, Sónia [et al.] (2011) - Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: a perspetiva dos profissionais de saúde. Acta Médica Portuguesa. vol. 24, p. 511-516.

DINGWALL, Robert (2011) – Accounts, interviews and observations. MILLER, Gale; DINGWALL, Robert, ed. Context and method in qualitative research. London: Sage Publications. p. 51-65.

DUARTE, Teresa (2009) – A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). CIES: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. Lisboa: ISCTE.

DUQUE, Eduardo (2013) – Capital social como instrumento de desenvolvimento sustentável. Configurações – Revista de Sociologia. Centro de Investigação em Ciências Sociais. vol. 11, p. 1-13.

ERS: Entidade Reguladora da Saúde (2020) – Acesso de cidadãos estrangeiros a cuidados de saúde do SNS – em especial, no âmbito da situação atual epidemia SARS-COV-2 e de infeção epidemiológica por COVID-19. Alerta de supervisão da Entidade Reguladora da Saúde, nº 06/2020.

ESTEVES, Alina, coord.; ESTEVENS, Ana; AMILCAR, Anselmo; MCGARRIGLE, Jennifer; MALHEIROS, Jorge; MORENO, Luís; FONSECA, Maria; PEREIRA, Aónia (2017) – Condições de vida e inserção laboral dos imigrantes em Portugal: efeitos da crise de 2007-2008. 1.ª ed. Lisboa: Observatórios das Migrações, ACM I.P.

ESTRELA, Paulo (2009) - A saúde dos imigrantes em Portugal. Revista Portuguesa de Clínica Geral. vol. 25, p. 45-55.

FAO: Food and Agriculture Organization of the United Nations (2020) – Migrant workers and the COVID-19 pandemic.

FLICK, Uwe (2013) – Introdução à Metodologia de Pesquisa: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso

GARCÍA, Luís; GÓMEZ, María (2009) - Mediación familiar: un espacio de intervención para trabajadores sociales. Trabajo Social. n.º 11, pp. 25-41.

GARCIA, Tomás; BRACHO, Carmen, coord. (2014) – Introducción al Trabajo Social. Alianza Editorial.

GEHLERT, Sarah; BROWNE, Teri (2019) - Handbook of Health Social Work. 3.ª ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

GIDDENS, Anthony (2012) – O mundo na Era da Globalização; trad. Saul Barata. 8.ª ed. Lisboa: Presença.

GIMÉNEZ-ROMERO, Carlos (1997) - La naturaleza de la mediación intercultural. Revista de Migraciones. vol. 2, p. 125-159.

GÓIS, Pedro [et al.] (2009) – Segunda ou terceira vaga? As características da imigração brasileira recente em Portugal. In PADILLA, Beatriz e XAVIER, Maria, org. – Revista

Migrações - Número Temático Migrações entre Portugal e América Latina. n.º 5. Lisboa: ACIDI. p. 111-133.

GÓIS, Pedro; MARQUES, José (2018) – Retrato de um Portugal migrante: a evolução da emigração, da imigração e do seu estudo nos últimos 40 anos. Open Edition Journals. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. vol. 29, p. 125-152.

GROSIOS, Konstantina; GAHAN, Peter; BURBIDGE, Jane (2010) - Overview of healthcare in the UK. European Association for Predictive, Preventive and Personalised Medicine. vol. 1, p. 529-534.

GUADALUPE, Sónia [et al.] (2020) – Assistentes sociais no sistema de saúde em Portugal: uma análise dos rácios. Emancipação. Ponta Grossa. vol. 20, p. 1-22.

GUERRA, Inês (2015) – O que é o caso social? Estudo sobre a construção do caso social em contexto hospitalar. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.

GUERRA, Inês (2017) – O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar. Public Sciences & Policies. vol. 3, n.º 1, p. 57-79.

HABERMAS, Jurgen (1974) – Theory and Practice. London: Heineman.

HALIMAA, Sirkka-Liisa (2001) – Video recording as a method of data collection in nursing research. Nordic Journal of Nursing Research. vol. 21, n.º 2, p. 21-26.

HEPWORTH, Dean [et al.] (2017) – Direct social work practice: theory and skills. Boston MA: Cengage Learning.

HEYMAN, Janna; CONGRESS, Elaine (2018) - Health and Social Work: Practice, Policy and Research. 1.ª ed. New York: Springer Publishing Company.

INE: Instituto Nacional de Estatística (2021) – Censos 2021: Divulgação de Resultados Preliminares. Statistics Portugal.

INGLEBY, David. coord. (2016) MIPEX Health Strand and Country Report: Portugal. Brussels: IOM MHD RO Brussels.

IPAD: Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (2011) - Estratégia da cooperação portuguesa para a saúde. Instituto Camões.

JOHNSON, Brenda; CORTE REAL, Fátima (2000) – O som do silêncio: uma reflexão a partir do serviço social de saúde em hospital. Intervenção Social. nº 21, pp. 33-44.

JÓLLUSKIN, Glória; SILVA, Isabel (2021) – A comunicação como prevenção de conflitos em cuidados de saúde. In CUNHA, Pedro; MONTEIRO, Ana, coord. - Gestão de Conflitos na Saúde. Pactor

KARLSEN, Saffron; NAZROO, James (2002) – Relation between racial discrimination, social class and health among ethnic minority groups. Social Science & Medicine. vol. 92, art. 4, p. 624-631.

LAUREANO, Raul; BOTELHO, Maria (2017) – IBM SPSS Statistics: o meu manual de consulta rápida. 3.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo.

LÉVI-STRAUSS, Claude (2008) – Raça e história. Editora Presença.

MAESTRE, Begoña Roman (2016) – Ética de los servicios sociales. Espanha: HERDER.

MALHEIROS, Jorge (2011) – Promoção da interculturalidade e da integração de proximidade. Lisboa: ACIDI.

MALHEIROS, Jorge; FONSECA, Lucinda, coord. (2011) – Acesso à habitação e problemas residenciais dos imigrantes em Portugal. 1.^a ed. Lisboa: Observatório das Migrações, ACM I.P.

MARÔCO, João (2021) – Análise Estatística com o SPSS Statistics. 8.^a ed. ReportNumber.

MARTINELLI, Maria Lúcia (2003) – Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica. Revista de Intervenção Social. Lisboa: Universidade Lusíada. vol. 28, p. 9-18.

MARTINS, Alcina (2008) – Investigação em Serviço Social no Portugal Contemporâneo: paradoxos e desafios. Locus Soci@l. n. 01, p. 32-47.

MARTINS, Inês (2012) – Políticas de imigração e integração: intervenção do Serviço Social. Lisboa: Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado.

MARTINS, Inês (2015) - Políticas de Imigração e Integração: Intervenção do Serviço Social. Revista de Intervenção Social. Lisboa: Universidade Lusíada. vol. 46, p. 57-75.

MATIAS, Ana; PINTO, Paulo (2020) – Overcoming linguistic barriers in Portuguese higher education: The case of international African students. Portuguese Journal of Social Science. vol. 19, n.º 2-3, p. 189-214. DOI: https://doi.org/10.1386/pjss_00026_1.

MOORE, Christopher (2014) - The Mediation Process: Practical Strategies for Resolving Conflict. 4.ª ed. New York: Jossey-Bass.

NASCIMENTO, Dulce (2014) – A mediatização da atribuição de Autorização de Residência para Investimento pelo SEF. Lisboa: Universidade Nova. Dissertação de Mestrado.

OLIVEIRA, Elizabeth; FERREIRA, Pedro (2014) – Métodos de Investigação: Da Interrogação à Descoberta Científica. Porto: Vida Económica.

PADILLA, Beatriz (2013) – Saúde dos Imigrantes: Multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidades em Portugal. Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana. Brasília: Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios. vol. 21, p. 49-68.

PADILLA, Beatriz [et al.] (2018) - Saúde dos imigrantes: desigualdades e crise no SNS. In CARMO, Renato [et al.], org. - Desigualdades Sociais: Portugal e a Europa. 1.ª ed. Lisboa: Mundos Sociais. p. 315-334.

PADILLA, Beatriz; ORTIZ, Alejandra (2012) - Fluxos Migratórios em Portugal: do BOOM migratório à desaceleração no contexto de crise – balanços e desafios. Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana. Brasília: Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios. n.º 39, p. 159-184.

PAYNE, Malcolm (2002) - Teoria do trabalho social moderno. Coimbra: Quarteto.

PEIXOTO, João (2007) - Dinâmicas e regimes migratórios: o caso das migrações internacionais em Portugal. Análise Social. n.º 183, p.445-469.

PEIXOTO, João (2020) – O que nos ensina a pandemia sobre migrações internacionais? O caso português e o contexto mundial. In BAENINGER, Rosana; VEDOVATO, Luís; NANDY, Shailen, coord. ZUBEN, Catarina [et al.], org. – Migrações Internacionais e a pandemia de Covid-19. Brasil: Universidade Estadual de Campinas. p. 132-137.

PEIXOTO, João; IORIO, Juliana (2011) – Crise, imigração e Mercado de trabalho em Portugal: retorno, regulação ou resistência? Cascais: Fundação Calouste Gulbenkian.

POTOCKY-TRIPODI, Miriam (2002) - Best Practices for Social Work with Refugees & Immigrants. New York: Columbia University Press.

RAMOS, Natália (2021) – Populações migrantes em tempos de pandemia covid-19: desafios psicossociais, comunicacionais e de saúde. In ENNES, Marcelo; GOES, Allisson; MENESES, Cleber, org. – Migrações internacionais sob múltiplas perspetivas. 1.^a ed. Aracaju, SE: Criação Editora. p. 153-176.

RANQUET, Mathilde (1996) - Los Modelos en Trabajo Social: Intervención con Personas y Familias. Madrid: ISSS.

REIS, Alcinda; SPÍNOLA, Ana; CHAVES, Cláudia; SANTIAGO, Conceição; COUTINHO, Emília; KARIMO, Neila; DÉNIS, Teresa (2020) – Mediação intercultural em contextos de cuidados de saúde – Projeto Meios. Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém. vol. 8, n.º 1, p. 3-16.

REIS, Elizabeth (2006) – Estatística Multivariada Aplicada. 2.^a ed. Edições sílbabo.

ROBERTIS, Cristina (2011) - Metodologia da Intervenção em Trabalho Social. Porto: Porto Editora.

RODRIGUES, Eduardo (2010) - O Estado e as Políticas Sociais em Portugal. Sociologia: Revista do Departamento de Sociologia da FLUP. Faculdade de Letras da Universidade do Porto. vol. 20, p. 191-230.

SANTOS, Boaventura de Sousa, org. (2006) – Globalização: Fatalidade ou Utopia?. 2.^a ed. São Paulo: Editora Cortez.

SEF: SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS (2020) - Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2019. ESTRELA, Joaquim, coord. Lisboa: SEF.

SERAFIM, Maria do Rosário; ESPÍRITO-SANTO, Maria Inês (2012) – Criação e validação de uma escala de complexidade da intervenção social com adultos em contexto hospitalar. Revista de Intervenção Social. Lisboa: Universidade Lusíada. nº 39, p. 45-87.

SILVA, Isabel; JÓLLUSKIN, Glória; CARDOSO, Paulo (2020) – Literacia em Saúde Relacionada com os Meios de Comunicação Social: enquadramento conceptual e criação de uma escala de avaliação. Comunicação Pública. Open Edition Journals. vol.15, n.º 29 DOI: 10.40000/cp.11292

SILVA, Pedro (2005) - A proteção social da população imigrante – quadro legal, estudo comparado e proposta de reforço. Lisboa: ACIME.

SILVESTRE, António (2007) – Análise de dados e estatística descritiva. Lisboa: Escolar Editora.

SILVESTRE, Tatiana (2010) – A saúde dos imigrantes em Portugal: Que necessidades em saúde? Que utilização dos cuidados de saúde? Lisboa: Universidade Nova. Dissertação de Mestrado.

SOLANO, Giacomo; HUDDLESTON, Thomas (2020) - Migrant Integration Policy Index 2020. Barcelona/Brussels: CIDOB and MPG.

STIGLITZ, Joseph (2013) – O preço da desigualdade; trad. Dinis Pires; rev. Sandra Areias. 1.^a ed. Lisboa: Bertrand.

STRONKS, Karien; RAVELLI, Angelo; REIJNEVELD, Sijmen. (2001) - Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?. Journal of Epidemiology & Community Health. vol. 10, p. 701-707. Amsterdam: University of Amsterdam.

SCHWALBACH, José (2021) – Direito da Imigração. Edições Aldemina, S.A.

SZCZEPURA, Ala (2005) - Access to health care for ethnic minority populations. Postgraduate Medical Journal. vol. 81, p. 141-147.

TCHUDA, Solange (2013) – Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP: contributos do PADE. Lisboa: ISCTE. Dissertação de Mestrado.

TICONA, Renzi [et al.] (2020) – Paradigma sociocrítico en investigación. Psique Mag: Revista Científica Digital de Psicología. Perú: Universidad César Vallejo. n.º 2, vol. 9, p. 30-39.

TURNER, Jonathan (1991) – The Structure of Sociological Theory. 5.^a ed. Belmont: Wadsworth Publishing Company.

VALADAS, Carla; GÓIS, Pedro; MARQUES, José (2014) – Quando o trabalho desaparece: imigrantes em situação de desemprego em Portugal. Lisboa: Observatório das Migrações, ACM I.P.

VILELAS, José (2009) – Investigação: O processo de construção do conhecimento. 1.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo.

VISCARRET, Juan (2007) - Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social. Madrid: Alianza Editorial.

VIOLA, Erica; BIONDO, Elena; MOSSO, Cristina (2018) – The Role of Social Worker in Promoting Immigrants' Integration. Social Work in Public Health. vol. 33, n. ° 7-8, p. 483-496.

WATKINS, Daphne (2017) – Mixed Methods Research. Encyclopedia of Social Work. National Association of Social Workers Press and Oxford University Press.

BIBLIOGRAFIA

ACIDI: ALTO COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO E DIÁLOGO INTERCULTURAL (2007) - Plano para a integração dos imigrantes. Lisboa: ACIDI.

ACTIS, Walter (2009) - Reacções latino-americanas à adopção da directiva de retorno. Revista Migrações. Lisboa: ACIDI. vol. 5, p. 63-86.

BAGANHA, Maria; FERRÃO, João; MALHEIROS, Jorge (1999) – Os imigrantes e o mercado de trabalho: o caso português. Análise Social. vol. 34, n.º 150, p. 147-173.

BENTES, Margarida [et al.] (2004) - Health Care Systems in Transition: Portugal. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. vol. 6, n.º 1.

CAPUCHA, Luís (2008) - Planeamento e Avaliação de Projetos. Lisboa: Selenova.

CARBALLO, Manuel; DIVINO, José; ZERIC, Damir (1998) - Migration and health in the European Union. Tropical Medicine and International Health. vol. 3, p. 936-944.

CARBALLO, Manuel; NERUKAR, Aditi (2001) - Migration, refugees, and health risks. Emerging Infectious Diseases. vol. 7, p. 556-560.

CARBALLO, Manuel (2007) - The challenge of migration and health. Antwerp: International Centre for Migration and Health.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela (2008) - Metodologia da Investigação: Guia para Auto-aprendizagem. 2.ª ed. Lisboa: Universidade Aberta.

CARMO, Renato [et al.] (2018) - Desigualdades Sociais: Portugal e Europa. ISCTE, Lisboa: Mundos Sociais.

CARVALHO, Maria Irene (2011) - Serviço Social e envelhecimento ativo: teorias, práticas e dilemas profissionais. Revista Intervenção Social. vol. 38, p. 45-60.

D'ALMEIDA, André. coord. (2004) - O impacto da imigração nas Sociedades da Europa - Um estudo para a Rede Europeia das Migrações: O caso Português. Lisboa: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. MAI.

DIAS, Sónia. coord. (2007) - Imigração e Saúde. Revista Migrações. n.º 1. ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.

ENNES, Marcelo; GOES, Allisson; MENESES, Cleber, org. (2021) – Migrações Internacionais sob Múltiplas Perspetivas. 1.ª ed. Coleções Sociologias Necessárias. vol. 5. Aracaju: Criação Editora.

ESHIETT, Michael; PARRY, Eldryd (2003) - Migrants and health: a cultural dilemma. Clinical Medicine. vol. 3, p. 229-231.

ESTEVES, Alina. coord. (2017) - Condições de vida e inserção laboral dos imigrantes em Portugal: efeitos da crise de 2007-2008. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações.

ESTEVES, Alina; FONSECA, Maria; MALHEIROS, Jorge (2018) – Labour market integration of immigrants in Portugal in times of austerity: resilience, in situ responses and re-emigration. Journal of Ethnic and Migration Studies. vol. 44, n.º 14, p. 2375-2391.

FARMHOUSE, Maria Rosário (2011) - Imigração, Transculturalidade e Inclusão. Intervenção Social. vol. 38, p. 89-97. Universidade Lusíada.

FASANI, Francesco; MAZZA, Jacopo (2020) – A Vulnerable Workforce: Migrant Workers in the COVID-19 Pandemic. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

FIGUEIREDO, Joana (2005) - Fluxos Migratórios e Cooperação para o Desenvolvimento – Realidades Compatíveis no Contexto Europeu?. Lisboa: ACIME.

FLICK, Uwe (2005) - Métodos qualitativos na investigação científica. Lisboa: Monitor.

FONSECA, Maria [et al.] (2007) - Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. Revista Migrações. vol. 1, p. 27-52.

GONÇALVES, Aldina [et al.] (2003) - Acesso aos cuidados de saúde de comunidades imigrantes: problemas e perspectivas de intervenção. Revista Portuguesa de Saúde Pública. vol. 21, n.º 1, p. 55-64.

HORTA, Rosário; CARVALHO, Amélia (2007) - O Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante: uma estratégia de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. Revista Migrações. vol. 1, p. 179-186.

HOWE, David (1992) - An introduction to Social Work Theory: Making Sense in Practice. England: Ashgate Publishing Limited.

JANSÁ, Josep; OLALLA, Patrícia (2004) - Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gaceta Sanitaria. vol. 18, p. 201-313.

JENKS, Christopher (2018) - Recording and Transcribing Social interaction. In Qualitative Data Collection. FLICK, Uwe, ed. SAGE. p. 118-130.

KANDULA, Namratha; KERSEY, Margaret; LURIE, Nicole (2004) - Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us. Annual Review of Public Health. vol. 25, p. 357-376.

MACHADO, Fernando (1997) – Contornos e especificidades da imigração em Portugal. Sociologia – Problemas e Práticas. n.º 24, p. 9-44.

MACHADO, Maria (2007) - Imigrantes, saúde e educação. In DIAS, Sónia, org. Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde. n.º 1, p. 197-199. Lisboa: ACIDI.

MALHEIROS, Jorge. coord. (2013) - Diagnóstico da situação da população imigrante em Portugal: características, problemas e potencialidades. Lisboa: ACIDI.

MARSHALL, Catherine; ROSSMAN, Gretchen (2016) – Designing Qualitative Research. 6.ª ed. USA: SAGE.

MATIAS, Maria (1999) – Génese e emergência do serviço social de saúde. Intervenção Social. n.º 20, p. 91-115.

MOZZICAFREDDO, Juan (1992) - O Estado-Providência em Portugal: estratégias contraditórias. Sociologia – problemas e práticas. vol. 12, p. 57-89.

OKIE, Susan (2007) - Immigrants and health care: at the intersection of two broken systems. The New England Journal of Medicine. vol. 357, p. 525-529.

PAYNE, Malcolm (2011) - Humanistic Social Work. London: Palgrave.

PEIXOTO, João (2008) – Imigração e mercado de trabalho em Portugal: investigação e tendências. In PEIXOTO, João, org. Revista Migrações – Número Temático Imigração e Mercado de Trabalho. n.º 2, p. 19-46. Lisboa: ACIDI.

PEREIRA, Sónia; ESTEVES, Alina (2017) – Os efeitos da crise económica na situação laboral dos imigrantes: o caso dos brasileiros em Portugal. REMHU – Revisão Interdisciplinar da Mobilidade Humana. vol. 25, n.º 49, p. 135-152. Brasília.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1998) - Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.

SILVA, António; MARTINGO, Carla (2007) - Unidades de saúde amigas dos migrantes. Número Temático: Imigração e Saúde. n.º 1, p. 155-159. Lisboa: ACIDI.

SUNDQUIST, Jan (2001) - Migration, equality and access to health care services. Journal of Epidemiology & Community Health. vol. 55, p. 691-692. Karolinska Institutet: Sweden.

THUMÉ, Bruna (2020) - Os Direitos dos Imigrantes Ilegais em Portugal: Uma verificação acerca da desumanização dos imigrantes e seus efetivos direitos. Âmbito Jurídico. n.º 198.

TREVITHICK, Pamela (2012) - Social Work Skills and Knowledge: a practice handbook. New York: Open University Press.

WOLFFERS, Ivan; VERGHIS, Sharuna; MARIN, Malu (2003) - Migration, human rights, and health. Lancet. vol. 362, p. 2019-2020.

ANEXOS

ANEXO A – CIRCULAR INFORMATIVA ERS



ALERTA DE SUPERVISÃO N.º 06/2020

ERS, 8 de abril de 2020

(Alterado e atualizado em 5 de junho de 2020)

Acesso de cidadãos estrangeiros a cuidados de saúde no SNS – em especial, no âmbito da situação atual epidemia SARS-CoV-2 e de infeção epidemiológica por COVID-19

Considerando todo o quadro legal e orientador em matéria do acesso de cidadãos estrangeiros em Portugal a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS), tal qual previsto na Base 21 da Lei de Bases da Saúde, no Despacho n.º 25360/2001 de 12 de Dezembro de 2001, na Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD da DGS, na Circular Informativa Conjunta n.º 13/2013 da ACSS e da DGS e no *"Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde por Cidadãos Estrangeiros"* (Ministério da Saúde/DGS/ACSS);

Considerando a recente publicação do Despacho n.º 3863-B/2020, de 27 de março, que determina que, no atual contexto de epidemia SARS-CoV-2 e de infeção epidemiológica por COVID-19, a gestão dos atendimentos e agendamentos pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) seja feita de forma a garantir inequivocamente os direitos de todos os cidadãos estrangeiros com processos pendentes;

Considerando a emergência de saúde pública e situação excecional que se vive no momento atual, face à epidemia SARS-CoV-2 e à infeção epidemiológica por COVID-19;

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de várias reclamações de utentes estrangeiros evidenciando constrangimentos no acesso à prestação de cuidados de saúde¹;

A ERS, no exercício dos seus poderes de supervisão, **alerta todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, em especial, os prestadores de cuidados de saúde primários**, para o seguinte:

- i. É facultado aos cidadãos estrangeiros que residam em Portugal o acesso em igualdade de tratamento ao dos beneficiários do SNS a cuidados de saúde e de assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS.
- ii. Para efeitos de obtenção do número de utente do SNS, os cidadãos estrangeiros devem exibir, perante os serviços de saúde da sua área de residência, o documento comprovativo de autorização de permanência ou de residência ou visto de trabalho em território nacional (conforme as situações aplicáveis).
- iii. Os cidadãos estrangeiros estão sujeitos aos mesmos princípios e normas aplicáveis à população em geral em matéria de pagamento e de isenção de taxas moderadoras, nos termos da legislação em vigor.
- iv. Nos termos do Despacho n.º 3863-B/2020, de 27 de março, relativamente aos cidadãos estrangeiros que tenham formulado pedidos ao abrigo do regime jurídico da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional ou que tenham formulado pedidos ao abrigo das condições e procedimentos de concessão de asilo ou proteção subsidiária, **considera-se ser regular a sua permanência em território nacional quando possuam processos pendentes no SEF à data de 18 de março, aquando da declaração do Estado de Emergência Nacional.**

¹ No decurso de 2019, a ERS emitiu instruções no âmbito dos processos de inquérito publicados na sua página sob as referências ERS/030/18, ERS/084/18, ERS/129/18 e ERS/132/18, sendo que em todos eles se evidenciava a existência de constrangimentos no acesso a cuidados de saúde por parte de cidadãos estrangeiros. Podem ser consultadas as instruções em <https://www.ers.pt/pt/regulacao/?filtro1=4643&filtro2=15439>.

- v. Os documentos que atestam a situação dos cidadãos referidos no número anterior são:
- a) Nos pedidos formulados ao abrigo dos artigos 88.º, 89.º e 90.º-A do regime jurídico da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional, o documento de manifestação de interesse ou pedido emitido pelas plataformas de registo em uso no SEF;
 - b) Noutras situações de processos pendentes no SEF (designadamente, concessões ou renovações de autorização de residência), seja do regime geral ou dos regimes excecionais, o documento comprovativo do agendamento no SEF ou recibo comprovativo de pedido efetuado.
- vi. Os documentos referidos no ponto anterior são considerados válidos perante todos os serviços públicos, **designadamente, para obtenção do número de utente, acesso ao Serviço Nacional de Saúde ou a outros direitos de assistência à saúde.**
- vii. Aos utentes que, em alternativa aos documentos previstos no ponto ii., disponham de documento emitido pelas juntas de freguesia comprovativo de que se encontram em Portugal há mais de 90 dias, deve ser assegurado, nos termos do .º 5 Despacho n.º 25360/2001, de 12 de dezembro, o acesso a cuidados de saúde adequados e de qualidade no SNS, podendo-lhes ser cobradas as despesas efetuadas, excetuando a prestação de cuidados de saúde em situações que ponham em perigo a saúde pública (melhor descritas no ponto 7 da Circular Informativa N.º12/DQS/DMD da DGS), atentas as circunstâncias do caso concreto, nomeadamente no que concerne à sua situação económica e social, a aferir pelos serviços de segurança social.
- viii. Os cidadãos estrangeiros que não sejam titulares de documento comprovativo de autorização de residência nem de documento que certifique que se encontram a residir em Portugal há mais de noventa dias (ou seja, que não possuam nenhum dos documentos previstos nos pontos ii. e vii.), assim como os cidadãos estrangeiros que não possuam qualquer um dos documentos previstos no Despacho n.º 3863-B/2020, **têm acesso a cuidados de saúde nos mesmos termos que a população em geral nas seguintes situações** (ponto 7 da Circular Informativa N.º12/DQS/DMD da DGS):
- Cuidados de saúde urgentes e vitais;

- Doenças transmissíveis que representem perigo ou ameaça para a saúde pública, em especial, infeção epidemiológica por COVID-19 (assim como tuberculose ou HIV, por exemplo);
 - Cuidados no âmbito da saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, nomeadamente, acesso a consultas de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, acompanhamento e vigilância da mulher durante a gravidez, parto e puerpério e cuidados de saúde prestados aos recém-nascidos;
 - Cuidados de saúde a menores que se encontram a residir em Portugal;
 - Vacinação, conforme o Programa Nacional de Vacinação em vigor;
 - Cidadãos estrangeiros em situação de Reagrupamento Familiar, quando alguém do seu agregado familiar efetua descontos para a Segurança Social devidamente comprovados;
 - Cidadãos em situação de exclusão social ou em situação de carência económica comprovada pelos Serviços da Segurança Social.
- ix.** Os cidadãos estrangeiros que não sejam titulares de nenhum dos documentos referidos nos pontos ii. e v. e que não se encontrem nas situações descritas no ponto anterior têm acesso aos cuidados de saúde de que necessitarem, devendo ser posteriormente encaminhados pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde para um Centro Nacional de Apoio ao Imigrante ou para um Centro Local de Apoio à Integração dos Imigrantes mais próximo, a fim de estas estruturas, em articulação com as outras entidades oficiais competentes, procederem à regularização da sua situação.

A	Cidadãos estrangeiros que possuem documento comprovativo de autorização de permanência, de residência ou visto de trabalho		Academ a cuidados de saúde no SNS nos mesmos termos que os cidadãos portugueses.
B	Cidadãos estrangeiros que possuem documento emitido pelas juntas de freguesia, comprovativo de que se encontram a residir em Portugal há mais de 90 dias		Academ a cuidados de saúde no SNS nos mesmos termos que os cidadãos portugueses.
C	Cidadãos estrangeiros que possuem documento de manifestação de interesse ou de pedido emitido pelo SEF, documento comprovativo do agendamento no SEF ou recibo comprovativo de pedido efetuado, nos termos do Despacho n.º 3863-B/2020		Academ a cuidados de saúde no SNS nos mesmos termos que os cidadãos portugueses.
D	Cidadãos estrangeiros que necessitem cuidados urgentes, cuidados de saúde pública, cuidados a grávidas e de planeamento familiar, cuidados a menores, cuidados de vacinação, cuidados no âmbito de reagrupamento familiar, cuidados em situação de exclusão social		Academ a cuidados de saúde no SNS nos mesmos termos que os cidadãos portugueses, mesmo não sendo portadores dos documentos referidos em A), B) e C)
E	Cidadãos estrangeiros que necessitem cuidados urgentes, cuidados de saúde pública, cuidados a grávidas e de planeamento familiar, cuidados a menores, cuidados de vacinação, cuidados no âmbito de reagrupamento familiar, cuidados em situação de exclusão social		Academ a cuidados de saúde com posterior encaminhamento para Centro Nacional de Apoio ao Imigrante ou Local de Apoio à Integração dos Imigrantes.*

* Consultar perguntas frequentes relativas ao Despacho n.º 3863-B/2020 no site da ERS em <https://www.ers.pt/media/3206/faqs-medidas-extraordinarias-no-acesso-de-imigrantes-ao-servico-nacional-de-saude-sns.pdf>.

ANEXO 1 - REGISTO ACADÉMICO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Inês Casquilho-Martins

De: Fernando Duarte
Enviado: 7 de outubro de 2021 11:03
Para: sorayaarferreira@gmail.com
Cc: Inês Casquilho-Martins
Assunto: Dissertação de Mestrado em Serviço Social - aprovação de Tema, Título e nomeação de Orientador

Exm.ª Senhora Dr.ª Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira (11009116),

Com referência ao pedido de aprovação de Tema e Título de Dissertação de Mestrado em Serviço Social, e de nomeação de Orientador, é o seguinte o teor do despacho do Magnífico Reitor, o Professor Doutor Afonso d'Oliveira Martins, que transcrevo: *"Aprovo. 6.10.2021. Afonso d'Oliveira Martins"*.

Assim, fica registado o Título "**A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde**" e nomeada Orientadora a Professora Doutora Inês Casquilho-Martins, da Universidade Lusíada.

Os meus cumprimentos.



Fernando Duarte
Diretor dos Serviços do ILPG
Instituto Lusíada de Pós-Graduações
Rua da Junqueira, n.º 194
1349-001 LISBOA
Telef. - 213611531
afmd@ulusiada.pt
www.lis.ulusiada.pt

ANEXO 2 - REQUERIMENTOS E PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO

Almada, 2 de dezembro de 2021

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta

Dr. Luís Amaro,

Eu, Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira, sou assistente social deste hospital, exercendo funções no serviço de internamento de medicina III, neurologia e cardiologia, encontro-me a frequentar o Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa (ISSSL), da Universidade Lusíada, sendo investigadora do Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS).

Neste sentido, venho pelo presente meio solicitar a sua autorização para a realização do projeto de investigação no Hospital Garcia de Orta, no contexto de elaboração da dissertação de Mestrado com o tema “A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde”, sob a orientação da Professora Doutora Inês Casquilho-Martins. O objetivo desta investigação é analisar as condições e acesso da população imigrante aos cuidados de saúde em Portugal, centrando-se no estudo da intervenção social e das políticas públicas e sociais em Portugal, na área da saúde e, em particular, no sistema de saúde público hospitalar.

Em anexo a este pedido, envio cópia da autorização de registo do projeto pela universidade, da fundamentação científica e procedimentos metodológicos, da ficha de consentimento informado, bem como os instrumentos de recolha de dados a aplicar, designadamente um modelo de questionário e um guião de entrevista, visando garantir que serão assegurados os padrões éticos fundamentais no decurso desta investigação. Estarei, ainda, disponível para após a conclusão do estudo facultar os resultados obtidos, assim como, da dissertação elaborada.

Agradecendo, desde já, a sua melhor atenção, encontro-me disponível para qualquer questão adicional através do endereço de e-mail: sorayaarferreira@gmail.com.

Com os meus melhores cumprimentos,

Soraia Ferreira

Almada, 2 de dezembro de 2021

Exma. Senhora Presidente do Conselho de Ética do Hospital Garcia de Orta

Dr.^a Natália Dias,

Eu, Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira, sou assistente social deste hospital, exercendo funções no serviço de internamento de medicina III, neurologia e cardiologia, encontro-me a frequentar o Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa (ISSSL), da Universidade Lusíada, sendo investigadora do Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS).

Neste sentido, venho pelo presente meio solicitar o seu parecer à realização do projeto de investigação no Hospital Garcia de Orta, no contexto de elaboração da dissertação de Mestrado com o tema “A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde”, sob a orientação da Professora Doutora Inês Casquilho-Martins. O objetivo desta investigação é analisar as condições e acesso da população imigrante aos cuidados de saúde em Portugal, centrando-se no estudo da intervenção social e das políticas públicas e sociais em Portugal, na área da saúde e, em particular, no sistema de saúde público hospitalar.

Em anexo a este pedido, envio cópia da autorização de registo do projeto pela universidade, da fundamentação científica e procedimentos metodológicos, da ficha de consentimento informado, bem como os instrumentos de recolha de dados a aplicar, designadamente um modelo de questionário e um guião de entrevista, visando garantir que serão assegurados os padrões éticos fundamentais no decurso desta investigação. Estarei, ainda, disponível para após a conclusão do estudo facultar os resultados obtidos, assim como, da dissertação elaborada.

Agradecendo, desde já, a sua melhor atenção, encontro-me disponível para qualquer questão adicional através do endereço de e-mail: sorayaarferreira@gmail.com.

Com os meus melhores cumprimentos,

Soraia Ferreira

Almada, 2 de dezembro de 2021

Exma. Senhora Diretora do Serviço Social do Hospital Garcia de Orta

Dr.^a Benedita Nunes,

Eu, Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira, sou assistente social deste hospital, exercendo funções no serviço de internamento de medicina III, neurologia e cardiologia, encontro-me a frequentar o Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa (ISSSL), da Universidade Lusíada, sendo investigadora do Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS).

Neste sentido, venho pelo presente meio solicitar a sua autorização para a realização do projeto de investigação no Serviço Social do Hospital Garcia de Orta, no contexto de elaboração da dissertação de Mestrado com o tema “A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde”, sob a orientação da Professora Doutora Inês Casquilho-Martins. O objetivo desta investigação é analisar as condições e acesso da população imigrante aos cuidados de saúde em Portugal, centrando-se no estudo da intervenção social e das políticas públicas e sociais em Portugal, na área da saúde e, em particular, no sistema de saúde público hospitalar.

Em anexo a este pedido, envio cópia da autorização de registo do projeto pela universidade, da fundamentação científica e procedimentos metodológicos, da ficha de consentimento informado, bem como os instrumentos de recolha de dados a aplicar, designadamente um modelo de questionário e um guião de entrevista, visando garantir que serão assegurados os padrões éticos fundamentais no decurso desta investigação. Estarei, ainda, disponível para após a conclusão do estudo facultar os resultados obtidos, assim como, da dissertação elaborada.

Agradecendo, desde já, a sua melhor atenção, encontro-me disponível para qualquer questão adicional através do endereço de e-mail: sorayaarferreira@gmail.com.

Com os meus melhores cumprimentos,

Soraia Ferreira

ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

130/2021

Gabinete de Investigação Centro Garcia de Orta <gabinete.investigacao@hgo.min-saude.pt> 5 de janeiro de 2021
Para: "sorayaarferreira@gmail.com" <sorayaarferreira@gmail.com>, Soraia Marques Lopes Ferreira <soraia.ferreira@hgo.min-saude.pt>

Exma Dra Soraia Ferreira

Enviamos em anexo a autorização à realização do Projeto intitulado " A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde".

Com os melhores cumprimentos,

Carla Lourenço Silva

Técnica Superior

Centro Garcia de Orta - Núcleo Técnico de Apoio



HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE

Av. Torrado da Silva – 2805-267 Almada | Portugal

M: +351 212 727 301

gabinete.investigacao@hgo.min-saude.pt

www.hgo.min-saude.pt



ANEXO 4 – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA
Mestrado em Serviço Social

Tema: A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde

Mestranda: Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira (Investigadora do CLISSIS)

Orientadora: Inês Casquilho Martins (Doutora em Serviço Social, Professora Auxiliar)

Ficha de Consentimento Informado
(Questionário)

O atual trabalho de investigação intitulado: “A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde”, está a ser desenvolvido por Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira, sob a orientação da Professora Doutora Inês Casquilho-Martins, inserindo-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa (ISSSL), da Universidade Lusíada.

O objetivo geral reflete a intencionalidade desta pesquisa em analisar as condições de acesso aos cuidados de saúde hospitalares dos cidadãos imigrantes em Portugal, elaborando uma sistematização de práticas integradoras e efetivadoras de direitos sociais.

A sua participação neste estudo é livre e voluntária, podendo retirar-se ou interromper a qualquer momento, ou ainda, recusar-se a participar, sem que isso produza quaisquer consequências ou danos para si. Mais se informa que a sua identidade, assim como qualquer informação que seja mencionada será confidencial e anonimizada.

Eu, _____ abaixo-assinado,

(nome completo do participante) declaro ter compreendido a informação anterior e aceito participar neste estudo, pelo que permito a utilização dos dados fornecidos de forma voluntária, sendo estes tratados de forma sigilosa e confidencial, tal como foi garantido pela investigadora.

Assinatura _____ do/a _____ participante:

Data: ____/____/_____

Em caso de dúvida, poderá contactar a investigadora deste estudo, através do endereço de *e-mail*: sorayaarferreira@gmail.com.

Assinatura _____ da _____ investigadora:

Data: ____/____/_____

ANEXO 5 – MODELO DE QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA
Mestrado em Serviço Social

Tema: A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde

Mestranda: Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira (Investigadora do CLISSIS)

Orientadora: Inês Casquilho Martins (Doutora em Serviço Social, Professora Auxiliar)

Modelo de questionário
(Utentes)

0 - Introdução do questionário a aplicar aos participantes

Boa tarde, chamo-me Soraia Ferreira, sou assistente social no Hospital Garcia de Orta e investigadora do CLISSIS, e estou a realizar um estudo sobre o acesso aos cuidados de saúde em Portugal. O meu contacto procura pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que estejam dispostas a partilhar as suas opiniões sobre o acesso aos cuidados de saúde em Portugal. Gostaria de assegurar-lhe que a sua participação é completamente voluntária e que as suas respostas são confidenciais. Além disso, as respostas recolhidas serão totalmente anónimas e qualquer informação identificável será removida. No total este questionário não deve tomar mais do que 15 minutos do seu tempo.

p.0.1 - Está disponível para participar neste estudo e o que os resultados sejam utilizados em contexto de investigação científica?

Sim

Não – Caso a resposta seja negativa terminar o questionário.

p.0.2 - Posso prosseguir com a entrevista?

Sim

Não – Caso a resposta seja negativa terminar o questionário.

Muito obrigada pela sua disponibilidade. Iremos então começar.

– Iniciar na pergunta 1.1

1 - Contexto socioeconómico e legal dos cidadãos imigrantes que acedem a cuidados de saúde em estabelecimentos de saúde públicos	
p.1.1 – Pode indicar-me o seu nível de escolaridade:	1 - Não tem nenhum grau de escolaridade concluído
	2 - Tem o ensino primário (1.º ciclo)
	3 - Tem o ensino básico (2.º e 3.º ciclo)
	4 - Tem o ensino secundário
	5 - Tem o ensino superior
	99 - Não sabe/Não responde
p.1.2 – Qual é a sua atual situação perante o emprego:	1 - Trabalhador(a) com contrato de trabalho
	2 - Trabalhador(a) sem contrato de trabalho
	3 - Em situação de baixa médica / CIT
	4 - Desempregado/a
	5 - Estudante
	6 - Reformado
	99 - Não sabe/Não responde

p.1.3 – Qual é a sua opinião sobre os rendimentos atuais do seu agregado familiar:	1 - Muito baixos
	2 - Baixos
	3 - Suficientes
	4 - Altos
	5 - Muito altos
	99 - Não sabe/Não responde
p.1.4 – Qual é o tipo de habitação onde vive:	1 - Casa própria
	2 - Casa alugada
	3 - Quarto alugado
	4 - Hotel / Pensão
	5 - Casa de acolhimento / Residência em instituição
	6 – Habitação cedida por familiar
	7 – Habitação ilegal / Casa abarracada
	99 - Não sabe/Não responde
p.1.5 – Qual é a sua fluência no idioma português:	1 - Não compreendo, nem falo
	2 - Compreendo algumas palavras, mas não falo
	3 - Compreendo facilmente e consigo dizer algumas palavras
	4 - Compreendo facilmente e tenho um discurso fluente
	99 - Não sabe/Não responde
p.1.6 – Há quanto tempo reside em Portugal:	1 – Menos de 1 ano
	2 – Entre 1 e 5 anos
	3 – Entre 5 e 10 anos
	4 – Mais de 10 anos
	99 - Não sabe/Não responde
p.1.7 – Em que situação documental se encontra presentemente em Portugal:	1 – Situação irregular (sem documentação)
	2 – Em regularização (processo pendente no SEF)
	3 – Situação regular (documentação caducada)
	4 – Visto de estudante
	5 – Acordo de cooperação de saúde
	6 – Título de residência temporária
	7 – Título de residência permanente
	8 – Residente na União Europeia
	9 – Nacionalidade portuguesa
	99 - Não sabe/Não responde

2 - Condições que potenciam ou limitam o acesso aos cuidados de saúde da população imigrante em Portugal	
p.2.1 - É beneficiário do SNS com nº de utente:	1 - Sim
	2 - Não
	99 - Não sabe/Não responde
p.2.2 - Tem acesso aos cuidados de saúde primários e hospitalares:	1 - Sim – <u>passar à pergunta 2.3</u>
	2 - Não – <u>pergunta 2.2.1</u>
	99 - Não sabe/Não responde
p.2.2.1 – Qual o motivo para não ter acesso aos cuidados de saúde:	<u>(resposta aberta)</u>
	99 - Não sabe/Não responde
p.2.3 – Já sentiu alguma dificuldade no acesso aos cuidados de saúde devido às barreiras linguísticas ou diferenças culturais:	1 – Sim
	1.1 – Quais? <u>(resposta aberta)</u>
	2 - Não
	99 - Não sabe/Não responde
p.2.4 - Considera que a informação sobre o acesso aos cuidados de saúde disponível para a população imigrante é:	1 – Muito difícil de compreender
	2 – Difícil de compreender
	3 – Fácil de compreender
	4 – Muito fácil de compreender
	99 - Não sabe/Não responde
p.2.5 - Recorreu a algum serviço ou instituição para pedido de apoio, informação ou orientação para aceder aos cuidados de saúde hospitalares, como por exemplo:	1 – Família / Amigos
	2 – Entidade empregadora / Instituição de ensino
	3 – Associações locais de imigrantes
	4 – Consulados / Embaixadas do país de origem
	5 – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)
	6 – Serviços de ação social
	7 – Serviço Social da USF da zona de residência
	8 – Serviço Social do Hospital Garcia de Orta
99 - Não sabe/Não responde	

3 – Medidas de política e de intervenção social para acesso e promoção do direito à saúde da população imigrante em Portugal	
p.3.1 - Conhece os seus direitos em Portugal:	1 - Sim
	2 - Não
	99 - Não sabe/Não responde
p.3.2 – Como classifica os direitos da população imigrante em Portugal:	1 – Não existem ou não se aplicam
	2 – Existem, mas não são reconhecidos/divulgados
	3 – São insuficientemente promovidos
	4 – São fortemente defendidos pelos profissionais e instituições
	99 - Não sabe/Não responde
p.3.3 – Que medidas considera que deveriam existir para melhorar a promoção do direito à saúde dos imigrantes em Portugal:	<u>(resposta aberta)</u>
	99 - Não sabe/Não responde
p.3.4 – Como classifica o atendimento dos/das assistentes sociais na área da saúde:	1 – Mau
	2 – Aceitável
	3 – Bom
	4 – Excelente
	99 - Não sabe/Não responde
p.3.5 – O impacto da intervenção do serviço social no hospital perante a sua situação foi:	1 – Nada importante
	2 – Pouco importante
	3 – Importante
	4 – Muito importante
	99 - Não sabe/Não responde
p.3.6 – Que aspetos considera importantes na intervenção dos assistentes sociais na área da saúde com a população imigrante em Portugal?	<u>(resposta aberta)</u>
	99 - Não sabe/Não responde

Fim

Chegámos ao fim deste questionário.

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração nas respostas a este tema.

p.0.3 - Há alguma questão sobre este estudo que me queira colocar antes de terminarmos o questionário?

Sim

Não – Caso a resposta seja negativa terminar o questionário.

Assim sendo, este questionário está dado como terminado.

Muito obrigada pela sua participação.

ANEXO 6 – ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO

A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde

*Obrigatório

1. Código de participante *

Contexto socioeconómico e legal dos cidadãos imigrantes que acedem a cuidados de saúde em estabelecimentos de saúde públicos

2. Pode indicar-me o seu nível de escolaridade? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Não tem nenhum grau de escolaridade concluído
- Tem o ensino primário (1.º ciclo)
- Tem o ensino básico (2.º e 3.º ciclo)
- Tem o ensino secundário
- Tem o ensino superior
- Não sabe/Não responde

3. Qual é a sua atual situação perante o emprego? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Trabalhador(a) com contrato de trabalho
- Trabalhador(a) sem contrato de trabalho
- Em situação de baixa médica / CIT
- Desempregado/a
- Estudante
- Reformado
- Não sabe/Não responde

4. Qual é a sua opinião sobre os rendimentos atuais do seu agregado familiar? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Muito baixos
- Baixos
- Suficientes
- Altos
- Muito altos
- Não sabe/Não responde

5. Qual é o tipo de habitação onde vive? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Casa própria
- Casa alugada
- Quarto alugado
- Hotel / Pensão
- Casa de acolhimento / Residência em instituição
- Habitação ilegal / Casa abarracada
- Não sabe/Não responde
- Habitação cedida por familiar

6. Qual é a sua fluência no idioma português? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Não compreendo, nem falo
- Compreendo algumas palavras, mas não falo
- Compreendo facilmente e consigo dizer algumas palavras
- Compreendo facilmente e tenho um discurso fluente
- Não sabe/Não responde

7. Há quanto tempo reside em Portugal? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Mais de 10 anos
- Não sabe/Não responde

8. Em que situação documental se encontra presentemente em Portugal? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Situação irregular (sem documentação)
- Em regularização (processo pendente no SEF)
- Situação regular (documentação caducada)
- Acordo de cooperação de saúde
- Título de residência temporária
- Título de residência permanente
- Residente na União Europeia
- Nacionalidade portuguesa
- Visto de estudante
- Não sabe/Não responde

Condições que potenciam ou limitam o acesso aos cuidados de saúde da população imigrante em Portugal

9. É beneficiário do Serviço Nacional de Saúde com n.º de utente? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim
- Não
- Não sabe/Não responde

10. Tem acesso aos cuidados de saúde primários e hospitalares? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim
- Não
- Não sabe/Não responde

11. Qual o motivo para não ter acesso aos cuidados de saúde?

12. Já sentiu alguma dificuldade no acesso aos cuidados de saúde devido às barreiras linguísticas ou diferenças culturais? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim
- Não
- Não sabe/Não responde
- Outra: _____

13. Se sim, quais?

14. Considera que a informação sobre o acesso aos cuidados de saúde disponível para a população imigrante é...? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Muito fácil de compreender
- Fácil de compreender
- Difícil de compreender
- Muito difícil de compreender
- Não sabe/Não responde

15. Recorreu a algum serviço ou instituição para pedido de apoio, informação ou orientação para aceder aos cuidados de saúde hospitalares? Como por exemplo? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Família / Amigos
- Entidade empregadora / Instituição de ensino
- Associações locais de imigrantes
- Consulados / Embaixadas do país de origem
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)
- Serviços de ação social
- Serviço Social da USF / Centro de Saúde
- Serviço Social do Hospital Garcia de Orta
- Não sabe/Não responde

Medidas de política e de intervenção social para acesso e promoção do direito à saúde da população imigrante em Portugal

16. Conhece os seus direitos em Portugal? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim
- Não
- Não sabe/Não responde

17. Como classifica os direitos da população imigrante em Portugal? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Não existem ou não se aplicam
- Existem, mas não são reconhecidos/divulgados
- São insuficientemente promovidos
- São fortemente defendidos pelos profissionais e instituições
- Não sabe/Não responde

18. Que medidas considera que deveriam existir para melhorar a promoção do direito à saúde dos imigrantes em Portugal? *

19. Como classifica o atendimento dos/das assistentes sociais na área da saúde? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Excelente
 Bom
 Aceitável
 Mau
 Não sabe/Não responde

20. O impacto da intervenção do serviço social no hospital perante a sua situação foi...? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Muito importante
 Importante
 Pouco importante
 Nada importante
 Não sabe/Não responde

21. Que aspetos considera importantes na intervenção dos assistentes sociais na área da saúde com a população imigrante em Portugal? *

ANEXO 7 – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM ENTREVISTA

Exma. Senhora Dra. _____,

Venho por este meio convidá-la, enquanto Assistente Social, para participação no trabalho de investigação intitulado: “A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde”, que está a ser desenvolvido por Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira, sob a orientação da Professora Doutora Inês Casquilho-Martins, inserindo-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa (ISSSL), da Universidade Lusíada.

O objetivo deste estudo consiste em analisar as condições de acesso aos cuidados de saúde hospitalares dos cidadãos imigrantes em Portugal, elaborando uma sistematização de práticas integradoras e efetivadoras de direitos sociais.

A recolha de dados será realizada sob a forma de uma entrevista semiestruturada, realizada presencialmente quando possível, com recurso a gravação áudio para posterior transcrição e análise de conteúdo.

A sua participação neste estudo é livre e voluntária, podendo retirar-se ou interromper a qualquer momento, ou ainda, recusar-se a participar. Mais se informa que a sua identidade, assim como qualquer informação que seja mencionada será confidencial e anonimizada.

Agradecendo, desde já, a sua colaboração.

Os meus melhores cumprimentos,

Soraia Ferreira

Assistente Social

Mestranda em Serviço Social

Universidade Lusíada de Lisboa

ANEXO 8 – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA APLICAÇÃO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA
Mestrado em Serviço Social

Tema: A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde

Mestranda: Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira (Investigadora do CLISSIS)

Orientadora: Inês Casquilho Martins (Doutora em Serviço Social, Professora Auxiliar)

Ficha de Consentimento Informado

(Entrevista)

O atual trabalho de investigação intitulado: “A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde”, está a ser desenvolvido por Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira, sob a orientação da Professora Doutora Inês Casquilho-Martins, inserindo-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa (ISSSL), da Universidade Lusíada.

O objetivo geral reflete a intencionalidade desta pesquisa em analisar as condições de acesso aos cuidados de saúde hospitalares dos cidadãos imigrantes em Portugal, elaborando uma sistematização de práticas integradoras e efetivadoras de direitos sociais.

A sua participação neste estudo é livre e voluntária, podendo retirar-se ou interromper a qualquer momento, ou ainda, recusar-se a participar, sem que isso produza quaisquer consequências ou danos para si. Mais se informa que a sua identidade, assim como qualquer informação que seja mencionada será confidencial e anonimizada.

Eu, _____ abaixo-assinado,

(nome completo do participante) declaro ter compreendido a informação anterior e aceito participar neste estudo, pelo que permito a utilização dos dados fornecidos de forma voluntária e autorizo o registo de gravação áudio da entrevista, sendo estes tratados de forma sigilosa e confidencial, e posteriormente eliminados, tal como foi garantido pela investigadora.

Assinatura _____ do/a _____ participante:

Data: ____/____/_____

Em caso de dúvida, poderá contactar a investigadora deste estudo, através do endereço de *e-mail*: sorayaarferreira@gmail.com.

Assinatura _____ da _____ investigadora:

Data: ____/____/_____

ANEXO 9 – GUIÃO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA
Mestrado em Serviço Social

Tema: A intervenção social com a população imigrante: promoção do acesso aos cuidados de saúde

Mestranda: Soraia Alexandra Rodrigues Ferreira (Investigadora do CLISSIS)

Orientadora: Inês Casquilho Martins (Doutora em Serviço Social, Professora Auxiliar)

Guião de Entrevista

(Assistentes Sociais)

Contexto socioeconómico e legal dos cidadãos imigrantes que acedem a cuidados de saúde em estabelecimentos de saúde públicos

1 - Como base na sua experiência profissional como descreve os contextos e condições sociais, económicas, culturais e legais (i.e. de regularização perante o SEF) da população imigrante que é atendida e/ou acompanhada pelo Serviço Social?

Condições que potenciam ou limitam o acesso aos cuidados de saúde da população imigrante em Portugal

2 - Como classifica as práticas e medidas de promoção da saúde apresentadas pela população imigrante, no que se refere ao seu contexto e hábitos quotidianos?

3 - Quais as principais limitações e potencialidades que identifica na promoção do acesso aos cuidados de saúde da população imigrante?

4 - Qual é a sua opinião profissional relativamente à articulação existente entre diferentes serviços, nomeadamente serviços e unidades de saúde, estruturas de apoio da comunidade e serviços sociais locais dirigidos à população imigrante em Portugal?

5 - Quais os principais parceiros com quem desenvolve um trabalho colaborativo para garantia da continuidade dos cuidados de saúde desta população e qual o seu papel neste domínio?

Medidas de política e de intervenção social que contribuam para os processos de regularização, integração social e promoção do direito à saúde em Portugal

6 - Considera que as medidas de imigração existentes facilitam a regularização e, conseqüentemente, o acesso aos cuidados de saúde aos cidadãos imigrantes?

7 - Considera que as respostas políticas, sociais e locais disponíveis para a população imigrante são suficientes para satisfazer as suas necessidades e auxiliar a intervenção dos profissionais, ou quais seriam as medidas necessárias para efetivar a garantia do direito à saúde?

8 - Quanto à intervenção do Serviço Social, como descreve os processos ou diligências que são efetuados de forma a assegurar o direito à saúde da população imigrante residente em Portugal?

9 - Sugere alguma alteração ao nível dos procedimentos ou das respostas existentes, que possam facilitar a sua intervenção e a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos imigrantes?

ANEXO 10 – QUADRO DE DIMENSÕES DE ANÁLISE: CIDADÃOS IMIGRANTES

Fonte: Elaboração própria

Dimensão	Indicador	Categoria	Subcategoria	
Caraterização dos cidadãos imigrantes	Sociodemográficos	Sexo		
		Nacionalidade		
		Idade		
		Nível de Escolaridade		
	Socioeconómicos	Situação perante o emprego		
		Habitação		
		Rendimentos		
	Redes de apoio	Familiar		
		Institucional		
Caraterização dos cidadãos imigrantes	Socioculturais	Domínio da Língua		
		Hábitos culturais		
	Legais	Situação documental		
		Acesso à regularização		
Condições de acesso da população imigrantes aos cuidados de saúde	Condições de acesso aos cuidados de saúde	Informação e apoio	Informação sobre o acesso	
			Apoio ao acesso	
		Fatores que facilitam o acesso	Proximidade linguística	
			Proximidade cultural	
			Medidas e acordos	
			Tipologia do sistema em Portugal	
	Fatores que dificultam o acesso	Barreiras Linguísticas		
		Hábitos Culturais		
		Burocracia do sistema		
	Promoção do acesso aos cuidados e trabalho em parceria	Medidas		
		Programas		
		Serviços e unidades de saúde		
		Estruturas de apoio à comunidade		
Serviços Sociais Locais				
SEF				
Efetivação do acesso aos cuidados de saúde	Políticas e medidas de imigração e de acesso aos cuidados	Direitos da população imigrante	Informação	
			Acesso	
	Intervenção do Serviço Social	Atendimento e acompanhamento à população		Qualidade dos serviços prestados
				Resultado dos serviços prestados
Contributos para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde	Medidas			
	Intervenção do Serviço Social			

ANEXO 11 – GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Dimensão	Indicador	Categoria	Frequência	Excerto
1. Contexto socioeconómico e legal dos cidadãos imigrantes que acedem aos cuidados de saúde em estabelecimentos de saúde públicos	1.1. Caracterização da população imigrante enquanto utentes acompanhados pelo Serviço Social	Social Económica Cultural Legal		
2. Condições que potenciam ou limitam o acesso aos cuidados de saúde da população imigrante em Portugal	2.1. Práticas da população imigrante no acesso aos cuidados de saúde	Contexto social Hábitos quotidianos		
	2.2. Limitações e potencialidades nos cuidados de saúde à população imigrante			
	2.3. Articulação existente com outros serviços/entidades no âmbito da intervenção com a população imigrante			
	2.4. Principais parceiros/entidades de apoio			
3. Medidas de política e de intervenção social que contribuam para os processos de regularização, integração social e promoção do direito à saúde em Portugal	3.1. Medidas de imigração	Facilitação da regularização Acesso aos cuidados de saúde		
	3.2. Respostas que garantem o direito à saúde da população imigrante	Políticas Sociais Locais		
	3.3. Intervenção do Serviço Social	Diligências efetuadas		
	3.4. Alterações ao nível das respostas existentes	Propostas Procedimentos		

Fonte: Elaboração própria

