

Ana Maria Godinho Lisboa

# **Vulnerabilidades em Saúde e Serviço Social: Um estudo sobre perceções e processos de intervenção no âmbito dos doentes evacuados dos PALOP**

Dissertação do Mestrado em Serviço Social, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Helena Neves Almeida

Março/2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Vulnerabilidades em Saúde e Serviço Social:  
Um estudo sobre perceções e processos de  
intervenção no âmbito dos doentes evacuados  
dos PALOP

*Dissertação do Mestrado em Serviço Social, apresentada à Faculdade de  
Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob  
orientação da Professora Doutora Helena Neves Almeida*

Ana Maria Godinho Lisboa

Coimbra, Março de 2017

*Ao meu avô, a estrelinha que  
mais se orgulharia desta  
conquista,  
“Deixaste-te ficar em tudo  
(...) és o dia, e a tarde dentro  
do dia, e o sol dentro da  
tarde; és o mundo todo por  
seres a sua pele”  
(José Luís Peixoto, 2000)*

## **AGRADECIMENTOS**

Nenhum trabalho é resultado de uma só pessoa. Esta pesquisa é um somatório de experiências, de partilhas e de saberes. Chegada ao fim de mais uma etapa tenho a agradecer a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte deste percurso académico, que me permitiu a aquisição de várias competências para um crescimento a nível pessoal, profissional, humano e humanitário.

Primeiramente quero agradecer á Professora Doutora Helena Neves Almeida, um exemplo e referência do Serviço Social, e destacar o seu enorme contributo para o resultado final desta pesquisa, com a sua orientação, o estímulo desafiante a fazer sempre mais e melhor e a motivação transmitida.

Aos docentes da licenciatura em Serviço Social da ESECS do Instituto Politécnico de Leiria e do Mestrado de Serviço Social da Faculdade Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, com os quais tive o privilégio de aprender, e que enriqueceram o meu percurso através da partilha dos seus conhecimentos e experiências, proporcionando-me uma formação á altura dos grandes desafios.

À Exma. Senhora Diretora do Serviço Social dos CHUC, Isabel Ventura, por apoiar a ideia inicial desta pesquisa, pelo estímulo á investigação nesta área e por todas as diligências necessárias e fundamentais para que fosse possível a sua concretização.

À Mestre Dr.<sup>a</sup> Dulce Pitarna, por ser a grande influência para a escolha do tema desta dissertação, pelo seu exemplo de profissionalismo e dedicação enquanto assistente social na área da saúde, e por sempre me ter transmitido e demonstrado que é possível que o Serviço Social tenha impacto nos seus vários níveis de intervenção.

À Exma. Senhora Coordenadora do Serviço Social do Hospital Pediátrico de Coimbra, Conceição Matias, por também ela apoiar a realização desta pesquisa.

Realço ainda o elevado contributo das assistentes sociais do CHUC que colaboraram comigo. Agradeço toda a disponibilidade, os momentos dispensados para as entrevistas, as partilhas, reflexões, e a forma como cada uma me acolheu no âmbito do seu quotidiano profissional para as observações que realizei. Mostraram mais uma vez, que o Serviço Social pode ser uma arte.

Aos doentes que partilharam comigo as suas histórias, vivências, dificuldades e emoções, enriquecendo não só esta pesquisa como também o meu olhar perante a intervenção do serviço social, e perante as adversidades que todos enfrentam na vida. Um obrigada por este sentido de resiliência que cada um deles me transmitiu.

Á minha mãe, um obrigada especial - por ser a calma nos dias mais agitados, por ser a motivação nos dias menos produtivos e por ser o exemplo de garra. Ao meu pai pelas palavras de incentivo, quem têm sempre mais valor e impacto do que ele possa pensar quando as profere. A ambos pelo suporte, e por me terem proporcionado esta oportunidade.

Ao meu irmão, exemplo de determinação e conquista, que sempre me transmitiu que “*se fosse fácil todos faziam*”, e que nunca me deixou baixar os braços, incentivando novos horizontes.

Ao Tomé, pela presença, pelo incentivo e apoio constantes, e por ter o dom de me simplificar os momentos de maior stress.

Aos meus amigos:

Á minha amiga Sofia Santos, por mais uma vez ter dado asas ao seu talento para o desenho que se traduziu na belíssima ilustração que faz capa desta dissertação. Aos de sempre pela amizade incomparável e apoio nesta etapa. Aos de Leiria por serem a prova que amizades de faculdade ficam para a vida. Á Sofia, à Maria, à Diana, à Laurinha e à Mariana por serem as melhores colegas de casa (e grandes amigas) que Coimbra me poderia ter proporcionado.

Por fim, mas não menos importante, à turma deste mestrado que abraçou este desafio comigo, a todos, e particularmente aquelas que de colegas passaram a amigas do coração.

*Muito obrigada!*

*“Estes são doentes da alma,  
Doentes com esperança que se salvam,  
Doentes com dificuldades que sobrevivem,  
Doentes com coragem que continuam,  
Doentes que chegam a tempo e horas,  
E doentes que chegam tarde de mais.”*

(Reportagem TVI

– Uma Viagem sem Regresso, 2011)

## RESUMO

Os acordos de cooperação no domínio da saúde celebrados entre Portugal e os PALOP, após a independência das colónias Portuguesas em África (1974 e 1975), perduram nos dias de hoje. Estes permitem manter laços quando o país de origem não tem capacidade técnica e/ou meios humanos para garantir os cuidados de saúde necessários dos seus cidadãos e procuram assegurar assistência médica aos doentes evacuados que se deslocam a Portugal.

O foco central desta investigação tem como objetivo compreender os fatores de vulnerabilidade de doentes e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo destes protocolos e a forma como o Serviço Social responde às especificidades das suas vivências na área hospitalar. Para tal, esta dissertação é o resultado de uma pesquisa no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, no âmbito do mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Trata-se de uma pesquisa de natureza etnográfica, alicerçada em dois eixos analíticos: vulnerabilidades em saúde e processos de intervenção social, com a realização de entrevistas semiestruturadas, entrevistas informais/etnográficas e observação participante. Com a análise dos dados recolhidos surgiram evidências de vulnerabilidades a três níveis: individual, social e programática/institucional, cujos indicadores tendem a intensificar-se com as lacunas e incumprimentos identificados nos acordos de cooperação de saúde, nomeadamente pelas escassas e inadequadas respostas das embaixadas. Os principais resultados demonstram ainda que a intervenção do serviço social assume um papel fulcral na atenuação das vulnerabilidades destes doentes e suas famílias através de um maior ênfase no acolhimento destes doentes, avaliação das suas necessidades e definição de um plano de intervenção, ao qual correspondem modalidades de apoio adequadas a cada caso, nomeadamente a articulação com estruturas, e estratégias como o recurso ao voluntariado. Esta intervenção tem como base o respeito pelas especificidades de cada cultura e suas crenças, e realça a importância dada pelas profissionais entrevistadas à advocacia social, através do seu papel de “quase advogadas” pela defesa de direitos dos doentes, procurando um impacto não só a nível micro (doente), e meso (família e instituição), como também com possíveis implicações a nível macro (contributos no âmbito das políticas).

**Palavras Chave:** Vulnerabilidade; Vulnerabilidades em saúde; Acordos de Cooperação; Saúde, Serviço Social

## **ABSTRACT**

The cooperation agreements in the domain of health between Portugal and the PALOP countries, after the independence of the Portuguese colonies in Africa (1974 and 1975), last until today. These alliances are at function when the country of origin does not have the technical capacity and/or human resources to guarantee the necessary healthcare of its citizens. As such, they seek to assure medical assistance to those who evacuated and moved to Portugal.

The central focus of this research is to understand the vulnerability factors of the patients and their families from the PALOP under these protocols and the way that Social Service responds to the specificities of their experiences in the hospital area. Bearing this in mind, this dissertation is the result of a research in the University Hospital Centre of Coimbra, for the master's degree in Social Work of the Faculty of Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra. The nature of this research is ethnographic, based on two analytical axes: health vulnerabilities and social intervention processes, by doing semi-structured interviews, informal/ethnographic interviews and participant observation. Through the analysis of the collected data, the evidence of vulnerabilities has emerged in three levels: individual, social and programmatic/institutional, whose indicators tend to be intensified by the gaps and defaults present in health co-operation agreements, in particular because of the scarce and inadequate responses of the embassies. The main results also showed that a social service intervention plays a central role in attenuating the vulnerability of these patients and their families by creating a greater emphasis on their reception, an evaluation of their needs and establishment of an intervention plan, appropriate to each case, using strategies such as volunteering. This intervention is centred on the respect of the specificities of each culture and its beliefs, and highlights the importance given by professionals interviewed to social advocacy, through their role as “almost lawyers” in the defence of patient’s rights, seeking an impact not only on micro (patient) level, and meso (family and institution), as well as possible macro-level implications (policy inputs).

**Keywords:** Vulnerability; Vulnerabilities in health; Cooperation Agreements; Health, Social Service



## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS**

**CHUC** – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

**CPCJ** – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**EPE** – Entidade Pública Empresarial

**EUA** – Estados Unidos da América

**GEPS** – Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde e Assistência

**HIV** - Human Immunodeficiency Virus (VIH – Vírus da imunodeficiência Humana)

**IDH** – Índice de desenvolvimento Humano

**INPS** – Instituto Nacional de previdência Nacional

**IPSS** – Instituição particular de solidariedade social

**ONG** – Organização não Governamental

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**ORL** - Otorrinolaringologia

**PAIGC** – Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde

**PALOP** – Países africanos de Língua Oficial Portuguesa

**SEF** – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SS** – Serviço Social

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO 1 – VULNERABILIDADE NA SAÚDE .....	5
1. O Conceito de vulnerabilidade .....	5
1.1 Do risco à “vulnerabilidade como objeto de reflexão” .....	6
1.2 Vulnerabilidade na saúde e os seus eixos .....	8
1.2.1 Vulnerabilidade individual .....	10
1.2.2 Vulnerabilidade Social .....	11
1.2.3 Vulnerabilidade Programática/institucional .....	11
1.3 Vulnerabilidade e Capacidade .....	12
1.4 Vulnerabilidade, resiliência e autonomia numa perspetiva socio-ecológica .....	12
2. Vulnerabilidade e serviço social hospitalar .....	14
CAPITULO 2 – ACORDOS DE COOPERAÇÃO DE SAÚDE ENTRE PORTUGAL E OS PALOP .....	17
1. Acordos de Cooperação no âmbito das políticas de saúde em Portugal .....	17
1.1 Contexto social económico e político .....	18
1.1.1 Contexto atual .....	21
2. Enquadramento Legal dos acordos de cooperação de saúde .....	21
2.1. Cabo Verde .....	21
2.2. S. Tomé e Príncipe .....	22
2.3 Angola.....	23
2.4 Guiné-Bissau.....	24
2.5 Moçambique .....	25
2.3 Responsabilidade estabelecidas .....	26
2.4 Processo de evacuação de doentes .....	27
2.5 Lacunas no processo de evacuação - O tempo de espera e o processo de seleção .....	28
CAPITULO 3 – INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE .....	30
1. Apontamentos sobre a contextualização do serviço social na saúde.....	30
2. Evolução das funções do Serviço Social em contexto hospitalar.....	33
3. Processos e procedimentos de intervenção.....	37
3.1 Intervenção psicossocial .....	38
4.1.1 Objetivos .....	39
4.1.2 Diagnóstico e Plano de intervenção .....	41
3.2 Intervenção em articulação com a equipa multidisciplinar.....	43

3.3 Advocacia social .....	44
<b>CAPITULO 4 – PROBLEMA DE PESQUISA E OPÇÕES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>47</b>
1. Objeto de estudo, objetivos e finalidade da investigação .....	47
1.1 Objeto e problema de pesquisa .....	47
1.2 Objetivos e finalidades.....	48
2. Métodos e procedimentos .....	49
2.1 Metodologia e Método.....	49
2.1.1 Metodologia qualitativa.....	49
2.1.2 Método etnográfico .....	49
2.2 Modelo de Análise .....	51
2.3 Contexto de Pesquisa .....	54
2.4 População alvo .....	54
2.5 Amostra.....	55
2.5.1 Critérios para a constituição da amostra .....	55
2.5.2 Características sociodemográficas .....	55
2.5 Recolha de Dados .....	59
2.5.1 Pesquisa Bibliográfica e documental .....	59
2.5.2 Entrevista etnográfica/ Entrevista informal (com os doentes) .....	60
2.5.3 Observação participante .....	61
2.6 Técnicas de recolha de dados empíricos (entrevista e o diário de Campo) .....	63
2.7 Procedimentos éticos .....	66
3. Tratamento e análise de dados.....	69
3.1 Análise de conteúdo.....	69
<b>CAPITULO 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>71</b>
<b>1. EIXO 1 – REALIDADES E PERCEÇÕES SOBRE A VULNERABILIDADE(S) EM SAÚDE.....</b>	<b>71</b>
1.1. Dimensão A: Vulnerabilidades dos doentes e famílias evacuadas dos PALOP..	71
1.2 Dimensão B: Políticas e serviços Prestados no domínio do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português.....	81
<b>2. EIXO II – PRÁTICAS E PROCESSOS DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL.....</b>	<b>87</b>
2.1 Dimensão C: Ação de Serviço Social com doentes e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação .....	88
2.2 Dimensão D: Perspetivas de intervenção no domínio em análise .....	99

CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	114

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES/ GRÁFICOS

FIGURA 1. EIXOS DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE .....	10
FIGURA 2. POSIÇÕES NO IDH DOS PALOP EM 2014.....	21
FIGURA 3 - PROCESSO DE EVACUAÇÃO DOS DOENTES ORIUNDOS DOS PALOP .....	27
FIGURA 4 - EXPERIÊNCIA NA ÁREA ATUA DE INTERVENÇÃO .....	56
FIGURA 5 - IDADES DOS DOENTES OBSERVADOS .....	58
FIGURA 6 - HABILITAÇÕES DO DOENTE OU FAMILIAR ACOMPANHANTE.....	59

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - EIXOS, DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES DA INVESTIGAÇÃO .....	53
TABELA 2 - ANÁLISE DA SUBDIMENSÃO A1 (VULNERABILIDADE INDIVIDUAL) .....	72
TABELA 3 - ANÁLISE DA SUBDIMENSÃO A2 (VULNERABILIDADE SOCIAL) .....	74
TABELA 4 - ANÁLISE DA SUBDIMENSÃO A3 (VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA/ INSTITUCIONAL).....	79
TABELA 5 - ANÁLISE DA DIMENSÃO B (POLÍTICAS E SERVIÇOS NO DOMÍNIO DO SNS)....	82
TABELA 6 - ANÁLISE DA DIMENSÃO C1 ( FUNÇÕES/METODOLOGIAS) .....	88
TABELA 7 - ANÁLISE DA SUBDIMENSÃO C2 (MODALIDADES DE APOIO).....	91
TABELA 8 - ANÁLISE DA SUBDIMENSÃO C5 (ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO).....	96
TABELA 9 - ANÁLISE DA SUBDIMENSÃO C6 ( ESPECIFICIDADES DA PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL).....	98
TABELA 10 - ANÁLISE DA SUBDIMENSÃO D2 (CONSTRANGIMENTOS NA INTERVENÇÃO) .....	101
TABELA 11 - ANÁLISE DA SUBDIMENSÃO D3 (POTENCIALIDADES /PRINCIPAIS CONTRIBUTOS) .....	103

## ÍNDICE DE APÊNDICES

<b>Apêndice I</b> – Conceções de vulnerabilidade em Saúde e eixos analíticos
<b>Apêndice II</b> – Especificidades dos acordos de cooperação de saúde por PALOP
<b>Apêndice III</b> – Grelha de recolha de informação
<b>Apêndice IV</b> – Sinopse da estrutura do CHUC
<b>Apêndice V</b> – Caracterização da amostra (profissionais)
<b>Apêndice VI</b> – Caracterização da amostra (doentes)
<b>Apêndice VII</b> – Síntese indicativa de registos no diário de Campo
<b>Apêndice VIII</b> – Consentimento informado
<b>Apêndice IX</b> – Análise de Conteúdo
<b>Apêndice X</b> – Síntese da análise de conteúdo

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação é o resultado de um trabalho de investigação de natureza etnográfica e de cariz qualitativo, que pretendeu identificar e compreender as dimensões de vulnerabilidade inerentes à vinda das famílias evacuadas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ao abrigo dos Acordos de Cooperação de saúde, e qual o papel e contributo do Serviço Social na superação ou minimização destas mesmas dimensões.

Importa esclarecer que estes acordos surgiram após a revolução de 25 de Abril em Portugal, e a descolonização das suas colónias africanas. Estabeleceram-se primeiramente acordos gerais de cooperação e amizade na sequência de um período de guerra que deixou as economias e estruturas dos países abaladas, aliado a uma nova fase em que estas ex-colónias tinham pela primeira vez que se governar sozinhas. Estes acordos pretendiam assim continuar a prestar algum apoio em diversas áreas, mas com contornos distintos dos prestados até então, sendo por isso atribuído o nome de cooperação.

Neste sentido, os primeiros acordos de saúde foram instituídos com Cabo Verde e S. Tomé e Príncipe, respetivamente através do Decreto N.º 24/77 de 3 de Março e do Decreto-Lei N.º 25/77 de 3 de Março. Mais tarde foram também estabelecidos acordos com Moçambique (Decreto N.º 35/84 de 12 de Julho), Angola (Decreto N.º 39/84 de 18 de Julho) e Guiné Bissau (Decreto N.º 44/92 de 21 de Outubro). Estes permitem ao país de origem evacuar os seus doentes para Portugal, quando não têm capacidade técnica e meios humanos para garantir os cuidados necessários, e assim *“assegurar, nas mesmas condições dos cidadãos nacionais, a assistência médica [...]”* (Manual de acolhimento no Sistema de Saúde de cidadãos estrangeiros, 2016, p.27).

Para as famílias evacuadas, a confrontação com um diagnóstico clínico que lhes exige a permanência em Portugal por falta de respostas que garantam as condições clínicas e sociais necessárias no seu país de origem, causa um misto de emoções que as coloca numa situação de fragilidade. Neste sentido, apesar de se constituir como uma oportunidade, a evacuação pode abarcar condições sociais que acentuam a vulnerabilidade já implícita ao peso da doença, quando os deveres de ambas as partes do acordo não se concretizam em direitos para os doentes. É no cruzamento das situações clínicas com as condições sociais de sobrevivência das famílias e de provisão de cuidados aos doentes que o serviço social hospitalar se enquadra.

A preocupação e interesse por este tema surgiu após um estágio curricular de Serviço Social, realizado em contexto hospitalar em 2015. O contacto com esta realidade permitiu constatar que muitos dos casos das famílias dos doentes evacuados adquirem contornos de problema social e vulnerabilidade, nomeadamente pelo incumprimento das políticas e compromissos assumidos e ineficácia dos acordos de cooperação, cujas lacunas é premente rever. Esta situação agrava-se nos casos que protelam ou têm mesmo de ficar indefinidamente em Portugal, por o país de origem não ter as mínimas condições de suporte e sobrevivência em situações, por exemplo, de transplantados.

Neste sentido, a dissertação que se segue tem como focos principais as vulnerabilidades destas famílias e os processos de intervenção do serviço social neste contexto. Costa (2015) revela a importância da perspectiva socioecológica do Serviço Social e do diagnóstico social na identificação e análise desta vulnerabilidade. Partindo do contributo de outros investigadores (Ayres *et. al.*, 2003; Muñoz Sánchez & Bertolozzi, 2007), o autor destaca que “*a aproximação ao conceito de vulnerabilidade na saúde considera uma definição tridimensional, a saber: individual, social, programática e de serviços*” (idem, p.30), sendo estes os três principais níveis a abordar.

Compreendendo o processo de evacuação de doentes ao abrigo dos Acordos de Cooperação de Saúde entre Portugal e os PALOP, e eventuais lacunas e incumprimentos, e ainda as principais vulnerabilidades e dificuldades sentidas por estes doentes e suas famílias, pretende-se também a compreensão e reflexão das práticas profissionais dos Assistentes Sociais, do CHUC, e seus contributos. Para tal, é premente abordar as funções e metodologias utilizadas por estas profissionais, assim como as modalidades de apoio, estratégias e especificidades com este público alvo.

Para tal a dissertação é estruturada em duas partes:

A Parte I respeitante ao enquadramento teórico e denominada “Vulnerabilidade e Serviço Social com populações oriundas dos PALOP”, é constituída por três capítulos. O capítulo 1 “Vulnerabilidade(s) em saúde” aborda o conceito de vulnerabilidade e a sua evolução como objeto de reflexão na saúde, e a definição dos seus três grandes eixos: individual, social e programático/institucional. Por fim destaca-se a relação deste com o serviço social em contexto hospitalar.

O capítulo 2 denominado “Acordos de Cooperação de Saúde entre Portugal e os PALOP” faz com uma breve contextualização económica, política e social do surgimento destes mesmos acordos, do seu enquadramento legal, bem como responsabilidades de

ambas as partes do acordo e especificidades. Em seguida é apresentado o processo de evacuação e lacunas já apresentadas noutros estudos.

No capítulo 3 “Intervenção do serviço social na saúde”, destacam-se primeiramente os principais apontamentos sobre a contextualização do serviço social na saúde. É abordada a importância do paradigma salutogenese na intervenção do serviço social, e a evolução das funções desta profissão em contexto hospitalar. O capítulo destaca ainda processos e procedimentos de intervenção que se consideram relevantes no âmbito da investigação.

A Parte II relativa ao estudo empírico engloba dois capítulos (4º e 5º). O quarto capítulo relativo ao problema de pesquisa e opções metodológicas, nomeadamente objeto, objetivos e finalidades, bem como métodos e procedimentos e modelo de análise. É também apresentado o contexto de pesquisa, população alvo, e técnicas de recolha e tratamento de dados. O segundo capítulo da segunda parte desta pesquisa – 5º capítulo - inclui a apresentação e discussão de resultados obtidos. Por fim são apresentadas as conclusões finais.



---

*Parte I*

*Vulnerabilidades na*

*Saúde e Serviço*

*Social com*

*populações*

*oriundas dos PALOP*



## CAPÍTULO 1 – VULNERABILIDADE NA SAÚDE

### 1. O Conceito de vulnerabilidade

*[...] uma realidade manifesta e atualizada permanentemente em toda a ordem biológica e simbólica da vida humana, que se exprime como uma inquietação permanente na existência, por vezes mais subtil, por vezes mais evidente e incontestável, que notifica nossa finitude (Oviedo & Czeresnia, 2015, p.242).*

O conceito de vulnerabilidade, apresentado como “*qualidade de vulnerável*” (Priberam online, 2016), remete-nos para aquilo “*que pode ser atingido ou ferido; que tem poucas defesas*” (Dicionário de Língua Portuguesa, sd, p.752). Ambos os termos (vulnerável e vulnerabilidade) “*[...] são comumente empregues para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde*” (Nichita, Bertolozzi, Takahashi & Fracoli, 2008, 924).

A pesquisa bibliográfica e documental efetuada conduz-nos a considerar vulnerabilidade como um conceito aplicado em novos campos de ação, e com “*aplicação diferenciada*” (Oviedo & Czeresnia, 2015, p.237). Estes autores referem-se ao conceito como uma “*Dimensão ontológica constitutiva e constituinte da vida humana, que reclama distintos e complexos sistemas de segurança*” (idem, p.237).

Aplicável em vários campos sociais e políticos desde 1970, a vulnerabilidade foi estudada no âmbito da saúde, a partir de 1980/90, na sequência da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) (Oviedo & Czeresnia, 2015). O auge deste conceito deu-se em 1992, com o lançamento do livro *HIV in the world* nos Estados Unidos. Através de uma perceção “*ampliada e reflexiva*” reconhece-se nesta doença contornos e determinantes que vão para além do seu carácter patogénico e da existência de um “*agente viral*” (Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2003, p.117). São analisadas as razões mais ínfimas para seu aparecimento, e simultaneamente os impactos a vários níveis.

Deste modo, surge o conceito de vulnerabilidade, fruto da necessidade de desenvolvimento de processos de intervenção políticos, económicos, sociais e culturais completos e assentes na concretização dos Direitos Humanos (Oviedo & Czeresnia, 2015; Erdmann & Sousa, 2015).

Nos diversos contextos em que é aplicada, a vulnerabilidade é alvo de objetos distintos, como tal, a sua extensão a estudos de várias vertentes da saúde, poderá conduzir a alguma ambiguidade e contradição não existindo uma linha de análise comum. Alguns autores focam-se essencialmente em determinantes globais como o género ou a classe

social para identificar “*pontos de convergência*” na distribuição da vulnerabilidade, ou considerando determinados lugares ou populações mais vulneráveis em função da sua “*exposição cumulativa*” de ameaças sociais, políticas ou económicas (Oviedo & Czeresnia, 2015, p.239). Outros ainda centram-se em **variáveis referentes às condições de vida**.

No entanto, apesar alguma literatura utilizar o termo vulnerabilidade para situações de iniquidade, os referidos autores alertam que embora exista uma relação entre ambas, “*vulnerabilidade e iniquidade são categorias de origem diferente, a primeira empírico/analítica, a segunda, de fundamento moral*” (idem, p.239).

### **1.1 Do risco à “vulnerabilidade como objeto de reflexão”**

A análise do conceito de vulnerabilidade na saúde está associado á investigação sobre o HIV.

Como referem Oviedo e Czeresnia, esta doença enquanto “*epidemia era relacionada a identidades sociais muito específicas, e isso criava condições para outros grupos populacionais desconsiderarem perigos*” (2015, p.240).

De 1981 a 1984, até as poucas estratégias de prevenção, nomeadamente a criação de políticas de saúde, incidiam unicamente nos grupos considerados de risco<sup>1</sup>, revelando preconceitos e uma evidente ineficácia (Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2003).

É necessário adequar o conceito ao fenómeno, considerando que a utilização do conceito “grupo de risco” poderá ser limitativa, “[...] pois desqualifica e estigmatiza o individuo” (Erdmann & Sousa, 2015 p.561), restringindo as causa de risco aos comportamentos. Como tal, entre 1985 e 1988, este conceito sofreu inúmeras críticas, não só pela sua inadequação, uma vez que a epidemia “[...] não respeitava mais limites geográficos, sexo ou orientação sexual” (Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2003, p.120), como pela exclusão social que proporcionara. Assim, surgiram novas estratégias que se focaram nos comportamentos de risco, e como tal numa prevenção que assenta entre outras coisas na divulgação de informação. No entanto, apesar deste novo conceito-chave “retirar o peso do estigma”, conduz também a uma “culpabilização individual” (Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2003, p.120).

---

<sup>1</sup> Grupos esses apelidados nos Estados Unidos de “*quatro Hs*”: “*homossexuais, hemophiliacs, haitians e heroinadicts*” (Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2003, p.120).

Neste sentido, voltaram a surgir críticas, desta vez ao conceito de “*comportamento de risco*”, por movimentos que referem que a prevenção não pode passar exclusivamente por mais informação e vontade individual, existindo outros fatores como “*coerções e recursos de natureza cultural, economia, política, jurídica e até policial distribuídos entre os géneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias*” (Gupta, 1996, cit in Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2003, p.121). Como tal, são os setores socialmente mais enfraquecidos também os mais afetados.

Assim, nos finais dos anos 80, com a perceção da banalização do problema, surge uma nova etapa que assume “[...] *estratégias de prevenção não restritas à redução individual de riscos*” (Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2003, p.122). Desenvolve-se o conceito de vulnerabilidade neste contexto de prevenção, que procura também intervenções não restritas ao HIV e que considera a exposição das pessoas ao adoecimento

“[...] *como resultante de um conjunto aspetos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade e recursos de todas as ordens para se proteger de ambos*” (Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2003, p.123).

O conceito de vulnerabilidade foi disseminado em situações de doenças transmissíveis, pelo sofrimento que provocam a quem adocece e aos cuidadores, e ao impacto social e económico (Nichia, Bertolozzi, Gryscek, Araujo, Padoveze, Ciosak & Takahashi, 2011). Entra no complexo contexto da saúde e efemeridade, como alternativa ao conceito de risco, procurando “*uma leitura mais compreensiva*” dos processos (Oviedo & Czeresnia, 2015, p.238), fundamentais para o desenvolvimento de respostas sociais adaptadas e eficazes. Como tal, deverá ainda hoje prestar-se a devida atenção às diferenças manifestas nas relações sociais e na identidade de cada pessoa (Erdmann & Sousa, 2015).

Assim, embora usados, por vezes, equivocadamente como similares, os conceitos de vulnerabilidade e risco são distintos. Segundo Erdmann e Sousa (2015) o primeiro constitui-se como um “*indicador da iniquidade e da desigualdade social*” (idem, p.559), tendo uma “*maior extensão do que o valor probabilístico da análise do risco*” (Costa, 2015, p.30). No entanto, é inegável que ambos se encontram intrinsecamente ligados. Nichia, Bertolozzi, Gryscek et al. (2011), referem que “*a vulnerabilidade antecede o risco*” (idem, p.1170), permitindo uma análise do fenómeno “[...] *do ponto de vista da*

*suscetibilidade de indivíduos, famílias e grupo*” (idem, *ibidem*), abrindo um leque maior de possibilidades de enfrentamento das situações que possam provir da doença.

O risco, no âmbito da problemática da incerteza deverá também ser encarado “*como um processo dinâmico que interfere na ordem dos problemas sociais*” (Costa, 2015, p.60), podendo ser identificado, minimizado ou até evitado, mas nunca extinto, na medida em que “*advém ou da natureza ou da acção humana*” (idem, p.57); Constitui-se com a exposição a determinado facto, o que deverá permitir uma “*atuação sobre as situações-problema que decorrem do processo de transformação social e que se podem criar, gerar ou alterar se não forem tomadas medidas que permitam retomar o equilíbrio*” (idem, p.60). O mesmo autor acrescenta ainda acerca desta relação entre conceitos que ambos estão “*acoplados a maus resultados*” (idem, p.62), e que a vulnerabilidade só se identifica quando na presença de um fator de risco.

### ***1.2 Vulnerabilidade na saúde e os seus eixos***

Existem várias as abordagens teóricas na investigação da vulnerabilidade. No entanto, a maioria identifica este conceito com a exposição e sensibilidade a perturbações ou *stress* externo ambiental ou sociopolítico e a capacidade de adaptação (Adger, 2006). Cutter et al. (2003, *cit. in* Adger, 2006), por exemplo, classificam a vulnerabilidade como uma exposição a determinadas condições que tornam os indivíduos e os ambientes propensos a perigos, ou como uma condição social em função de fatores de resiliência. Outros autores definem-na como um resultado ou como um processo (O'Brien et al., 2005 *cit. in* Adger, 2006).

A abordagem dos direitos é também fundamental para a análise da vulnerabilidade, na medida em que as crises tendem a ocorrer quando os direitos falham. A título exemplificativo basta verificarmos que o facto de uma população estar vulnerável á fome, não significa necessariamente que exista absoluta escassez de alimentos. No entanto, esta abordagem, apesar de destacar o impacto da diferenciação social nas causas e consequências da vulnerabilidade, desvaloriza os riscos físicos e ecológicos como variáveis importantes de análise (Adger, 2006).

Jorge Costa segue uma abordagem que “*agrega as ciências sociais e as ciências naturais num sistema socio-ecológico*” (2015, p.24), encarando a vulnerabilidade de modo holístico e não focando a análise num único fator de stress. Esta abordagem

considera os vários elementos inerentes, como a exposição, sensibilidade e resiliência (Turner et. al, 2003, cit in Adger, 2006).

Embora distintos, na presença de fatores de risco a vulnerabilidade torna-se predisposta a resultados negativos, “*seja por uma falha ou por susceptibilidade ao stress*” (Costa, 2015, p.62). No âmbito hospitalar e nomeadamente no confronto com uma doença, são várias as situações que afetam o doente e a sua família, e que por consequência interferem na intervenção social. Para melhor as compreender é importante antes de mais definir os grandes eixos da vulnerabilidade.

Este autor defende que a situação de vulnerabilidade resulta da conjugação de dimensões de risco com determinantes sociais de saúde, reunindo “*um conjunto de determinantes que extrapolam os fenómenos circunstanciais ou individuais*” (idem, p.31), e que podem conduzir “*a uma (re) instalação da doença*”, ao seu agravamento ou á emergência de outros perigos aquando da alta hospitalar.

Ayres, Júnior, Calazans & Filho resumem o conceito de vulnerabilidade como a possibilidade “*de exposição das pessoas ao adoecimento*” (2003, p.123), resultante de uma conjugação de fatores individuais, coletivos e contextuais que se traduzem numa maior suscetibilidade ao adoecimento e maior ou menor disponibilidade de recursos protetores. Com base nas conceções apresentadas e presentes no esquema elaborado para maior explicitação concetual (Apêndice I - Conceções de vulnerabilidade em saúde e eixos analíticos), é importante considerar a análise holística de aspetos que se resumem em três eixos da vulnerabilidade (Fig. 1):

**Figura 1. Eixos de Vulnerabilidade em Saúde**



Fonte: Elaboração da autora, 2017

### *1.2.1 Vulnerabilidade individual*

O eixo individual remete-nos para “*as etapas e os comportamentos que cada pessoa escolheu durante a sua vida*” (Costa, 2015, p.30), e para os padrões de literacia. Ou seja a qualidade da informação a que cada indivíduo tem acesso, à capacidade de a incorporar no quotidiano e transforma-la em “*atitudes para se assumirem condutas ou práticas protetoras*” (Oviedo & Czeresnia, 2015, p.241). Inclui também aspetos individualizáveis biológicos, comportamentais e afetivos (Motta & Diefenbach, 2013).

No âmbito da hospitalar na saúde realçam-se as perceções que o individuo tem acerca das condições de saúde e a forma como se protege (Costa, 2015). A importância deste eixo é facilmente percebido quando nos confrontamos com o estabelecimento de barreiras de comunicação, seja pelo escasso domínio da língua portuguesa, ou por dificuldades cognitivas de compreensão. Estas criam complicações por parte dos doentes em “[...] *processar as diversas informações advindas de todos os lados, maneiras, pessoas, profissionais da saúde [...]*” (Motta & Diefenbach, 2013, p.484). Esta vulnerabilidade é ainda acentuada, no caso dos cuidadores informais, pela necessidade de serem eficazes nas suas funções enquanto acompanhantes, mesmo com estes entraves.

### 1.2.2 Vulnerabilidade Social

Segundo Costa a vulnerabilidade social “*relaciona-se com estigmas e com condições sociais (fatores económicos, políticos e culturais), bem como, o acesso a meios de comunicação e à disponibilidade de usufruto de recursos cognitivos e materiais*” (2015, p.30). Como tal, Ayres, Júnior, Calazans & Filho defendem que o eixo social/coletivo remete essencialmente “[...] *à obtenção de informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de as incorporar a mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos [...]*” (2003, p.123) mas principalmente de aspetos contextuais e estruturais, nomeadamente o acesso a meios de educação e comunicação, políticas sociais, cultura, religião/crenças, relações económicas, entre outros (Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2003; Oviedo & Czeresnia, 2015). No entanto, além do acesso a meios, Costa realça a importância da “*avaliação da disponibilidade de recursos materiais e cognitivos*” e a “*participação nas decisões formais e institucionais existentes*” (2015, p.65).

Quando o doente tem alta e regressa à vida em sociedade ainda com alguma marca da doença, nomeadamente o uso de uma máscara, por ter vivido uma situação de cancro ou transplante, poderão originar-se situações de preconceito pela “*falta de informação ou a informação em demasia de algumas doenças com o esquecimento de outras*” (Motta & Diefenbach, 2013, p.486). Originam-se assim situações de vulnerabilidade em que o doente é visto como alguém diferente, e por vezes, olhado pela sociedade com algum receio, proporcionando medo da exposição.

### 1.2.3 Vulnerabilidade Programática/institucional

Por fim, a componente programática/ institucional reporta-nos para a necessidade de esforços programáticos que se traduzam em recursos sociais “*disponibilizados de modo efetivo e democrático*” (Ayres, Júnior, Calazans & Filho, 2003, p.123), e a avaliação das medidas estabelecidas para redução de vulnerabilidade (Costa, 2015). Para tal é crucial a atuação de setores como a educação, justiça, cultura, saúde entre outros (Oviedo & Czeresnia, 2015). No entanto, os doentes confrontam-se não raras vezes com “*fragilidades organizacionais do sistema de saúde*” (Motta & Diefenbach, 2013, p.486), nomeadamente políticas e serviços prestados com dificuldades de gestão de recursos e conseqüente ineficácia na organização e qualidade. Situações essas que se repercutem na

falta de soluções para as angustias vividas, num desencadear de vulnerabilidades, “gerando desgaste físico e psicológico” (*idem, ibidem*) para os doentes e suas famílias.

### ***1.3 Vulnerabilidade e Capacidade***

Wisner (1998, *cit. in* Erdmann & Sousa) defende que a vulnerabilidade e capacidade são “*lados de um mesmo processo, pois a primeira está intimamente relacionada à capacidade de luta e de recuperação que o indivíduo pode apresentar*” (2015, p.561).

Oviedo e Czeresnia referem que apenas se pode falar de vulnerabilidade aquando de um declínio da capacidade normativa do indivíduo, e conseqüentemente um processo de “*Fragilização biológica, existencial e social*” (2015, p.243). No âmbito da saúde, e particularmente num processo de fragilização biológica existe uma “*diminuição da capacidade relacional para lidar com ameaças, perigos ou com a própria doença*” (*idem*, p.243).

A Vulnerabilidade desenvolve-se através de uma sequência de acontecimentos que indiciam uma “*precipitação catastrófica*” (Oviedo & Czeresnia, 2015, p.244). Esta poderá assumir-se como uma “*limitação normativa vital*” e conseqüentemente uma vulnerabilidade biológica; ou edificar-se como uma “*impossibilidade de afirmação*” (*idem*, p.144) pelas relações limitativas que condicionam a autonomia relativa e os suportes institucionais e efetivação de direitos - vulnerabilidade existencial e social.

A Vulnerabilidade vital referida por vários autores entende-se por uma infração de compromisso entre meio e “*vivente*” - “*A vulnerabilidade emerge não simplesmente como desequilíbrio ou inadequação entre uma “potencia” do vivente e um “desafio” do meio, mas, sim, como uma configuração particular do vínculo entre eles*” (Oviedo & Czeresnia, 2015, p.243).

Perante as dimensões apresentadas e a inevitável relação entre elas, estes autores referem que a “*(...) a vulnerabilidade é multidimensional e inespecífica, porque os seus efeitos e desenlaces perturbam o individuo como um todo*” (Oviedo & Czeresnia, 2015, p.244).

### ***1.4 Vulnerabilidade, resiliência e autonomia numa perspetiva socio-ecológica***

Como fora já referido, existem inúmeros fatores individuais, coletivos e contextuais que propiciam uma maior ou menor suscetibilidade ao adoecimento e que se relacionam com o acesso a “*recursos de proteção*” (Erdmann & Sousa, 2015, p.559).



*“O que se toma por certo no paradigma sistémico-ecológico, consiste no facto dos sistemas que dele fazem parte serem susceptíveis a vários factores de stress, e nestes, os efeitos da vulnerabilidade extrapolarem os resultados materiais e imateriais”*(Costa, 2015, p.63).

Aquando de um adoecimento existem consequências por vezes imprevisíveis, com trajetórias de vulnerabilidade muito distintas. Adger realça que a vulnerabilidade, no âmbito de uma perspectiva socio-ecológica, é influenciada pela existência de recursos de resiliência. *“These are the ability to absorb the shocks, the autonomy of self-organisation and the ability to adapt both in advance and in reaction to shocks”* (2006, p.269).

Como tal, é necessário por parte da doente resiliência, vontade de ação e alguma *“flexibilidade, recursividade e, até, engenho”* (Oviedo & Czeresnia, 2015, p.243).

*“Tornar-se detentor da sua vulnerabilidade é o que confere ao ser humano um diferencial entre os outros seres, pois dessa forma, podem-se tomar atitudes e medidas que minimizem essa situação”* (Motta & Diefenbach, 2013, p.485).

A capacidade de resiliência, autonomia e auto-organização terão uma forte influência na forma como cada indivíduo enfrenta a situação e reage para a contornar. Deste modo, é fundamental que os profissionais estejam conscientes para a necessidade do *“desenvolvimento de processos emancipatórios dos envolvidos, tomando a autonomia como conceito chave”* (Nichiatá, Bertolozzi, Gryscek et al., 2011, p.1770). Estimular-se-ão assim formas de enfrentar o processo de doença e o restabelecimento das dinâmicas familiares (Motta & Diefenbach, 2013).

Ainda assim, importa realçar que o predomínio da criatividade e inovação, no enfrentamento de situações de vulnerabilidade, encontra-se não só condicionado por características pessoais. Segundo Erdmann & Sousa *“[...] a vulnerabilidade não se define como processo linear entre causa e efeito (...)”* (2015, p.561), sendo inevitavelmente influenciada pelo contexto e seus fatores económicos, políticos e culturais. O estilo de vida, possibilidades originárias do meio e as suas circunstâncias, influenciam inevitavelmente o desenvolvimento de estratégias e habilidades (Nichiatá, Bertolozzi, Takahashi & Fracolli, 2008; Oviedo & Czeresnia, 2015).

É assim justificada a importância atribuída por Erdmann & Sousa (2015) na sua investigação à compreensão da trajetória social, ou seja, as *“diferentes etapas que as pessoas atravessam no curso de vida, assim como as condutas assumidas nesse curso”* (idem, p. 561), e ainda a interação social, ou seja a relação entre os indivíduos. Deverá considerar-se *“vulnerabilidade não como condição, mas como processo simultaneamente*

*dinâmico (...). Essa compreensão evita a armadilha de considerar a vulnerabilidade uma característica estável” (Erdmann & Sousa, 2015, p.561), na medida em que a sua natureza é mutável e como tal, “se a situação muda a pessoa deixa de ser vulnerável ou torna-se vulnerável” (idem, ibidem).*

Tal como referem os mesmos autores, “ [...] *um indivíduo não tem a mesma vulnerabilidade em diferentes contextos, relações e pontos da sua trajetória de vida*” (idem, p.561), existindo variações ambientais, físicas e sociais com grande impacto. Assim, é também fundamental que os profissionais no âmbito da intervenção social compreendam os fatores e processos que conduzem a situações de vulnerabilidade e elaborem uma avaliação sistemática da vulnerabilidade que permitirá “*identificar características ou condições para potencializar os recursos disponíveis*” (Nichiyata, Bertolozzi, Takahashi & Fracolli, 2008, p. 927).

## **2. Vulnerabilidade e serviço social hospitalar**

De acordo com a perspetiva socio ecológica, ao conceito de vulnerabilidade corresponde “*the idea that human action and social structures are integral to nature and hence any distinction between social and natural systems is arbitrary*” (Adger, 2006, p.268).

As dimensões já apresentadas poderão assim ser consideradas uma referência e um roteiro, não estanque, na compreensão dos indivíduos e meio envolvente e “*para aferir situações críticas, de exclusão social ou de extrema vulnerabilidade*” (Palma & Mattos, 2001, cit. In Costa, 2015, p.66).

Costa (2015) defende, com base no seu estudo, que a organização da prática profissional dos assistentes sociais é compatível com o modelo ecológico, que está na base do estabelecimento de um gradiente de vulnerabilidade durante o planeamento da alta, considerando que os diagnósticos sociais permitem a compreensão do grau da vulnerabilidade dos doentes.

O mesmo autor conclui que a determinação do gradiente de vulnerabilidade, desde a avaliação inicial no acolhimento, o planeamento da alta até á sua efetivação, implica a conjugação das variáveis de risco mediante este mesmo modelo (ecológico), e “*cumulativamente, critérios apriorísticos que potenciam essa condição*” (idem, p.290).

A avaliação dos assistentes sociais é fulcral neste entendimento e na “*percepção de indicadores de risco distinguindo, frequentemente, um maior ou menor impacto destes*

*na transição entre níveis de cuidados”* (idem, p.193). Como tal, sendo a vulnerabilidade “*fruto da complexidade do diagnóstico aferido pelos assistentes sociais hospitalares*” (idem, p.39), a aliança entre a praxis e este modelo assumem um papel relevante na definição e avaliação das dimensões críticas e de risco controlado apresentando indícios das áreas prioritárias de intervenção e esclarecendo sobre quais é possível intervir.

No entanto, como refere Almeida “*no domínio social não existem receitas ou prescrições. Existem pessoas e contextos que, analiticamente conjugados, traduzem realidades de risco, de incerteza e complexidade*” (2012, p.158). Nem sempre os riscos e vulnerabilidades individuais, sociais ou ambientais são de fácil precisar para a intervenção social.

Os acontecimentos adversos em saúde podem provocar danos no doente e sua família. Cabrita, Lopes, Silva, Santos & Trigueiro distinguem estes danos como “pouco graves” e “graves”, defendendo que estes últimos são acontecimentos que “*podem levar à morte, ao risco de vida, requerer hospitalização ou o prolongamento desta, provocar deficiência e incapacidade permanente ou temporária*” (2015, p.148). Estes acontecimentos, e particularmente as doenças crónicas, conduzem a família a uma necessidade de reorganização para “*fazer face a essa nova realidade, dando origem a condicionantes ao nível da alteração das rotinas familiares, laborais, financeiras, entre outras*” (Cabrita, Lopes, Silva, Santos & Trigueiro, 2015, p.148). Se a doença por si só tem todas estas implicações, é de realçar o impacto que sente uma família que tem de sair do seu país de origem até Portugal para conseguir uma resposta ao problema clínico, como abordaremos no seguinte capítulo.

Retomando o contributo de Costa (2015, p. 296), os resultados da sua pesquisa refletem dois grupos de doentes no âmbito da vulnerabilidade:

- **Jovens:** “*afeta uma população jovem, autónoma, com doença crónica, em idade escolar ou desempregada e que vive num contexto socioeconomico precário*” ,
- **Idosos:** “*a população idosa, dependente, com doença crónica, comorbilidades, inactiva, com ausência ou insuficiência de apoio da rede familiar e que aufere pensões contributivas ou não contributivas de baixo/mínimo valor*”.

No que confere à extrema vulnerabilidade destaca-se a incidência nos doentes mais pobres, e particularmente em idosos, que apresentam maiores dificuldades na gestão de meios que garantam as suas necessidades, nomeadamente com o agudizar da doença crónica. Ainda assim, o mesmo autor defende que “[...] *é possível agir preventivamente junto de doentes em situação de extrema vulnerabilidade*” através do aperfeiçoamento de técnicas de diagnóstico e a sinalização dos casos, “*para que possam ser devidamente acompanhados por estruturas da comunidade [...]*” (p.296).

Neste sentido, é necessário compreender a situação num todo, começando por um acolhimento social, que mais do que uma primeira entrevista para recolha de dados, deverá estabelecer uma relação de empatia, “*que permita identificar as situações bloqueadoras do seu bem-estar e da sua (re)integração social*” (Cabrita, Lopes, Silva, Santos & Trigueiro, 2015, p.149). Este permitirá perceber as situações críticas seguindo-se a elaboração de um diagnóstico social e a definição de um plano individual de cuidados com a equipa multidisciplinar, programando desde o início a preparação da continuidade de cuidados em ambulatório (Cabrita, Lopes, Silva, Santos & Trigueiro, 2015).

É desta avaliação diagnóstica inicial “*que norteia a intervenção*” que emergem as vulnerabilidades dos doentes (Costa, 2015, p.200). Segundo o autor,

*“se o problema social for pouco complexo a resolução social enquadra-se no âmbito dos recursos disponíveis e o grau de vulnerabilidade é controlado. Se tal não acontecer haverá lugar a discussão de hipóteses de intervenção à co-responsabilização de agentes sociais pelo projeto de vida (família, instituições de suporte, hospital)”* (idem, p.200).

Para tal, é importante a articulação da dimensão individual com as “*redes formais e informais de apoio, os percursos de vida e trajetórias institucionais, o enquadramento organizacional e legal da situação (conflito e/ou problema), as medidas políticas aplicáveis e os recursos adequados*” (Almeida, 2012, p.158), garantindo respostas aquando da alta.

## CAPÍTULO 2 – ACORDOS DE COOPERAÇÃO DE SAÚDE ENTRE PORTUGAL E OS PALOP

A não eficiência das políticas de acesso à saúde poderão deixar os doentes e suas famílias numa situação de extrema fragilidade. Quando a vulnerabilidade é um ponto de partida, como é o caso dos doentes crónicos provenientes de outros países, qual a importância da existência de acordos de cooperação de saúde entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa?

### 1. Acordos de Cooperação no âmbito das políticas de saúde em Portugal

Atualmente, em Portugal, “*a saúde é um direito e um dever*” (Lopes, Ribeiro, Santo, Ferreira & Frederico, 2012, p.27). No entanto, nem sempre foi esta a abordagem. A saúde foi sofrendo algumas evoluções de âmbito legislativo até aos dias de hoje, sempre com influência política e religiosa, havendo ainda algum caminho a percorrer.

Nesta evolução os anos 70 do século XX foram um marco de referência. Em 1973 surgiu o Ministério da Saúde, através do Decreto-Lei nº584/73, de 6 de Novembro, transformado no ano seguinte em Secretaria de Estado e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais (Lopes, et. al, 2012).

Em 1974 o Estado passa, na sequência da revolução de Abril, a assumir-se como produtor e distribuidor dos bens de saúde, embora assegurando proteção apenas a quem trabalhava, através de um seguro social obrigatório. É o Decreto-Lei nº 203/74 de 15 de Maio do Diário de Governo que vem referir que o governo deve ser o responsável pelo “*lançamento das bases para a criação de um Serviço Nacional de Saúde ao qual tenham acesso todos os cidadãos*”.

A Constituição da República Portuguesa passa a contemplar, em 1976, no **artigo 64º** o direito de todos os cidadãos à proteção da saúde e o dever de a defender e promover através do Serviço Nacional de Saúde, “*tendencialmente gratuito, salvaguardando sempre as diferenças económicas e sociais dos cidadãos, bem como protegendo camadas da sociedade consideradas mais vulneráveis [...]*” (Lopes, et al., 2012, p.27).

Através da Lei nº56/79 de 15 de Setembro efetivou-se este direito universal à saúde e regulamentou-se o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com a instituição de uma rede de órgãos e serviços de prestação de cuidados globais de saúde. Assim, o artigo 4º da mesma lei esclarece que o acesso à saúde passa a ser garantido a todos os cidadãos, independentemente da condição económica e social, incluindo estrangeiros “*em regime*

*de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal”.*

Outro marco relevante a destacar é a publicação da **Lei de Bases da Saúde** (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) em 1990<sup>2</sup>, que pela primeira vez encara a proteção da saúde não apenas como um direito, mas também “[...]uma responsabilidade dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados”.

### *1.1 Contexto social económico e político*

Após a 2.<sup>a</sup> Guerra Mundial, no ano de 1945, surge a Organização das Nações Unidas (ONU) e o direito de autodeterminação que estipulava que cada povo tinha o direito de escolher os seus governantes e governar-se a si próprios.

Muitos países europeus iniciaram então o seu processo de descolonização: uns de forma pacífica, como a Inglaterra (libertou a Índia), outros de forma violenta (Holanda que entra em guerra com a Indonésia, sua colónia na época). Há também uma grande pressão internacional para Portugal conceder a independência às suas colónias. Neste sentido, o Estado Novo realiza grandes investimentos económicos nas colónias durante o período da Guerra como forma de justificar e legitimar a sua posse perante o mundo. Afirma que são províncias como o Minho ou o Algarve, que eram territórios com o mesmo desenvolvimento e estatuto jurídico que qualquer outra parte do país, e o nome “colónia” desaparece da documentação oficial do governo (Couto & Rosas, 2016).

Assim, segundo os mesmos autores, com o pós-Guerra criam-se investimentos públicos (incluídos nos planos de fomento) e privados. Criam-se infraestruturas, desenvolve-se o setor agrícola e extrativo, e no setor industrial desenvolvem-se investimentos privados e dá-se a expansão do mercado interno. No âmbito do comércio é também criado o Espaço Económico Português entre Portugal e as colónias.

A partir de 1961 dá-se início à Guerra Colonial, começando o conflito armado em Angola, alastrando-se às restantes colónias, com o envio de forte contingente militar de Portugal. O Portugal fracassa na tentativa de manter as suas colónias, e após a Revolução de Abril de 1974, dá-se a entrega das colónias aos movimentos de libertação Nacional de cada país

---

<sup>2</sup> Que viria a sofrer mudanças significativas em 2002.

Num cenário de pós-guerra em que as ex-colónias ficaram obviamente com as economias destruturadas, aliando-se o facto de se terem tornado independentes, e nunca antes se terem governado a si próprias, surgem dificuldades em encontrar o melhor modelo para responder às dificuldades da época.

Saídos de um período de guerra, que é sempre um elemento destrutivo (de mão de obra, de meios de produção, entre outros), os sistemas praticamente não existem. Como tal, não existiam infraestruturas ou sistema de saúde que dessem resposta às necessidades das populações. Sendo que, se em Portugal, a instância administradora das colónias até á descolonização, não existia sistema de saúde no momento, estando a estruturar ainda os seus próprios serviços, também nestas não existiam estruturas, problemas esse reforçado com a guerra.

Apesar da escassa bibliografia referente a esta época, alguns autores realçam as consequências da descolonização em Angola, refletindo a realidade descrita:

*“Entretanto, em Angola, quase vinte anos após a independência, as reformas estruturais continuam adiadas, o que, a par das consequências de uma guerra civil praticamente ininterrupta desde a independência e das ineficiências próprias das economias planificadas, conduziu à destruição quase integral do sector produtivo da economia” (Valério & Fontoura, 1994, p.1207).*

Neste sentido, e permanecendo a necessidade de sistemas de apoio e proteção, surge o conceito de “cooperação” no âmbito das relações internacionais *“ligado ao início da descolonização pelas grandes potencias coloniais”* (Pereira, 1979, p.109). Pretendia-se que os vínculos não se quebrassem com a descolonização, de modo a que *“a administração e a economia nos novos países não sofresse da ruptura dos elos anteriores”* (idem, p.109) de modo a conseguirem consolidar a adquirida independência. No entanto, segundo o mesmo autor, a ajuda prestada a partir de então adquiria agora contornos distintos, assumindo por isso a denominação de cooperação, em alguns casos mutua.

Com efeito, após Abril de 1974/75, num contexto de revolução e descolonização com a independência das colónias Portuguesas em África, mantiveram-se entre Portugal e estes países *“laços históricos, culturais, sociais e económicos e de solidariedade”* (DGS, 2016), também como

*“[...] Consequência histórica natural da falta de relacionamento político de Portugal com os países africanos durante o período de descolonização daquele continente e do próprio modo como se processou a descolonização portuguesa (guerras de*

*libertação nacional em três teatros de operações)*” (Resolução do Conselho de Ministros, 1999).

Portugal foi membro fundador do Comité de Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE em 1961. No entanto “*apenas pôs em prática até 1974, data da sua saída do Comité, programas de ajuda às ex-colónias*” (Resolução do Conselho de Ministros, 1999).

Com readmissão em 1991, a cooperação continuou geograficamente concentrada e com “*um modelo descentralizado de prestação da ajuda, no qual intervêm, com os seus orçamentos próprios, os diversos ministérios, segundo as respectivas áreas de competência [...]*” (*idem*). No entanto, em 1996, definiram-se objetivos gerais de longo prazo para a cooperação para o desenvolvimento, nos quais o acesso a cuidados de saúde se encontra intrínseco.

Estabeleceram-se assim **Acordos gerais de cooperação e amizade** que visam estimular relações de amizade e cooperação consolidadas pela “*independência, respeito e compreensão mútuos e reciprocidade de interesses*” (Gouveia, 1998, p.195):

-Moçambique: *Acordo Geral de Cooperação, Publicado no Diário da República, 1ª série, nº286, de 12 de Dezembro de 1975;*

-S. Tomé e Príncipe: *Acordo Geral de Cooperação e Amizade, publicado no Diário da República, 1ª série, nº20, de 24 de Janeiro de 1976;*

- Cabo Verde: *Acordo Geral de cooperação e Amizade, publicado no Diário do Governo, 1ª série, nº22, de 27 de Janeiro de 1976;*

-Guiné-Bissau: *Acordo Geral de Cooperação e Amizade, publicado no Diário do Governo, 1ª série, nº22, de 27 de Janeiro de 1976;*

-Angola: *Acordo Geral de Cooperação, publicado no Diário da República, 1ª série, nº221, de 24 de Setembro de 1979.*

No âmbito do quadro da cooperação internacional de apoio ao desenvolvimento, o Estado Português procurou “*participar ativamente na melhoria das condições de saúde das populações dos países africanos que partilham a língua portuguesa*” (DGS, 2016).

Neste sentido, e na sequência dos acordos de amizade estabeleceram-se acordos de cooperação de saúde com características distintas, que segundo o Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros (2016), procuram “*assegurar,*



nas mesmas condições dos cidadãos nacionais, a assistência médica de doentes evacuados dos PALOP que se deslocam a Portugal [...]”, com vista á participação ativa na melhoria das condições de saúde das populações dos PALOP.

### 1.1.1 Contexto atual

Além da justificação já apresentada para o estabelecimento da cooperação, estes países apresentam ainda atualmente características que denotam a necessidade da permanência de apoio nos cuidados de saúde, quando não têm capacidade para os garantir aos seus habitantes no seu território. Segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, todos estes países ocupavam no ano de 2014 posições no leque dos países de desenvolvimento humano mais baixo (Fig.2).

**Figura 2. Posições no IDH dos PALOP em 2014**



Fonte: Elaboração da autora, 2017

Estes dados, aliam-se a um contexto com baixos valores de esperança média de vida, elevados níveis de pobreza, escassez e até inacessibilidade de água potável á maioria da população que gera desnutrição e doenças fatais e assim também elevados níveis de mortalidade infantil e adulta.

Deverá ainda realçar-se que encarando a saúde na sua globalidade e não apenas pela mediação das taxas de mortalidade, importa considerar os efeitos da doença e a diminuição que estes provocam nos níveis de qualidade de vida, quando não existe um adequado tratamento médico, em tempo útil.

## 2. Enquadramento Legal dos acordos de cooperação de saúde

### 2.1. Cabo Verde

A 19 de Dezembro de 1974 foi assinado em Lisboa, entre o Governo Português e o Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC) um Protocolo do

Acordo que definiu a descolonização e consequente independência de Cabo Verde para 5 de Julho de 1975. O mesmo regista no artigo 12.º a declaração do Governo Português em prestar ao Estado de Cabo Verde “*a assistência financeira, técnica e cultural ao seu alcance*” (Gouveia, 1998, p.195) até à declaração da independência e depois dela.

Mediante os princípios já mencionados celebrados no Acordo Geral de cooperação e Amizade, estabeleceu-se assim o primeiro acordo no domínio da saúde entre o Estado Português e o Estado de Cabo Verde em 1977 (Decreto nº24/77, de 3 de Março).

Como tal, o Estado Português comprometera-se, na medida das suas possibilidades, e quando e quando solicitado pelo estado de Cabo-Verde, a receber para tratamento em Portugal um limite de quinze doentes por mês (Decreto nº24/77, de 3 de Março/1ºartigo).

No entanto, dado ao “*crescente afluxo de doentes cabo-verdianos evacuados para Portugal*”, foi necessário aumentar este número para vinte e cinco doentes por mês através do Decreto nº129/80 de 18 de Março.

O Estado de Cabo Verde tem o dever de informar, através da sua embaixada em Lisboa, o Ministério dos negócios estrangeiros da data de chegada a Lisboa e com uma antecedência mínima de 24 horas, o estabelecimento hospitalar já definido da “*data, local e hora de chegada a Lisboa dos doentes a submeter a tratamento*”, fazendo-os acompanhar da sua história clínica (Decreto nº24/77, de 3 de Março/2ºartigo). Quando for dado por concluído o tratamento em Portugal, há uma sessação dos encargos assumidos pelo Estado Português, cabendo ao hospital onde este foi realizado, a responsabilidade de enviar o relatório clínico de modo confidencial à autoridade sanitária Cabo-Verdiana.

## **2.2. S. Tomé e Príncipe**

A 26 de Novembro de 1974 foi assinado em Argel, entre o Governo Português e o Movimento de Libertação de S. Tomé e Príncipe um Protocolo do Acordo que apela á compreensão e amizade, predominando a cooperação, independência, igualdade e respeito mútuo (Gouveia, 1998). Mediante o artigo 15º deste mesmo Protocolo, estabeleceram-se acordo de cooperação, entre os quais o Acordo no Domínio da Saúde, publicado no Diário da República, 1ªsérie, nº52, de 3 de Março de 1977.

Como tal, o Estado Português comprometera-se, na medida das suas possibilidades, e quando e quando solicitado pelo estado de S. Tomé e Príncipe, a receber

para tratamento em Portugal um limite de dez doentes por mês (Decreto nº25/77 de 3 de Março).

Tal como no acordo anterior, o Estado de S. Tomé e Príncipe, através da sua embaixada em Lisboa, tem o dever de informar o Ministério dos negócios estrangeiros da data de chegada a Lisboa e com uma antecedência mínima de 24 horas, o estabelecimento hospitalar já definido da “*data, local e hora de chegada a Lisboa dos doentes a submeter a tratamento*”, fazendo-os acompanhar da sua historia clínica.

Com o concluir do tratamento, os encargos assumidos pelo Estado Português cessam, sendo responsabilidade do hospital português o envio do relatório clínico para a entidade sanitária são-tomense, aquando da alta do doente (Decreto nº25/77, de 3 de Março).

### **2.3 Angola**

Publicado no Diário da República, 1ªserie, nº221, a 24 de Setembro de 1979<sup>3</sup>, o Acordo Geral de Cooperação celebrado entre o Governo da República Portuguesa e da República Popular de Angola, apela a relações de amizade e solidariedade. Neste mesmo Acordo, o artigo 1º reforça também a persecução de políticas comuns de cooperação em vários domínios.

Neste âmbito, surge o Acordo de Cooperação no Domínio da saúde pelo Decreto do Governo nº39/84 de 18 de Julho que vem reforçar os princípios de igualdade, vantagem mútua e reciprocidade. Este acordo tem como particularidade o facto de o compromisso em matéria de assistência médica poder assumir-se de ambas as partes, na medida em que cada uma delas pode ser parte solicitante e parte solicitada. No âmbito desta investigação, focar-nos-emos em Angola como parte solicitante do apoio de Portugal que se assume como parte solicitada. No entanto, fica a nota de que Portugal pode também recorrer a assistência médica para os seus doentes em contexto Angolano, quando tal se justificar.

Neste sentido, o Estado Português, como parte solicitada, compromete-se a assegurar na medida das suas possibilidades, e quando solicitado por Angola, a prestar assistência médica aos doentes indicados, “*promovendo o seu tratamento e internamento, conforme a gravidade e o tipo de patologia, desde que esgotados todos os recursos*

---

<sup>3</sup> Atualizado no Decreto nº29/91 a 19 de Abril

*terapêuticos ou de diagnóstico da parte solicitante”* (Decreto nº39/83, de 18 de Julho, artigo 2º).

O Estado de Angola, como parte solicitante, tem o dever de comunicar previamente à entidade coordenadora quais os doentes a evacuar e as respetivas razões, sendo que após a informação de possibilidade de tratamento ou internamento deverá avisar a entidade da chegada dos doentes com uma antecedência de 24 horas. Deverá ainda assegurar a deslocação do doente até ao local de destino, apresentando-o no hospital, acompanhado de um relatório clínico e termo de responsabilidade (Decreto nº39/83, de 18 de Julho, artigo 4º).

Ao Estado português cabe o dever de informar a embaixada no prazo de 7 dias sobre as possibilidades de tratamento após receber o sumário clínico e promover o transporte de ambulância do aeroporto até ao hospital. Aquando da possibilidade de alta comunicar a mesma à embaixada, por escrito, com uma antecedência mínima de 5 dias, para que se possa programar o regresso, e ainda enviar um relatório clínico confidencial do tratamento hospitalar à entidade sanitária de Angola (Decreto nº39/83, de 18 de Julho, artigo 6º).

#### **2.4 Guiné-Bissau**

Como fora já referido, a 26 de Novembro de 1974 foi assinado em Argel, entre o Governo Português e o Partido Africano de Independência da Guiné e Cabo Verde um Protocolo do Acordo que apela à cooperação entre os povos através do desenvolvimento de relações de amizade com base na *“independência, respeito mútuo, igualdade, reciprocidade de interesses e relações harmoniosas”* (Gouveia, 1998, p.429).

Neste sentido, surge o reconhecimento da importância de cooperação no domínio da saúde, nomeadamente de um maior apoio por parte do Estado Português ao desenvolvimento sanitário do Estado da Guiné-Bissau, concretizado com a publicação do acordo no Diário da República, 1ª série, nº89, de 17 de Abril de 1978.

Acordo esse atualizado com o Decreto nº44/92, de 21 de Outubro. De acordo com o 1º artigo, a parte portuguesa compromete-se a prestar assistência médica, dentro das suas possibilidades, aos cidadãos guineenses evacuados, aquando da solicitação deste Estado e quando ambas as partes reconheçam a indispensabilidade da evacuação.

Cabe ao Ministério da saúde pública da República da Guiné-Bissau, através da sua embaixada em Lisboa enviar à entidade portuguesa o pedido de evacuação devidamente justificado com a história clínica do doente. A parte Portuguesa tem o dever

de dar uma resposta que confirme ou não a evacuação, especificando a data desta. A parte guineense deverá, através da sua embaixada em Lisboa e com uma antecedência mínima de 24 horas, informar o estabelecimento hospitalar já definido da data, local e hora de chegada a Lisboa do doente evacuado, fazendo-os acompanhar da sua história clínica (artigo 2º).

Os encargos da parte portuguesa cessam quando é dado por concluído o tratamento, sendo que aquando da alta, cabe ao estabelecimento de saúde onde foi prestada a assistência o envio de um relatório clínico confidencial do tratamento hospitalar às autoridades sanitárias guineenses (artigo 4º e 5º).

## ***2.5 Moçambique***

A 2 de Outubro de 1975 foi assinado em Maputo um Acordo Geral de Cooperação entre a Republica Portuguesa e a República popular de Moçambique. Estabeleceram-se assim laços de amizade e cooperação, já mencionados no Acordo de Lusaka, assentes em princípios como a “*independência, igualdade, comunhão de interesse e respeito da personalidade de cada povo*” (Gouveia, 1998, p.649).

Estabelece-se assim um acordo no domínio da saúde, com a sua publicação no Diário da República, 1ª série, nº160, de 12 de Julho de 1984, atualizado com o Decreto do Governo nº35/84, de 12 de Julho. Este, à semelhança do Acordo com Angola, também assenta num compromisso de assistência médica em que ambas as partes podem assumir-se como parte solicitante e parte solicitada. No âmbito desta investigação, focar-nos-emos em Moçambique como parte solicitante do apoio de Portugal que se assume como parte solicitada.

O Estado de Moçambique, como parte solicitante, tem o dever de comunicar previamente à entidade coordenadora quais os doentes a evacuar e as respetivas razões através do relatório clínico. Após a informação de possibilidade de tratamento ou internamento deverá avisar a entidade da chegada dos doentes com uma antecedência de 24 horas. Deverá ainda assegurar a deslocação do doente até ao local de destino, apresentando-o no hospital, acompanhado de um relatório clínico e termo de responsabilidade (Decreto do Governo nº35/84, de 12 de Julho, artigo 4.º).

Ao Estado Português cabe o dever de informar a embaixada no prazo de 7 dias, após receber a história clínica sobre as possibilidades de tratamento, informando a data de início do tratamento/internamento, e promover o transporte de ambulância do

aeroporto até ao hospital em casos devidamente justificados. Deverá ainda colaborar nas diligências para a presença de um representante da embaixada.

Aquando da possibilidade de alta comunicar a mesma à embaixada, por escrito, com uma antecedência mínima de 5 dias, para que se possa programar o regresso, e ainda enviar um relatório clínico confidencial do tratamento hospitalar à entidade sanitária de Moçambique, sendo que uma cópia do relatório acompanhará o doente.

### ***2.3 Responsabilidade estabelecidas***

Existem responsabilidades e encargos base que devem ser seguidos pelas partes do acordo:

O **Estado Português** deverá garantir os tratamentos de saúde gratuitamente, prestando assistência médica hospitalar (internamento hospitalar e ambulatório) e meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efetuados em estabelecimentos hospitalares oficiais ou suas dependências. Deverá ainda assegurar o transporte em ambulância do aeroporto ao hospital quando tal é clinicamente necessário (Manual de acolhimento no Sistema de Saúde de cidadãos estrangeiros, 2016).

Para responder a estas responsabilidades, o Estado Português envolve três entidades públicas mencionadas na circular normativa nº4/DCI de 16.04.04 - Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da saúde:

- **Ministério da Saúde** através da Direção Geral da Saúde, responsável pela coordenação e avaliação dos processos de evacuação de doentes, pela Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde e ainda os Hospitais públicos recetores dos doentes evacuados.
- **Ministério dos Negócios Estrangeiros**, através do Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, responsável pela coordenação e supervisão da cooperação portuguesa e de ajuda pública ao desenvolvimento e ainda através das Embaixadas de Portugal e Serviços Consulares nos diferentes países.
- **Ministério da Administração Interna** através do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), que centraliza os pedidos de vistos dos diferentes consulados e é o responsável final pela sua concessão.

Cabe aos **PALOP** assegurar o transporte de vinda e regresso ao país de origem, a deslocação do aeroporto ao local de destino, alojamento a doentes não internados ou em regime de internamento e ambulatório e alojamento nos pós tratamento. É também da sua responsabilidade os medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório, a atribuição de próteses, e em caso de morte o funeral ou repatriamento (Manual de acolhimento no Sistema de Saúde de cidadãos estrangeiros, 2016). Além disso é ainda determinado um limite máximo de doentes de cada PALOP que podem ser recebidos no âmbito deste acordo, no entanto este limite tende muitas vezes a ser ultrapassado.

No entanto, cada acordo apresenta algumas particularidades como pode ser analisado detalhadamente (Apêndice II – especificidades dos Acordos de cooperação de Saúde).

#### 2.4 Processo de evacuação de doentes

**Figura 3 - Processo de Evacuação dos doentes oriundos dos PALOP**



Fonte: Manual de acolhimento no Sistema de Saúde de cidadãos estrangeiros (2016, p.29)

Como pode ser seguido através da imagem acima (Fig.3), um doente para ser evacuado necessita primeiramente de ser observado por uma Junta médica, através da

qual o médico responsável avalia a situação clínica e dá o seu parecer acerca da necessidade de cuidados em Portugal. No entanto, entre o pedido de Junta médica e a deslocação do doente podem passar meses ou até anos, por ser um processo muito burocrático que envolve várias entidades (Henriques, 2010).

Importa realçar que

*“Não podem ser abrangidos pelo âmbito dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde, os pedidos de assistência médica de cidadãos dos PALOP, que não tenham sido aprovados pela Junta Médica Nacional ou pela autoridade de saúde competente do PALOP, rececionados e validados pela Direção-Geral da Saúde.” (Manual de Manual de acolhimento no Sistema de Saúde de cidadãos estrangeiros, 2016, p.27).*

No entanto, quando se trata de uma situação definida a priori como urgente é premente simplificar e encurtar o tempo envolto em todo o procedimento, e como tal a Direção Geral de Saúde Portuguesa é informada através de um fax ou um telefonema feito pela Embaixada ou Ministério de saúde do país de origem, da necessidade de vinda de um cidadão. De seguida, a DGS analisa qual o hospital mais adequado a receber este utente, avisando-o da sua vinda. Posteriormente, a situação é regularizada com o envio dos documentos necessário pela Embaixada (Henriques, 2010).

## **2.5 Lacunas no processo de evacuação - O tempo de espera e o processo de seleção**

Além da seleção dos utentes dos PALOP ser demorada por vezes o processo é dificultado ainda no seu início por *“fatores de exclusão natural”* (Henriques, 2012, p.6), na medida em que quem habita em zonas periféricas é desde logo discriminado pela dificuldade de acesso a uma Unidade de Saúde, seja por motivos económicos ou até mesmo por falta de meios de deslocação (estradas, transportes, etc.).

Henriques refere que *“quem vive nos centros urbanos, ou próximo destes, tem a vida mais facilitada em termos de acesso à saúde. Mesmo assim, [...] nos hospitais falta por vezes quase tudo”* (2012, p.6), nem sempre existindo meios de diagnóstico complementares eficientes. Aliado a estes constrangimentos está o facto de muitos doentes se sustentarem em crenças que os fazem recorrer apenas a curandeiros, dirigindo-se aos centros de saúde em estados já muito avançados da doença, dificultando a recuperação. Na sua investigação, a mesma autora refere que alguns testemunhos de Guiné Bissau denunciam ainda a *“existência de uma espécie de comércio de juntas*



*médicas em que o médico propõe alguém a junta médica mediante um pagamento*” (idem, p.7), comprometendo a veracidade do processo e o seguimento de critérios clínicos.

Como tal, as lacunas começam logo no início do processo. O diagnóstico de uma patologia, cujo tratamento não exista no seu país de origem, nem sempre é sinónimo de evacuação. *“Travam-se verdadeiras batalhas: com o Ministério da Saúde, com o Ministério das Finanças, com as embaixadas”* (idem, p.7), sendo em muitos casos os contactos “bem posicionados” o único recurso destes doentes para acelerar o processo.

Algumas denúncias alertam até para a chegada a Portugal de diagnósticos errados, casos sem cura cuja vinda a Portugal não se justifica, ou até diagnósticos falsos que servem de “*passaporte*” para entrada no país. Algo falha durante o processo e nestes casos *“[...] alguém doente ficou para trás e pode morrer”* (Reportagem TVI – Uma viagem sem regresso, 2011).

No entanto, as dificuldades não se resumem a esta fase do processo. Henriques (2012) realça ainda que os doentes que conseguem chegar a Portugal enfrentam dificuldades de sobrevivência consequentes do incumprimentos das responsabilidades, como aprofundaremos nesta investigação.

### CAPITULO 3 – INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Perante os eixos de vulnerabilidade apresentados e a sua influência na saúde e estado de doença, importa demonstrar a importância da intervenção social em todo este processo de evacuação.

#### 1. Apontamentos sobre a contextualização do serviço social na saúde

Mary Richmond, pioneira de Serviço Social, definiu pela primeira vez o Serviço Social de Casos em 1915, aprofundando-o em 1922 na sua obra “*What is Social «case work»*”, como sendo um “[...] processo que desenvolve a personalidade através de um ajustamento consciente, individuo por individuo, entre os homens e seu ambiente” (cit in Vieira, 1988, p.46). No entanto, importa realçar que a sua evolução deu já origem a inúmeras conceções distintas que se desenvolvem e se adequam às necessidades do tempo e espaço (Vieira, 1988; Carvalho & Pinto, 2015).

O Serviço Social de Casos, apesar de se constituir por princípios genéricos inerentes à natureza do indivíduo, apresenta variações de país para país em função do contexto/ambiente, resultado das condições culturais, económicas, sociais e políticas. Além disso adequa a aplicação das suas técnicas à categoria de clientes a que se direcciona e às finalidades das organizações e exigências institucionais (Vieira, 1988).

A Conferência de Milford que decorreu nos EUA em 1929 foi um marco importante realçando que o Serviço Social de Casos poderá aplicar-se a vários campos, problemas e clientes, sendo um método genérico mas que se acrescenta de conhecimentos especiais na aplicação aos diferentes campos<sup>4</sup> (Conferência de Milford, 1975 cit. in Vieira, 1988).

Inicialmente as definições de vários autores relativamente a este método encaravam o Serviço social como tendo a finalidade de ajustar o cliente ao seu meio, sendo que na primeira metade do século XX, tanto nos Estados Unidos como na Europa, vivia-se um período em que se acreditava numa “*relativa estabilidade económica e social*” na sociedade (Vieira, 1988, p.39).

No entanto, algumas mudanças ocorridas nos países em desenvolvimento vieram colocar em causa a perspetiva da estabilidade social e foram surgindo outras visões que colocaram o ênfase deste método de intervenção nos aspetos psicossociais do indivíduo, para o seu bom funcionamento social. Nomeadamente a proposta pela ONU, em 1960, que defende o Serviço Social de Casos como “*uma ação de dinâmica mútua entre o*

---

<sup>4</sup> Campo da família, dos menores, escolar, da saúde, de empresas, entre outros.

*Assistente Social e o cliente*” (cit. in Vieira, 1988, p.46). Assim, até à década de 60 o Serviço Social de casos tendia a ser de tipo residual<sup>5</sup>, procurando reduzir os problemas individuais e os desequilíbrios relativamente ao meio ambiente. No entanto, o seu carácter assistencialista é recusado pela América Latina e é através do conhecimento das ciências sociais que emerge o tipo promocional, cujo objetivo passa pela capacitação do indivíduo para superar e prevenir possíveis problemas, avaliando fatores internos e externos e ajudando o indivíduo a utilizar recursos somáticos, psíquicos e sociais (Vieira, 1988).

Importa ainda referir que apesar de se situar no método de casos, Richmond salienta também a importância dos grupos e comunidades para a resolução dos problemas sociais. Esta destaca que a metodologia do *case work* deverá começar com o diagnóstico social, centrando-se nas causas dos problemas e nas capacidades de cada indivíduo, o que implica a análise de toda a sua situação em relação ao meio, entidades que lhe são próximas e seus vínculos sociais com vários grupos e a comunidade em que se insere (Carvalho & Pinto, 2015).

Foi assim com base nesta teoria que o Serviço Social na saúde começou o seu desenvolvimento, desde a origem da profissão, sempre com uma particular ligação à disciplina profissional, remontando às origens da profissão e acompanhando a evolução da conceção da saúde (Guadalupe, 2011; Branco & Farçadas, 2012). Guadalupe (2011, p.99) alude que Mary Richmond, pioneira de Serviço Social, fora influenciada por Florence Nightingale<sup>6</sup>, que desenvolveu o conceito de “*visitadoras de saúde*”, o qual Richmond adaptou e reproduziu para o Serviço Social, nos Estados Unidos da América, em meados de 1980 com a designação de “*visitadores domiciliares*”, inseridos em equipas de saúde.

O ano de 1905 marca um momento histórico no âmbito do Serviço Social na saúde, através da criação de um posto de Serviço Social hospitalar no *Massachusetts General Hospital* que integra o tratamento médico-social dos doentes em ambulatório ou internados através de um “*Médico Social*” nas equipas de profissionais (Cabot, 1928 & Cowles, 1993 cit in Guadalupe, 2011; Branco & Farçadas, 2012).

A institucionalização do Serviço Social na Saúde está alicerçada ao movimento hospitalar e mudança no contexto hospitalar da medicina (Branco & Farçadas, 2012). Segundo Ida Cannon (1923, cit. in Guadalupe) esta necessidade surgira do facto de “[...]”

---

<sup>5</sup> Utilizado em países desenvolvidos e subdesenvolvidos

<sup>6</sup> Fundadora da enfermagem moderna

*os cuidados médicos terem passado a fazer-se quase unicamente no contexto de gabinete médico ou no hospital, restringindo o seu campo de visão e colocando-o centrado nos fatores fisiológicos*” (2011, p.100). Há assim uma descontextualização “*das condições ecológicas e sociais dos doentes, quer nas suas zonas de residência, quer nas empresas*” (Branco & Farçadas, 2012, p.1). No entanto, nesta fase a incidência do Serviço Social remetia-se principalmente para a elaboração de relatórios que descrevessem as condições habitacionais e laborais dos doentes (Guadalupe, 2011).

Em Portugal, a emergência do Serviço Social na saúde “[...] *ancora em concepções teóricas e em práticas médico-sociais com influência do positivismo e cientismo, [...]*” em fins do séc. XIX e início do séc. XX (Matias, 2003 cit in Guadalupe, 2011, p.100).

Nos anos 50, alguns movimentos de reflexão procuram afastar o Serviço Social de uma intervenção meramente assistencialista e paliativa, visionando uma abordagem “*sistematizada, promocional e global*” (Ministério da Saúde, 1998, cit. in Guadalupe, 2011). Nesta sequência, os anos 70 do séc. XX foram pautados por inúmeras conquistas neste âmbito, consequência das transformações vividas na altura, emergindo também a discussão acerca da relação entre o sistema de saúde, políticas de saúde e políticas sociais inerentes ao quotidiano do Assistente Social.

Com a evolução do sistema de saúde, e a instituição do Serviço Nacional de Saúde até aos dias de hoje, a visão da doença deixou de ser baseada no modelo biomédico e mecanicista, focando-se nos modelos biopsicossocial e holístico que encaram a pessoa como um todo, introduzindo “*novas dinâmicas de intervenção em equipa multidisciplinar*” cruciais para a “*construção social da saúde*” (Guadalupe, 2011, p.102). Reconhece-se a influência dos fatores sociais e dos antecedentes e consequências da doença, na medida em que “*uma casa pobre, bairros insalubres, deficientes condições de trabalho, problemas familiares e alimentação afetam adversamente a saúde, sendo que uma saúde «pobre» pode produzir uma variedade de problemas sociais*” (Dhooper, 1997 cit. in Branco e Farçadas, 2012, p.4).

É nos Hospitais Universitários de Coimbra, em **1941**, que nasce em Portugal o Serviço Social hospitalar com a admissão da primeira assistente social, seguindo-se em 1942 a sua inserção no Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos em Lisboa, mais tarde, em 1948, no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa e difundindo-se a partir daí (Guadalupe, 2011; Lopes, Ribeiro, Santo, Ferreira & Frederico, 2012).

## 2. Evolução das funções do Serviço Social em contexto hospitalar

A partir da análise dos marcos históricos referidos, e considerando que *“a presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social”* (Lopes, et. al , 2012, p.27), que afeta não só o doente como outras pessoas significativas, importa realçar a importância dos assistentes sociais na saúde e suas funções.

Até ao ano de **1960** as funções do assistente social incidiam numa perspectiva de normalização de condutas e integração dos indivíduos, e não existia a correlação com as políticas sociais, hoje tão intrínsecas ao quotidiano profissional:

*“Não se discutia a relação com as políticas sociais, as quais não eram igualmente tratadas no plano analítico, tanto pelo Serviço Social como por outras áreas do conhecimento. Questões mais graves com explicações teóricas mais densas não faziam parte do quotidiano profissional. A intervenção convergia aos objetivos institucionais de integração social e redução dos “desvios de conduta”* (Mioto & Nogueira, 2013, p.63).

Guadalupe (2011) faz uma extensa revisão dos marcos cronológicos do Serviço Social na Área da Saúde em Portugal, dos quais importa reter os seguintes (Apêndice III):

A primeira jurisdição profissional do Serviço Social na saúde, é apresentada em Assembleia da República e consagrada pela Lei da Organização Hospitalar nº 2011, de 2 de Abril de **1946** (*cit. in* Branco & Farçadas, 2012, p.1), que *“introduz a imprescindibilidade do diagnóstico social como complemento do clínico”* (Guadalupe, 2011, p.109).

Esta consagração foi mais tarde consolidada com a publicação da Reforma Hospitalar de **1968**.

Com o Estatuto hospitalar (Decreto-Lei nº 48 357, de 27 de Abril de 1968) e o Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto-lei nº 48 358/68, de 27 de Abril de 1968) é definida a *“natureza da ação dos estabelecimentos hospitalares como simultaneamente médica e social”* (Guadalupe, 2011, p.111) e apresentada uma definição de Serviço Social na Saúde que estabelece *“as relações entre necessidades pessoais e familiares e os casos de doença”* (Lopes, et al., 2012, p.34). Este regulamento compreende o Serviço Social no âmbito dos serviços assistenciais, inclui o assistente social no Conselho Técnico, e define como suas competências a colaboração nos serviços de ação médica, no âmbito das causas e consequências sociais da doença, intervenção em estados de crise e carência com contactos internos e externo, sendo importante também na investigação de *“técnicas médicas e sociais”*, e coordenação do trabalho dos voluntários (Guadalupe, 2011; Branco & Farçadas, 2012).

Em **1973**, é aprovado um conjunto de funções atribuídas aos profissionais de Serviço Social, que intervêm em contexto hospitalar, que se tornaram relevantes para a definição da jurisdição profissional e orientaram o exercício profissional – “*Regulamento do Serviço Social*”, através da Inspeção Técnica de Ação Social da Direção-Geral dos hospitais pelo Secretariado de Estado da Saúde (Guadalupe, 2011; Lopes, et al., 2012). Documento esse que, numa visão abrangente, volta a realçar a natureza médica e social da ação hospitalar, destacando que “*enquanto a ação médica se destina, principalmente à cura e reabilitação dos doentes, a ação do Serviço Social visa detetar fatores psicossociais que, interferindo na doença, possam dificultar a sua cura e reabilitação*” (cit. in Guadalupe, 2011, p.112).

No ano de **1979** o Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde e Assistência (GEPS 1979) divulga o documento “O Serviço Social no Sector da Saúde” aprovado pelo Secretário de Estado da Saúde, a 4 de dezembro do mesmo ano. Este “*sistematiza os conceitos, objetivos, a estrutura funcional e orgânica, assim como as funções do Serviço Social*” (idem, 113).

Em **1991** a carreira de técnico de serviço social é instituída pelo Decreto-Lei nº296/91, de 16 de Agosto, nomeadamente pelo também reconhecimento da licenciatura.

Em **1998**, é divulgado o documento “Serviço Social da Saúde” do Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde que sistematiza a informação relativa a funções, hierarquias, objetivos, atividades e técnicas com um dos objetivos de definição e enquadramento da carreira de assistente social. São estabelecidas funções do serviço social na saúde, sintetizadas por Guadalupe (2016):

- *“Acompanhamento psicossocial ao indivíduo, sua família e outros membros da rede pessoal de suporte e a grupos sociais-alvo;*
- *Articulação qualificada com as redes formais e informais de apoio, na esfera individual e colectiva*
- *Contributo para a humanização e qualidade dos serviços de saúde*
- *Supervisão técnica e orientação andragógica*
- *Investigação, estudo e concepção de processos, métodos e técnicas de intervenção*
- *Participação na definição, promoção e efectivação dos cuidados de saúde”*

No entanto, atualmente, as funções dos assistentes sociais, que intervêm em contextos de serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde, estão definidas na Circular Normativa nº 8 de Maio de 2002, do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde onde são enunciadas dez

funções. Almeida (2012), reorganiza estas funções em dois níveis de intervenção - Micro e Meso cuja intervenção se foca na vertente individual e familiar, “*em articulação com organizações da comunidade e profissionais*” (idem, p.157) – acrescentando uma 11ª função inserida no nível Macro, que se refere a uma “*natureza política e estratégica*”, o que a autora refere ter um “*quase ausente peso de intervenção*” (idem, p.157) no âmbito político/estratégico:

- **Micro:**

O nível Micro incide nas “características e natureza da procura social”, através da identificação dos doentes e organizações a que estes recorreram. Para tal, a rede de suporte foca-se nas relações informais existentes do indivíduo com a família, amigos e comunidades envolvente, e na rede formal de que beneficia (Almeida, 2013).

- *Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respectivo diagnóstico social;*
- *Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respectivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;*
- *Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades*
- *Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social.*

- **Meso:**

No nível Meso há um enfoque no campo de intervenção, áreas institucionais e temáticas de referência da procura social, nomeadamente saúde, educação, segurança social, entre outras. Para tal, importa verificar as oportunidades e constrangimentos de cada estrutura, através da compreensão da natureza, modo de funcionamento, funções dos seus profissionais, e recursos intrínsecos a estes campos.

- *Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade*
- *Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidado*

- *Proceder à investigação, estudo e concepção de processos, métodos e técnicas de intervenção social*
- *Analisar, seleccionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação científico-social;*
- *Participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respectivos serviços ou estabelecimentos*
- *Definir, elaborar, executar e avaliar programas e projectos de intervenção comunitária na área de influência dos respectivos serviços e estabelecimentos*

○ **Macro:**

No nível Macro de intervenção deverá ser considerada a política social e as medidas aplicáveis á problemática social em questão. Neste sentido, o território é o grande palco desta intervenção, mediante as “*condições económicas, políticas, sociais e culturais da zona geográfica de implementação das políticas e dos serviços sociais*” (Almeida, 2013) em função da rede de recursos sociais, da organização da comunidade e articulação institucional existente:

- *Participar na definição, promoção e concretização de políticas de intervenção social a nível central e europeu.*

A quase inexistência deste nível, deve-se essencialmente ao facto de em contexto de saúde o “locus da ação” ocorrer na própria organização, através da otimização dos recursos internos e externos, numa articulação interinstitucional. No entanto, importa realçar o papel fulcral na fomentação de redes de suporte e “*(r)estabelecimento*” dos laços sociais, diminuindo “*o impacto das condições de vida e bem-estar não sustentáveis*” e potenciando “*a inserção social dos públicos-alvo mais vulneráveis*” (Almeida, 2012, p.157).

Importa referir que a grande particularidade do Serviço Social na Saúde passa pelo fato de a procura do serviço social surgir na sequência de “[...] *uma situação de mal-estar e não em aspetos sociais*” como refere Carvalho (2003, *cit in* Guadalupe, 2012, p.206), o que implica maiores desafios de intervenção.

Assim, em qualquer uma destas funções e prevalecendo a dimensão psicossocial, o objetivo intrínseco a todas elas passa pela “*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*” (Lopes, et al., 2012, p.35).



A intervenção realizada com as famílias dos doentes poderá, segundo Guadalupe (2012), focar-se em três vertentes: *“Intervenções que favorecem o ajustamento à situação (preventivas, amortecedoras e reparadoras do impacto da doença); Intervenções para explorar e potenciar o suporte social; Intervenções capacitadoras e emancipadoras”* (idem, p.207).

### **3. Processos e procedimentos de intervenção**

No âmbito do serviço social é fundamental estimular práticas que favoreçam o “sentido de coerência” e assim o paradigma salutogénico<sup>7</sup>, nomeadamente para a *“recuperação de estados de tensão desencadeados por acontecimentos adversos, como no apoio à participação nos processos de decisão”* (Costa, 2015, p.43). Para tal os profissionais poderão recorrer ao estabelecimento de uma relação de empatia onde predomine o diálogo (Lindstrom & Eriksoon, 2005 cit. in Costa, 2015).

O assistente social poderá fazê-lo através da entrevista de ajuda, e nomeadamente em três dimensões:

*“capacidade de compreensão (percepção do meio e da realidade em que está inserido), na gestão (possibilidade de alocar recursos disponíveis para responder aos problemas que se evidenciam) e através do investimento (depois de compreender o fenómeno investe-se proactivamente numa abordagem promotora de mudança)”* (Costa, 2015, p.45).

Deste modo, procurar-se-á que o doente e/ou a sua família *“possa decidir de forma participada na estratégia mais adequada à promoção da sua própria saúde”* (Costa,

---

<sup>7</sup> Com o desenvolvimento do modo como é encarada a doença e procurando a promoção da saúde, a visão assente numa perspetiva de “patogénese” que *“sugere uma valorização da causa específica da doença”* (Costa, 2015, p.41) sofre uma evolução. Surge uma perspetiva assente no paradigma “salutogénico” que reconhecendo a importância do primeiro conceito para *“desvendar a origem e o tratamento da doença”* (Antonovsky, 1990 cit. in Costa, 2015, p.41) lhe acrescenta uma série de outros determinantes que devem ser tidos em consideração para o desenvolvimento de comportamentos e práticas saudáveis que potenciem *“fatores de proteção nas pessoas”* (Costa, 2015, p.41). Antonovsky (1987, cit. in Costa, 2015) considera que a base deste paradigma assenta num conceito por si introduzido: *“sentido de coerência”* que se reflete no impacto e na percepção cognitiva, emocional e afetiva das experiências vividas e *“distingue os efeitos a uma determinada exposição, a factores exógenos e endógenos, ou seja, depende de como cada indivíduo actua perante situações que penalizam ou podem ser prejudiciais para a saúde.”* (2015, p.42). Deste modo, um “sentido de coerência” equilibrado favorecerá ações positivas para a saúde quando em confronto com situações de risco (Bengel et al., 1999 cit in. Costa, 2015, p.42). O mesmo autor acrescenta ainda um conjunto de características comuns a “pessoas expostas a agentes de stress” que se concretizam em estratégias de proteção perante adversidades exógenas e endógenas, *“permitindo de certa forma, sublimar os efeitos que podem penalizar ou afectar a saúde de cada indivíduo”* (Antonovsky 1987, cit. in Costa, 2015, p.43).

2015, p.44). Este paradigma é transversal à compreensão dos atuais processos e procedimentos de intervenção dos assistentes sociais na saúde, designadamente no que concerne à intervenção psicossocial, intervenção em articulação com a equipa multidisciplinar e ao *social advocacy* (advocacia social).

### ***3.1 Intervenção psicossocial***

A década de 50 e 60 do século XX e nomeadamente o processo de reconceptualização do Serviço Social, veio deixar para segundo plano a mera intervenção individualizada pela sua falta de caráter amplo e crítico. Os assistentes sociais procuraram dar “*uma nova roupagem*” para esta profissão, não só a nível teórico como metodológico, pretendendo alcançar uma faceta mais crítica de intervenção (Carvalho & Pinto, 2015, p.86).

Nesta sequência, o Serviço Social de casos necessitou de se completar com outras referências e teorias como a psicodinâmica, teoria do desenvolvimento e abordagens sistémicas como o modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner. Assim, a intervenção individualizada foi adquirindo diversos focos consoante o contexto em que era aplicada, nomeadamente serviço social clínico<sup>8</sup>, ou serviço social psicossocial<sup>9</sup> que encara os fatores psicossociais como fundamentais para a eficácia na “[...] *ajuda material, financeira, médica e moral.*” (Ander-Egg, 1995 cit. in Carvalho & Pinto, 2015, p.87).

Vários são os autores que defendem que a situação de doença envolve por si só uma dimensão psicossocial, ligada a “*fatores de ordem económica, social, cultural e espiritual [...] e aos aspetos de ordem psicológica [...]*” (Lopes, et al, 2012, p.35), que influenciam necessariamente a doença e processo de cura ou reabilitação, implicando por parte dos assistentes sociais um acompanhamento psicossocial e uma intervenção humanizada. Como tal, e citando Branco e Farçadas (2012): “[...] *o Serviço Social tem como objeto os fatores sociais da saúde, agindo para a compreensão da incidência que os fatores psicossociais têm na saúde das pessoas e das comunidades*” (idem, p.5).

No entanto, realçamos que a intervenção psicossocial não se limita a uma intervenção individual. Segundo Pires (2000, cit in Guadalupe),

---

<sup>8</sup> Serviço Social Clínico (enfoque clínico) - Aplicado maioritariamente nos EUA

<sup>9</sup> Serviço social psicossocial (Enfoque social) – aplicado maioritariamente na Europa e América Latina

*[...] a utilização da abordagem dita psicossocial não tem conteúdo do «psico-social» [...] ou seja do apoio à pessoa individualizada, mas engloba sim o sentido do conceito de uma «abordagem global» que tem em conta a pluridimensionalidade dos seres humanos (2012, p.208).*

Com raízes no método de casos, a intervenção psicossocial foca-se nos “(...) *problemas que as pessoas enfrentam no seu funcionamento social*” (Silva, 2011, p.13). Este distingue-se do método tradicional na medida em que, apesar de se direccionar aos clientes individualmente, encara a situação problema não só no âmbito dos problemas psicológicos mas também na perspectiva da sua causalidade social. Para Viscarret (2007, *cit. in* Carvalho & Pinto), poderão mencionar-se duas grandes dimensões nesta intervenção: a “*pessoa em situação*” e o “*tratamento*”, sendo que a primeira engloba a “*pessoa, situação e interação entre pessoa e situação*” (2015, p.89).

A “*pessoa em situação*” refere-se a uma situação/relação humana que se relaciona com as forças físicas e sociais do meio ambiente, que podem ser internas (confiança, autoestima, forma de lidar com o stress, acontecimentos traumáticos, entre outras) e externas (mercado de trabalho, rendimento, escola, entre outras) (Carvalho & Pinto, 2015). A associação de algumas destas situações e/ou relações poderá levar á necessidade de intervenção psicossocial, por exemplo se as forças externas proporcionarem desemprego, e a pessoa não possuir autoestima ou resiliência para lidar com a situação.

Os problemas de funcionamento social e a dificuldade em resolvê-los atingem repercussões em várias áreas da vida (pessoal, familiar, social, profissional), podendo refletir-se no desemprego e falta de dinheiro, problemas habitacionais, entre outros. Como tal, Silva (2011) define a intervenção psicossocial como tendo como objeto “*os problemas da vida em sociedade com que qualquer pessoa sem dificuldades especiais, em qualquer sociedade ou grupo social, pode ser confrontada por razões de falta de recursos ou competências para os resolver.*” (2011, p.21). Ainda assim, este método de intervenção não tem como objeto o problema em si, mas sim o modo como a pessoa lida com a situação de vida que este envolve.

#### *4.1.1 Objetivos*

*“ (...) melhorar a relação da(s) pessoa(s) com o seu meio ambiente (...)”*

(Silva, 2011, p.25)

O objetivo imediato passa pela resolução do problema e o objetivo mediato é o desenvolvimento de capacidades pela pessoa-cliente de lidar com outras situações problemas (Silva, 2011). No âmbito hospitalar, espera-se que esta intervenção “*seja dirigida no sentido da saúde e não da doença*” (Branco e Fraçadas, 2012, p.5).

Monkman (1991, cit in Silva) apresenta diferentes ações a executar a vários níveis. Estas passam pela capacitação da pessoa-cliente na obtenção e utilização de recursos para a sua sobrevivência; desenvolvimento de comportamentos que “*favoreçam o sentimento de pertença e possibilitem às pessoas estabelecer relações próximas com outros no seu meio ambiente*” (2011, p.25) através de recursos informais, formais e societais; desenvolvimento de comportamentos que conduzam ao crescimento e desenvolvimento pessoal e nível de competência; e por fim o desenvolvimento de “*padrões de comportamento que possibilitem fazer face, com êxito a situações novas*” (*ibidem*).

Já a nível social, o mesmo autor defende que esta intervenção deverá facilitar o recurso a redes informais, como amigos e família e também a estruturas formais e contribuir para a mudança; “*favorecer um funcionamento mais adequado das macro-estruturas*” tais como os hospitais e ainda “*contribuir para a mudança, a nível legal, de políticas sociais, costumes e regras de funcionamento social*” (*ibidem*).

Importa salientar que esta intervenção entra necessariamente no domínio do subjetivo, na medida em que uma mesma situação pode ser considerada um problema por uma pessoa-cliente e não por outra, além de que existem diversas formas de a encarar dependendo da personalidade e situações de vida. Esta subjetividade exige do técnico a procura de uma resposta que vá de encontro com o ponto de vista da pessoa-cliente, tornando-a agente ativo neste processo de busca pela resolução (Silva, 2011).

Como principais finalidades da intervenção psicossocial, Caparrós (1992, cit. in Carvalho & Pinto, 2015), menciona a compreensão das relações interpessoais e da conduta humana; o potenciamento de conhecimentos sobre as necessidades básicas para o desenvolvimento adequado da pessoa mediante mudanças do meio; a compreensão do desenvolvimento humano; a reflexão acerca de fatores que produzam evolução no desenvolvimento da pessoa ou permanência em determinada etapa; potenciar o entendimento de mecanismos defensivos das pessoas perante as adversidades/problemas; e o desenvolvimento e entendimento das relações sociais, sendo “*a evolução psicoafectiva dos indivíduos*” um produto da interação social do grupo da família com o ambiente (*idem*, p.90).

A intervenção, em tempos confundida com o método clínico, não se centra apenas em aspetos internos (Healy, 2012 *cit. in* Carvalho & Pinto, 2015), e tem hoje como principal processo o “*empowerment*”/empoderamento, estratégia que procura recorrer aos recursos existentes e disponíveis e à criatividade para desenvolver respostas adequadas à situação problema.

#### 4.1.2 Diagnóstico e Plano de intervenção

Importa realçar que

*“[...] os recursos sociais podem ajudar a resolver certos problemas, porém, nenhum problema psicossocial se resolve apenas com recursos sociais, mas a partir da compreensão da incidência que os fatores psicossociais têm na saúde das pessoas e das comunidades. Neste âmbito, a intervenção nos fatores sociais pode concretizar-se em diversos níveis de atuação: individual, de grupo ou na comunidade.”* (Branco e Farçadas, 2012, p.6).

Deste modo, a intervenção do assistente social implica não só um diagnóstico psicossocial do doente, mas também “*o tratamento da problemática social que incide sobre o que está relacionado com o processo de saúde e de doença*” (Amaya Ituarte, *sd cit. in* Branco e Farçadas, 2012, p.6).

O “*tratamento*” já mencionado anteriormente, refere-se aos procedimentos a que o profissional recorre na intervenção, podendo integrar intervenções diretas, como a comunicação entre o cliente e o profissional, e intervenções indiretas, “*[...] em que a pessoa em situação se destaca como conceito-chave na intervenção no meio ambiente*” (Carvalho & Pinto, 2015, p.89).

Esta intervenção permite criar vínculos entre o indivíduo, o meio e o profissional, implicando uma relação de ajuda onde primem a “*empatia, escuta, não julgamento, respeito pelos indivíduos e pelo meio em que se inserem*” (Howe, 2009, *cit. in* Carvalho & Pinto, 2015, p.90).

Segundo Silva (2011), são várias as etapas a seguir neste método:

Como primeira etapa desta intervenção a autora apresenta a **primeira entrevista**, na qual se deverá estabelecer uma relação com a pessoa-cliente, fundamental para o sucesso de todo o restante processo. Para tal, importa que o profissional tenha em consideração que esta primeira entrevista é já por si um “*momento sensível*” (Silva, 2011, p.77), tendo em conta que a pessoa-cliente poderá encontrar-se ansiosa, nomeadamente por este apoio

não ser solicitado ou por não terem conseguido resolver os seus problemas autonomamente, devendo ser tratadas pelo nome evitando uma relação burocrata. Assim, outro dos princípios importantes a não esquecer pelo profissional é que “*entrevistar não é interrogar*” sendo premente que se crie um ambiente propício a uma conversa e que lhe permita “*perceber o contexto e os contornos do problema*” (idem, p.78).

Cabrita, Lopes, Silva, Santos & Trigueiro, salientam que o assistente social deverá proporcionar suporte emocional, “*permitindo ou facilitando a expressão dos sentimentos suscitados pela situação clínica e social e suas consequências*” (2015, p.150).

O plano de intervenção inclui também a **resolução de problemas** apresentados pela pessoa-cliente, sendo importante orientar o pensamento com as questões “*o que?*”, “*quem?*”, “*porque?*”, “*como?*” e “*com quem?*”, de modo a analisar a situação e a delinear uma estratégia coerente com a finalidade pretendida (Silva, 2011).

A mesma autora acrescenta que é fundamental **clarificar e definir prioridades nos problemas e objetivos a alcançar**, ou seja perceber quais os problemas, como se interligam e qual a importância atribuída a cada um. No entanto, importa realçar que tendo em conta o encadeamento dos acontecimentos, estes tornam-se dinâmicos, alterando-se também a forma como as pessoas os encaram.

De seguida deverá ser elaborada uma **síntese interpretativa e operacional**, que inclui os vários elementos conhecidos, nomeadamente fatores materiais, sociais, afetivos e relacionais. Esta síntese permitirá verificar se as visões do profissional e da pessoa-cliente coincidem, não se devendo limitar a uma síntese cronológica das ideias apresentadas na entrevista, mas sim à organização da informação e respetiva reflexão do profissional. Esta mesma síntese/avaliação permitirá a transmissão de uma nova visão da situação problema ao cliente, fomentando a sua reflexão. Este processo exige do técnico uma maior cautela no controlo da subjetividade, tendo conscientes as razões da sua interpretação.

Será premente o estabelecimento de um **Acordo**, algumas vezes definido como um contrato, através do qual se confrontam “[...] *os objetivos e o projeto de intervenção do trabalhador social, com os do cliente* [...]” explicitando e negociando as etapas a seguir e a duração da intervenção (Robertis, 1995, cit. in Silva, 2011, p.125). Esta medida tornará a pessoa-cliente agente ativo, comprometido com o seu próprio processo, atribuindo-lhe responsabilidades.

O desenvolvimento da intervenção implica um **acompanhamento** que estimule continuamente a pessoa-cliente através da orientação e prestação das informações

necessárias para que esta alcance a autonomia. Segundo Silva (2011), este acompanhamento poderá refletir-se em visitas ao domicílio (apesar de estas serem raramente realizadas no contexto hospitalar), ações junto de pessoas significativas, concertação de estratégias com outros profissionais, intervenção psicossocial com famílias, informação, intervenção ao nível das organizações e orientação para estruturas da comunidade.

A **Avaliação e fim do processo** deverão incidir numa decisão de ambas as partes de que a intervenção está concluída e os objetivos alcançados. No entanto, importa realçar que no âmbito do serviço social na saúde, esta relação termina aquando da alta clínica. Como tal, cabe ao profissional preparar esta etapa e fazer a avaliação do processo.

### ***3.2 Intervenção em articulação com a equipa multidisciplinar***

Desta forma, o Serviço Social na área da saúde ganha uma importância acrescida, na medida em que, ao intervir em problemas de ordem psicossocial, identificando necessidades e problemas sociais, previne que estes se confundam ou evoluam para problemas físicos ou clínicos, otimizando assim serviços e recursos e evitando uma incorreta utilização dos mesmos (Dhooper, 1977 *cit. in* Branco & Farçadas, 2012).

Como referido numa das funções anteriormente mencionadas, a articulação com os restantes profissionais é também tarefa do Assistente social, devendo este estar inserido numa equipa multidisciplinar, crucial para a promoção de uma perspetiva que encara o doente “*não apenas como uma patologia, mas como um ser integral, um cidadão, um ser humano [...]*” (Lopes, et. al, 2012, p.45).

Almeida realça a importância “*do estudo dos fatores sociais associados à situação de doença, necessários à produção de um diagnóstico social e respetivo plano de intervenção de forma atempada em relação à previsão de alta clínica*” (2012, p.156). O Serviço Social, ganha maior ênfase no planeamento da alta, preparação da continuidade de cuidados e conseqüente promoção da “*reabilitação/reintegração dos doentes na comunidade*”, na medida em que a ineficácia deste entrosamento poderá colocar em causa este processo, podendo “*criar insatisfação e riscos acrescidos*” (Lopes, et al, 2012, p.45). O mesmo autor salienta então que é fundamental o entrosamento entre profissionais, sem compartimentar saberes e utilizando uma mesma linguagem, para a identificação das necessidades inerentes á situação de doença concreta e “*transformando um atendimento automático num atendimento acolhedor e humanizado*” (*ibidem*).

### 3.3 *Advocacia social*

Segundo Smith, Reynolds e Rovnak (2009) os períodos de reforma na política americana, nomeadamente as guerras e revoluções (como o caso da revolução industrial), tendem a refletir-se nas profissões ligadas á área da saúde, como o serviço social, a psicologia e o aconselhamento. Neste sentido, estes autores defendem que como resposta aos impactos destas reformas, o conceito de advocacia social começa a emergir no âmbito destas profissões.

Também a suas definições e significados atribuídos tendem a deixar-se influenciar e moldar ao contexto e política até aos dias de hoje. No entanto, importa salientar que *advocacy* tem origem do latim na palavra *Advocare* que significa “*ajudar alguém que está em necessidade*” (Libardoni, 2000, p.2). A autora, salienta que apesar de advocacia e advogar, em português se referirem essencialmente a atividades de natureza legal e jurídica, será mais adequado defini-la de modo mais amplo como “*argumentar em favor de uma causa, uma demanda ou uma posição*” (idem, p.2), o que inclui iniciativas de natureza política, promoção e defesa de determinada causa, e até organizações da sociedade civil com o objetivo de dar visibilidade a temáticas e influenciar políticas para a transformação da sociedade.

Para Smith, Reynolds e Rovnak (2009) o foco principal da advocacia social incide no âmbito das questões de nivelamento das estruturas de poder, privilégios, distribuição de recursos e ainda combate das várias formas de discriminação ou violência contra indivíduos e grupos.

Neste sentido, e tendo em consideração as definições apresentadas, importa realçar a importância que estas ações têm no quotidiano dos assistentes sociais, o que implica, segundo os mesmos autores, intervenções dirigidas ás necessidades individuais, mas também tentativas sociopolíticas de promoção de mudanças, numa intervenção com vista á erradicação de sistemas e ideologias que perpetuem a discriminação ou desrespeito pelos direitos humanos.

Segundo Payne (1995, *cit. in* Branco & Farçadas) assistente social enquanto promotor de advocacia social deverá ainda promover “[...] *o controlo e a participação dos clientes nas suas vidas, comunidade e serviços que recebem*” (2012, p.11), integrando o doente e transmitindo informação acerca de direitos/deveres e benefícios, permitindo assim uma clara interpretação das normas e rotinas não só dos serviços de saúde como outros a que possa ter acesso.



Neste sentido, a advocacy, no contexto da saúde, deverá aliar a representação dos interesses dos doentes junto de instituições públicas e sociais, reivindicando direitos e a obtenção de serviços, à sua emancipação e participação ativa, dando-lhes voz. Segundo a Equality and Human Rights Commission (2010), esta poderá ser encarada como um meio para a inclusão social, a igualdade e a justiça social, sendo fundamental junto dos públicos mais marginalizados e desfavorecidos que, quer pelo isolamento, desconhecimento quer pela falta de confiança e descredito nos serviços, tendem a não reivindicar os seus direitos.

Para compreendermos esta afirmação importa analisar o conceito de justiça social. Apesar de emergente no século XIX, primeiramente mediante a ideia de justiça distributiva, o conceito de justiça social apenas foi alvo de teorização nos primeiros anos do século XX, em função das circunstâncias sociais e políticas que entretanto sofreram evoluções. Segundo Miller (1998), se inicialmente a preocupação se centrava na forma como era repartida a liberdade, a propriedade e riqueza pelos grupos sociais (distribuição de bens materiais), atualmente a justiça social pressupõe também o acesso à educação, à saúde, a pensões de velhice, e o reconhecimento e promoção pelo Estado das várias identidades. O mesmo autor apresenta cinco assunções acerca da ordem social, que acredita terem estado na base da ideia de justiça social, pelo que consideramos pertinente abordarmos a segunda. Esta refere-se à necessidade de uma estrutura institucional cujos efeitos sobre a distribuição social sejam cognoscíveis, ou seja, as instituições sociais seriam a grande estrutura capaz de distribuir direitos e deveres e gerir expectativas (Rawls, *sd. cit. in* Miller, 1998). No entanto, hoje as instituições tendem a perder a sua fiabilidade com a perda de confiança inserindo-se num âmbito global, que dificulta este papel de previsão e controlo.

Como tal, e estando o assistente social num lugar privilegiado de contacto direto com as famílias e as suas realidades, consideramos que este pode ter um papel na formulação e avaliação das políticas sociais e de saúde, restabelecendo nos doentes alguma confiança nos serviços, o que exige de cada profissional “*capacidade de análise crítica, pertinência, muita fundamentação e persistência, o que nem sempre escapa a trajetórias labirínticas e que ganham significado em conquistas frequentemente muito pouco visíveis*” (Guadalupe, 2011, p.103).



---

*Parte II*  
*Estudo Empírico*

---



## CAPÍTULO 4 – PROBLEMA DE PESQUISA E OPÇÕES METODOLÓGICAS

### 1. Objeto de estudo, objetivos e finalidade da investigação

#### 1.1 Objeto e problema de pesquisa

O objeto de estudo desta dissertação incide sobre os fatores de vulnerabilidade de doentes e famílias provenientes dos PALOP, ao abrigo dos Acordos de Cooperação de Saúde, e a forma como o Serviço Social responde às especificidades destes casos na área hospitalar.

Estes doentes chegam com uma réstia de esperança de encontrarem em Portugal uma cura e regressarem ao seu país passado um ou dois meses, confrontando-se com uma realidade que em muito diverge daquilo que esperavam. Veem-se envoltos em Acordos de Cooperação que se constataam “[...] *frequentemente desadequados da realidade atual,*” (Henriques, 2012, p.1) e que não lhes garantem a possibilidade de constituírem uma nova vida em Portugal, principalmente no caso de impossibilidade de regresso ao país de origem, por motivos clínicos.

Esta é uma realidade que nos confronta com doentes cujos direitos lhes são, a maioria das vezes, desconhecidos e tantas vezes postos em causa por incumprimento dos acordos de cooperação, colocando-os em situações não só de precariedade económica, como também de uma agravada fragilidade emocional.

O Serviço Social em contexto hospitalar assume um papel de defesa dos direitos destes doentes, sendo também um elo de ligação na relação entre o doente, a família, o meio intra-hospitalar e as redes formal e informal. Se a situação de doença por si só já abarca inúmeros constrangimentos e alterações na dinâmica familiar, somam-se a estes a distância quer física quer cultural. Bracons e Mata (2015) realçam a necessidade do reconhecimento da diversidade e especificidades desta população, para um contacto e interação que facilite a compreensão e conseqüentemente dê origem a uma intervenção mais eficaz.

A necessidade de fazer coincidir a alta clínica com a alta social, com a garantia de condições básicas para a continuidade dos cuidados em ambulatório, implica uma correta identificação e avaliação dos fatores de vulnerabilidade destes doentes. Esta poderá tornar-se uma tarefa por vezes ambígua. No entanto, o Serviço Social tem atualmente o desafio de responder a problemas cada vez mais complexos, num palco também cada vez mais multicultural, através do “trabalho em rede, a criação de novas formas de

intervenção, a introdução de novas práticas e saberes, através de metodologias ativas e impulsionadoras da resolução de problemas sociais” (Bracons & Mata, 2015, p.232).

Neste sentido, considera-se pertinente traduzir o problema de pesquisa na seguinte questão:

-Que fatores de vulnerabilidade apresentam os doentes e famílias com problemas de saúde provenientes dos PALOP ao abrigo de Protocolos de Cooperação e como é que o Serviço Social responde às especificidades destes doentes e suas famílias na área hospitalar?

### *1.2 Objetivos e finalidades*

Com esta dissertação pretende-se como objetivo geral compreender as dimensões de vulnerabilidade inerentes à vinda das famílias PALOP para Portugal, mediante Acordos de Cooperação de Saúde, e em que medida a intervenção do Serviço Social pode contribuir para a superação ou minimização de dimensões de vulnerabilidade destas famílias.

Deste modo, enquanto objetivos específicos, procurou-se também:

- Compreender o Processo de evacuação de doentes ao abrigo dos Acordos de Cooperação de Saúde entre Portugal e os PALOP;
- Identificar as lacunas e incumprimentos dos Acordos de Cooperação de Saúde;
- Compreender as principais vulnerabilidades e dificuldades sentidas por estes doentes e suas famílias;
- Compreender as práticas profissionais dos Assistentes Sociais, do CHUC, para com estas famílias;
- Identificar e refletir sobre os contributos do Serviço Social no acolhimento dos doentes e suas famílias;
- Identificar processos de intervenção social ajustados e propícios à minimização da vulnerabilidade dos doentes e das famílias.

Para além da produção de evidências de cariz qualitativo e quantitativo espera-se que o estudo seja útil à promoção de uma análise reflexiva sobre a matriz ético política do Serviço Social, que apela aos direitos fundamentais dos doentes enquanto cidadãos, como o direito à saúde, e contribua para o aumento da visibilidade do papel do Assistente Social no quadro de uma intervenção de nível micro (doente), meso (família) e macro (comunidade).

## 2. Métodos e procedimentos

Tendo como principal objetivo a compreensão das dimensões de vulnerabilidade e em que medida a intervenção do Serviço Social pode contribuir para a sua superação ou minimização, a investigação seguiu uma metodologia essencialmente qualitativa, privilegiando-se uma abordagem etnográfica. Neste sentido, o programa de trabalhos da dissertação abarcou várias etapas, procedimentos e a triangulação de técnicas.

### 2.1 Metodologia e Método

#### 2.1.1 Metodologia qualitativa

A abordagem desta metodologia assume-se como qualitativa, na medida em que o foco da análise do problema não é a obtenção de dados estatísticos, como nas pesquisas quantitativas. Pretende-se essencialmente a obtenção de dados descritivos que retratem “*o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada*” (Prodanov & Freitas, 2013, p.70).

Assim, e apesar de não existirem hipóteses prévias a comprovar, foi necessária a construção de uma grelha/guião de observação (Apêndice - III) para a definição e organização dos dados a recolher, facilitando a sua análise e tratamento.

#### 2.1.2 Método etnográfico

O trabalho de campo em contexto hospitalar, é encarado como fundamental na construção teórica e analítica da realidade social e cultural (Kilani, 1994 *cit. in* Caria, 1999) e como tal “*parte integrante da construção do objeto de investigação*” (Caria, 1999, p.17), através do método etnográfico.

Segundo Woods (1989 *cit. in* Amado & Silva) a etnografia interessa-se “*pelo que fazem as pessoas, como se comportam, como interatuam*” (2014, p.145), apresentando objetivos imensamente vastos e variados. Como tal, a recolha de dados centra-se essencialmente no “*«material quotidiano» dos «nativos», acrescido de tudo o que provém da necessidade de compreender o contexto desse quotidiano*” (Amado & Silva, 2014, p.145-146). Malinowski (1997, *cit. in* Amado & Silva), considerado o pai da Antropologia, defende que

*“existem vários fenómenos de grande importância que não podem ser recolhidos através de questionários ou da análise de documentos, mas que têm de ser observados em pleno funcionamento. Chamemos-lhes os impoderabilia da vida real.*”

*Neles se incluem coisas como a rotina de um dia de trabalho, (...)*” (2014, p.146).

Como tal, e considerando que “*o objeto da etnografia é a cultura de um determinado grupo, e o objetivo principal da etnografia é a descrição e interpretação dessa cultura*” (Amado & Silva, 2014, p.146), podemos considerar que o contexto hospitalar e as relações que se estabelecem entre assistentes sociais e os doentes e outros profissionais, são objeto de uma pesquisa etnográfica.

Neste sentido, seguimos uma abordagem etnográfica que recorre à observação participante como principal instrumento e permite a “*recolha de dados empíricos durante um período de tempo prolongado*” (Caria, 1999, p.5). No entanto, dado o escasso tempo de elaboração da dissertação, e a morosidade burocrática para a autorização do trabalho de campo em contexto hospitalar, a pesquisa assumiu um formato de “*etnografia focalizada e de tempo curto, a «short-term ethnography»*” (Pink & Morgan, 2013 *cit. in* Caria, Sacramento & Silva, sd, p.5).

Estamos perante uma “*etnografia profissional*”, na medida em que recorremos a este método para o estudo do contexto de trabalho de um grupo profissional, neste caso o Serviço Social (Caria, Sacramento & Silva, sd, p.4). A aproximação ao terreno e às dinâmicas profissionais facilita o estudo das mesmas, proporcionando a observação da ação de forma multiangular das trocas entre os assistentes sociais e a população em causa, dos constrangimentos institucionais, recursos e competências para os ultrapassar, e assim o acesso a “*dados imediatos*” (Granja, 2008, p.42; Caria, Sacramento & Silva, sd).

Seguindo a interpretação dos três atos epistemológicos (*rutura, construção e reflexão*) apresentada por Caria (1999), a investigação etnográfica implicou numa primeira fase a “*rutura*” e consequente “*relativização dos etnocentrismos iniciais*”. No âmbito da construção foi necessária a implicação e envolvimento da investigadora “*com o quotidiano do grupo social em estudo*” (1999, p.31). Neste sentido, foi importante dar atenção ao que o autor chama de “*entendimento da estrutura social do grupo no local*” (p.26), nomeadamente compreender as hierarquias e as autoridades do contexto.

Procurou-se também o “*desenvolvimento de uma consciência discursiva do que se constitui como problema do quotidiano para o grupo*” (Caria, 1999, p.26), ou seja, identificar e compreender quais os valores, princípios e dificuldades no âmbito do desenvolvimento da ação quotidiana para a concretização de uma maior reflexão, e assim também do terceiro ato epistemológico. No entanto, tendo a investigadora frequentado, no ano de 2015, um estágio curricular no âmbito do Serviço Social na saúde, existia já

uma inevitável associação aos valores e princípios éticos que marcam esta profissão e o conhecimento de algumas das dificuldades vividas por estes profissionais, o que facilitou também o diálogo e a abertura à exposição de questões e consequentemente a aquisição de novos conhecimentos.

Amado e Silva (2014) alertam ainda para a importância do registo não só dos pormenores observados como do que estes significam para quem os pratica no contexto em questão, considerando que “a pesquisa etnográfica não se confunde com a mera descrição pormenorizada de situações, factos, ambientes ou pessoas, tendo como objetivo principal desvelar as ações e interações segundo o ponto de vista dos sujeitos.” (Amado & Silva, 2014, p.151).

## ***2.2 Modelo de Análise***

A investigação tem em consideração dois eixos analíticos, cada um constituído por duas dimensões (conforme a tabela 1).

**EIXO 1 - “REALIDADES E PERCEÇÕES DOBRE VULNERABILIDADE(S) EM SAÚDE”:** tem como objetivo compreender quais as principais vulnerabilidades e dificuldades sentidas pelos doentes evacuados por motivos de saúde, ao abrigo dos acordos de cooperação estabelecidos. Como tal, este eixo visa ainda compreender este processo de evacuação e identificar as suas principais lacunas e incumprimentos.

Deste modo foram estabelecidas duas dimensões no âmbito do eixo 1:

A **Dimensão A “Vulnerabilidades dos doentes e famílias evacuadas dos PALOP”** é referente às vulnerabilidades percecionadas pelas assistentes sociais entrevistadas, e realidades recolhidas nos processos e observação, relativamente a doentes oriundos dos PALOP. Neste sentido, e sendo uma dimensão que inevitavelmente envolve alguma subjetividade, estabeleceram-se as subdimensões “individual” (A1), “social” (A2) e “programática/institucional” (A3), procurando-se, ainda assim, que as mesmas não sejam limitativas na recolha de dados.

A **Dimensão B “Políticas e serviços Prestados no domínio do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português (Acordos)”** refere-se á políticas com as quais se confrontam as assistentes sociais entrevistadas, quando intervindo com um doente evacuado dos

PALOP, complementando com os dados recolhidos de processos sociais. Como subdimensões estabeleceram-se: “princípios e procedimentos da evacuação de doentes” (B1), e “Lacunas e incumprimentos dos acordos” (B2).

**EIXO 2 – “PRÁTICAS E PROCESSOS DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL”:** tem como objetivos compreender as práticas profissionais das assistentes sociais entrevistadas, para com os doentes e famílias evacuadas por motivo de saúde, identificando os maiores contributos do serviço social através da sua perceção. Procurar-se-á assim a identificação de medidas propícias á minimização das vulnerabilidades refletidas através do eixo 1.

Foram também estabelecidas **duas dimensões** no âmbito do Eixo 2:

A **Dimensão C “Ação do Serviço Social com doentes e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação”** diz respeito aos modos de intervenção desenvolvidos e implementados por cada assistente social entrevistada. Para tal definiram-se seis subdimensões de análise: “funções e metodologias” (C1) atribuídas e desenvolvidas na prática, “Modalidades de apoio” (C2), “Advocacy efetivo” (C3), ou seja procedimentos associados à difusão e defesa dos direitos dos doentes e elaboração de pareceres, “aplicação de normativos” (C4) nomeadamente através de dispositivos legais, “estratégias de intervenção” (C5) nomeadamente quais os meios utilizados e a sua intencionalidade e “especificidades da prática do serviço social com doentes e famílias dos PALOP” (C6).

A **Dimensão D “Perspetivas de intervenção no domínio em análise”**, assenta no modo como as assistentes sociais entrevistadas encaram esta intervenção, e no impacto que esta tem perante a perceção das mesmas. Assim, esta dimensão enquadra como subdimensões: “referências teóricas” (D1) seguidas pelas entrevistadas, “constrangimentos” (D2) sentidos, “Potencialidades e contributos da intervenção” (D3) e a “perceção do impacto da intervenção” (D4), ou seja, a análise da importância do papel do serviço social percebida pelos próprios profissionais em situações de vulnerabilidade social.



**Tabela 1 - Eixos, dimensões e subdimensões da investigação**

<b>Eixo I - Realidades e perceções sobre a vulnerabilidade(s) em saúde.</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Subdimensiones</b>
<b>A. vulnerabilidades dos doentes e famílias evacuadas dos PALOP</b>	<b>A1. Individual</b>
	<b>A2. Social</b>
	<b>A3. Programática/institucional</b>
<b>B. Políticas e serviços Prestados no domínio do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português (Acordos)</b>	<b>B1. Princípios e Procedimentos da evacuação de doentes</b>
	<b>B2. Lacunas e incumprimentos dos Acordos</b>

<b>Eixo II - Praticas e Processos de intervenção em Serviço Social</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Subdimensiones</b>
<b>C. Ação do Serviço Social com doentes e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação</b>	<b>C1. Funções e Metodologias</b>
	<b>C2. Modalidades de apoio</b>
	<b>C3. Advocacy efetivo</b>
	<b>C4. Aplicação de normativos</b>
	<b>C5. Estratégias de intervenção (Meios e intencionalidade)</b>
	<b>C6. Especificidades da prática do Serviço Social com doentes e famílias dos PALOP</b>
<b>D. Perspetivas de intervenção no domínio em análise</b>	<b>D1. Referências teóricas</b>
	<b>D2. Constrangimentos</b>
	<b>D3. Potencialidades e contributos da intervenção</b>
	<b>D4. Perceção do impacto da intervenção</b>

Elaboração da Autora, 2017

### **2.3 Contexto de Pesquisa**

Este estudo etnográfico foi desenvolvido entre Outubro de 2016 e Janeiro de 2017, acompanhando 7 Assistentes Sociais do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), três do Hospital Geral e quatro do Hospital Pediátrico, instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Decreto Lei nº50 A /2007 de 28 Fevereiro) e pertencentes ao Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) que foi criado por fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Entidade Pública Empresarial (E.P.E), Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E, e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, E.P.E (Decreto-Lei nº30/2011, de 2 Março).

A sua estrutura do CHUC é definida pelo seu regulamento interno (a consultar sinopse da estrutura em apêndice IV).

A escolha deste campo de análise deveu-se, essencialmente, ao facto de ser considerado uma referência a nível nacional em diversas áreas e como tal, receber vários casos de interesse para este estudo.

Foi acordado que a investigadora estaria presente apenas em dias em que previsivelmente se fizessem atendimentos a doentes oriundos dos PALOP, sendo para isso previamente consultada a plataforma de agendamento das consultas. Quando surgiam novos casos, não agendados, sempre que possível, as assistentes sociais contactavam a investigadora.

### **2.4 População alvo**

A população alvo deste estudo tem dois grandes focos. Por um lado, os doentes evacuados dos PALOP por questões de saúde e, por outro, as Assistentes Sociais que intervêm nestes casos, no CHUC.

Os primeiros, como refere Henriques (2012, p.2), por lhes faltar “*quase tudo*” quando chegam a Portugal através de um fluxo migratório que procura as respostas que não encontra no país de origem, nomeadamente condições clínicas e sociais para determinado problema de saúde.

O choque cultural (social, pessoal e reação ao clima) é uma das variáveis deste processo, sendo difícil para estas famílias a adaptação a uma cultura diferente com hábitos bastante distintos dos deles. Assim, mesmo que algumas famílias já ansiassem a vinda para Portugal visionando mais qualidade de vida, a “fase de encantamento” tende a esmorecer com o contacto com a realidade e o “confronto entre costumes e valores”

(Duque, 2012, p.7). O clima, a densidade populacional, as condições de habitação, problemas financeiros, e as relações sociais, são tudo fatores que divergem muitas vezes do sonhado, tornando-se difíceis de enfrentar. Como tal, apresenta-se como uma população com características muito específicas.

É fulcral que o Serviço Social tome uma posição perante esta situação que se transforma num problema social, o que implica um conhecimento mais aprofundado de todo o processo para a melhor adequação de respostas. Neste sentido, as Assistentes Sociais do hospital, por estarem na primeira linha de intervenção com estes doentes, são também população alvo deste estudo.

## **2.5 Amostra**

### *2.5.1 Critérios para a constituição da amostra*

A amostra utilizada neste estudo para as entrevistas é não-probabilística, quer no que respeita aos Assistentes Sociais, quer quanto aos doentes/famílias oriundos dos PALOP selecionados para as entrevistas informais. No primeiro caso, a amostra assume-se como criterial ou intencional, exigindo uma seleção racional de um subgrupo da população, com base nas informações disponíveis que determinam representatividade (Gil, 2008). No entanto, no segundo não foi possível estabelecer critérios para o acesso aos doentes oriundos dos PALOP, na medida em que o período de pesquisa foi reduzido, e como tivemos de nos limitar aos doentes que nesse período se deslocaram a Coimbra a consultas ao CHUC. Neste sentido, estamos perante uma amostra por acessibilidade, na medida em que foram selecionados os elementos a entrevistar, com base no acesso a estes, considerando-se que os mesmos possam representar o universo (Gil, 2008).

### *2.5.2 Características sociodemográficas*

- **Assistentes sociais entrevistadas**

A amostra deste estudo incide, como já referido, em sete assistentes sociais (n=7) do CHUC, selecionadas após uma reunião onde se verificou quais intervêm com doentes oriundos dos PALOP. Para a sua caracterização procedeu-se á recolha de informações dos seguintes indicadores: idade, experiencia profissional em serviço social, anos de experiencia na área atual de intervenção, serviços atuais, e outras atividades associativas. (Estes dados são aprofundados no apêndice V, no entanto pela especificidade dos serviços

de intervenção e atividades realizadas, os dados não são associados ao código da entrevista, garantido assim a confidencialidade das mesmas).

#### a) Idades

Estas 7 assistentes sociais, todas do sexo feminino, têm idades compreendidas entre 46 a 66 anos.

#### b) Experiência profissional em Serviço Social

Todas assistentes sociais de ampla experiência profissional e percursos diversificados, que incluem a área da justiça num dos casos, e a área da segurança social noutra, antes de ingressarem na área da saúde. Nos restantes casos toda a experiência profissional incidu diretamente na área da saúde, em diversos serviços, nomeadamente hospital psiquiátrico (dois casos), Centro de saúde (um caso), maternidade (um caso), e hospitais gerais. Atualmente três das assistentes sociais encontram-se a exercer no hospital geral da universidade de Coimbra e três no Hospital Pediátrico de Coimbra.

#### c) Anos de experiência na área atual de intervenção

No que respeita à experiência profissional na área em estudo, os dados mostram as Assistentes Sociais entrevistadas têm entre 4 a 32 anos de experiência (figura 4):

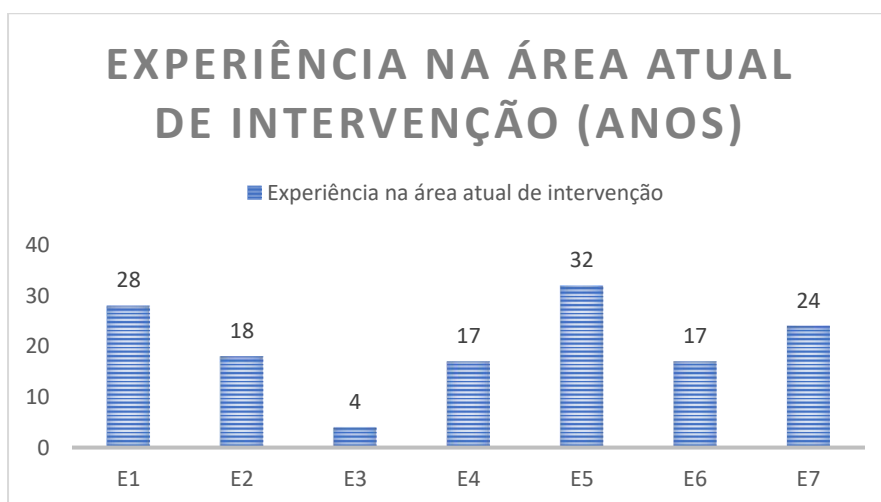


Figura 4 - Experiência na área atual de intervenção (Elaboração da autora, 2017)

#### d) Serviços de intervenção das assistentes sociais no CHUC

##### No Hospital da Universidade de Coimbra:

- Urologia e transplantação renal, Gabinete do cidadão, serviço de urgência

- Serviços de Cardiologia, Cirurgia Cardíaca
- Ginecologia; Ortopedia Oncológica e Consulta da dor

#### **No Hospital Pediátrico de Coimbra:**

- Oncologia, e consulta de medicina/ doenças infecciosas
- Gastroenterologia, Ginecologia, Medicina do adolescente, Pediatria geral, Ortopedia, Neurocirurgia, Nefrologia, Nutrição, Reumatologia, e Dermatologia e Consulta de Displasia Óssea
- Cardiologia; Pneumologia / Patologia do Sono; Fibrose Quística; Infecciosas; UCI; Alergologia, Imunodeficiência; Genética
- Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica; Cirurgia e Queimados; ORL; Oftalmologia e Estomatologia

#### **e) Outras atividades**

São também profissionais com uma vasta experiência associativa, integram grupos de trabalho em diversas temáticas sociais, integram a equipa gestora de projetos e voluntariado e colaboram com diversas associações.

#### ○ **Doentes observados**

Durante o período de observação, foram acompanhados 16 doentes (n=16) oriundos dos PALOP, 4 adultos e 12 crianças. Para a sua caracterização, procedeu-se à recolha das informações através das entrevistas observadas, para posterior análise estatística de alguns indicadores/dados sociodemográficos: “sexo”, “idades”, “país de origem”, “habilitações do Doente (ou do acompanhante no caso do doente ser uma criança)”, “motivo clínico de evacuação” e “serviço clínico de acolhimento” (Apêndice VI).

Importa ainda referir que no caso das crianças, os acompanhantes foram as mães, com a exceção de um caso em que a acompanhante era uma prima da criança.

#### **a) Sexo**

Cerca de 56% dos doentes observados são do sexo feminino, o que corresponde em termos absolutos a 9 doentes para 7 do sexo masculino (44%).

## b) Idades

No que respeita às idades, predomina o escalão etário do 0 aos 5 anos com cinco crianças, seguindo-se o escalão dos 5 aos 10 anos com quatro crianças, e os restantes escalões mais homogeneamente com um ou dois doentes como pode ser verificado no gráfico que se segue (fig. 5):

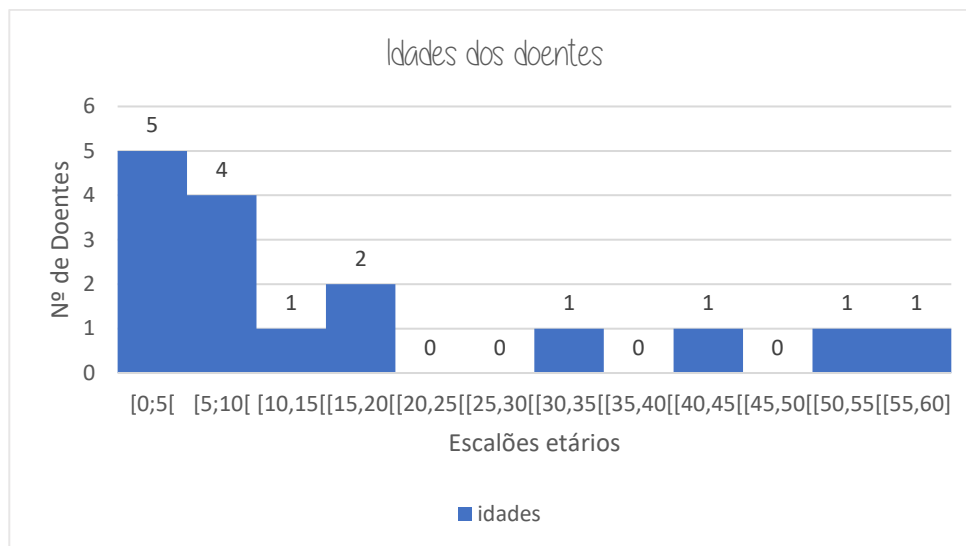


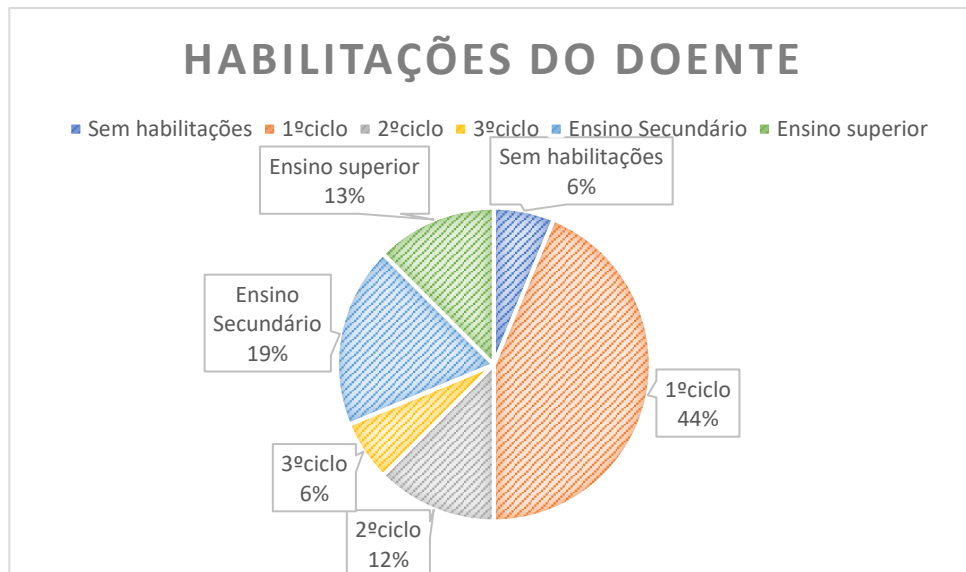
Figura 5 - Idades dos doentes observados (elaboração da autora, 2017)

## c) País de origem

Estes doentes são oriundos dos cinco países que constituíram acordos de cooperação de saúde com Portugal, sendo a maior parte (44%) de Cabo Verde com 7 doentes, seguindo-se S. Tomé e Príncipe com 4 doentes (25%), 3 de Guiné-Bissau (19%), 1 de Angola (6%) e 1 de Moçambique (6%).

## d) Habilitações do Doente (ou do acompanhante no caso do doente ser uma criança)

No que concerne às habilitações dos doentes, ou do acompanhante no caso do doente ser uma criança, 7 casos apresentam apenas o 1º ciclo, o que corresponde a uma percentagem de 44%, e uma das mães não apresenta qualquer habilitação, sendo mesmo analfabeta. Ainda assim, um doente e uma mãe concluíram o ensino superior. Os restantes subdividem-se como apresenta o gráfico seguinte (Fig.6):



**Figura 6 - Habilitações do doente ou familiar acompanhante (Elaboração da autora, 2017)**

#### **e) Serviço Clínico**

O serviço clínico de cardiologia (pediátrica) reporta cerca de 25% (4 doentes), seguindo-se a unidade de transplantação hepática pediátrica com 12,5% (2 doentes), o serviço de urologia e transplantação renal (2 doentes) e a oftalmologia pediátrica (2 doentes), ainda que neste ultimo caso os doentes correspondam a problemáticas de retinoblastomas, o que implicou a sua transferência para a oncologia, pelo que foi nesse serviço que ocorreu a observação e a de mais dois doentes (12,5%).

Também em cada um dos serviços de ginecologia, nefrologia (pediátrica), ortopedia (pediátrica) e endocrinologia se observou o caso de um doente.

#### **f) Diagnósticos sociais**

Todos os doentes apresentam insuficiência económica, necessidade de informações sobre direitos e recursos, e ainda necessidade de apoio a doente e familiares estrangeiros, pelas especificidades abordadas no estudo empírico.

### **2.5 Recolha de Dados**

#### *2.5.1 Pesquisa Bibliográfica e documental*

Numa primeira fase foi utilizada a pesquisa bibliográfica e documental, nomeadamente para compreender o conceito de vulnerabilidade na conceção da saúde

através da contribuição de diversos autores em livros e artigos científicos. Carmo e Ferreira (2008) associam pertinentemente este processo a uma corrida de estafetas, existindo a recolha de testemunho dos trabalhos anteriores, de modo a que a pesquisa tenha no seu final um valor acrescentado passível de ser também passado futuramente à comunidade científica.

Para a compreensão do Processo de evacuação de doentes através dos Acordos de Cooperação de Saúde entre Portugal e os PALOP, a pesquisa documental assumiu-se como a principal fonte de informação, com análise dos acordos, documentos oficiais e circulares normativas da Direção-Geral da Saúde.

As pesquisas foram feitas em bibliotecas, utilizando livros e revistas especializadas, e em ficheiros de suporte digital, utilizando palavras-chave como “vulnerabilidade”, “vulnerabilidade na saúde”, “Acordos de Cooperação” e “PALOP”. De seguida foi feita uma triagem e selecionados os artigos que se enquadravam na pesquisa em questão, em idioma português, inglês e espanhol.

Os dados recolhidos foram organizados em fichas bibliográficas e de análise de conteúdo.

### 2.5.2 *Entrevista etnográfica/ Entrevista informal (com os doentes)*

A entrevista informal é considerada como muito relevante na investigação etnográfica (Amado & Silva, 2014). Nesta pesquisa, foram colocadas algumas questões a doentes e a acompanhantes de doentes menores que voluntariamente se disponibilizaram a responder. Estas entrevistas, não seguiram um plano prévio, existindo apenas alguns tópicos que a investigadora delineou para abordar se o contexto assim o permitisse. Como referem Amado e Silva (2014) trataram-se “de verdadeiras ‘conversas’ ou ‘troca de ideias’ acerca do vivido (que podia não ser o imediato, nem simplesmente o observado)” (idem, p.210).

Pela sua informalidade estas não foram nunca gravadas, o que exigiu que após a conversa, “se procedesse ao seu registo o mais fiel possível” (idem, p.210). As mesmas foram introduzidas no diário de campo da pesquisa, o que permitiu cruzar informações e uma maior compreensão dos dados recolhidos nas observações.

Foram colocadas questões acerca das lacunas e incumprimentos vivenciados nas diferentes fases do processo de evacuação, nomeadamente o tempo de espera, a



informação disponibilizada acerca de direitos e deveres, e o acesso a apoios no momento da evacuação e já em Portugal.

Os doentes foram também questionados acerca de vivências pessoais e familiares, nomeadamente a perceção da doença, as maiores dificuldades vividas na sua gestão a nível físico, psicológico e social e de que modo esta alterou a dinâmica familiar e restringiu ou não o acesso às necessidades básicas.

Às famílias, ou particularmente ao cuidador informal, quando possível, foram colocadas questões acerca das vulnerabilidades e constrangimentos vividos pelos elementos da família, a nível social e económico, quais os apoios recebidos e por parte de que agentes.

### 2.5.3 *Observação participante*

Sendo a investigadora enquadrada no contexto e apresentada como Assistente Social em formação, podemos assumir que estamos perante uma observação participante, na medida em que esta se “assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo” (Gil, 2008, p.103).

Amado e Silva (2014) defendem que o método da etnografia, é também o método da observação participante, na medida em que “implica uma aproximação muito grande do investigador em relação ao observado; fala-se, mesmo, na necessidade de ‘tomar o papel do outro’, ou da necessidade de participar da vida do observado, (...)” (idem, p.150). Citando Hamel (1998), os mesmos autores associam a observação participante “uma espécie de ‘descida ao poço’ (*descente dans le puits*)” (1998, p.150), na medida em que deverá haver uma imersão do observador ao contexto a observar sistematicamente. Como tal, e ao contrário de outras técnicas, a observação participante permite não só desvendar o “como” mas especialmente o “porquê” de determinada atuação.

“*La ciencia comienza com la observación*” (Anguera, 1997, p.19), apresentando como principal vantagem, quando comparada a outras técnicas, “a de que os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação” (Gil, 2008, p.100) tal como ocorrem, permitindo a recolha de uma grande quantidade de informação e valiosos conhecimentos (Anguera, 1997). Deste modo, também “a subjetividade, que permeia todo o processo de investigação social, tende a ser reduzida.” (Gil, 2008, p.100).

A observação apresenta também a vantagem de captar condutas que poderão ser consideradas sem importância para os indivíduos observados ou de difícil tradução para palavras e por isso não transmitidas em entrevista (Anguera, 1997).

Caria (1999) procurou identificar estratégias etnográficas de investigação defendendo que no trabalho de campo etnográfico, “o investigador não se limita a observar, intervém e interage no quotidiano local em múltiplas atividades, a fim de poder interpretar globalmente a acção social e não apenas registá-la” (Sperber, 1992; Casal, 1996 *cit. in* Caria, 1999, p.29). Como tal, segundo o mesmo autor estamos perante uma “*interpretação implicada*” que envolve parcialidade, auto-reflexão, compreensão emocional e sentido social e não uma mera observação participante (*idem*, p.29).

Amado e Silva referem que “a observação etnográfica não deve seguir padrões rigidamente preestabelecidos e estruturados, sendo plenamente possível e desejável que os contextos, as pessoas e as situações a serem observadas possam ser permanentemente reavaliados e, caso necessário, alterados” (2014, p.152). No entanto, sendo uma técnica uma técnica de carácter científico, seguindo o objetivo de investigação já formulado, é fundamental uma planificação. Pelo que os mesmos autores realçam a necessidade do investigador traçar previamente as linhas gerais do que deve recolher, considerando que estas devem “a cada passo, ser reajustadas em função de ‘realidades’ imprevisíveis e nem sempre controláveis” (*idem*, p.157).

Estamos assim perante uma observação controlada e não “apresentada como uma serie de curiosidades interessantes” (Anguera, 1997, p.21). Como tal, houve a necessidade de definição do “o que e quem observar” em função do objeto de estudo e a construção de uma tabela que permitiu definir e selecionar a informação pertinente no âmbito do problema de investigação (Carmo & Ferreira, 2008).

Como tal, observou-se em atendimentos sociais as dificuldades transmitidas pelos doentes/famílias e as principais funções e diligências efetuadas pelos Assistentes Sociais (ex. relação com os utentes e famílias, aconselhamento, apoio psicossocial, apoio familiar, articulação com a comunidade e entidades externas, mobilização de estruturas de apoio, estudo e avaliação social, mediação, trabalho em equipa, entre outros), aplicação de normativos e principais contributos prestados.

Para estas observações e apesar de a etnografia se considerar um método indutivo, em que “os etnógrafos não sabem o que vão encontrar” (Woods, 1999, *cit. in* Amado & Silva, 2014, p.158), é fundamental uma preparação teórica que permita “*olhar e desafiar a realidade com questões que, sem essa armadura teórica, seria incapaz de fazer,*” e “

ver o que num olhar 'ingénuo' seria impossível vislumbrar" (Amado & Silva, 2014, p.158).

Quanto ao sentido de participação na "observação participante", é fundamental considerar alguns cuidados, intervindo de modo flexível e adotando uma "postura eclética", alternando entre uma aproximação e um certo distanciamento

*"[...] em função de oportunidades e situações, dependendo muito do grau de 'adoção' a que já se foi sujeito por parte dos observados [...] mas nunca perdendo de vista que o que interessa é poder registar situações, comportamentos e perspectivas dos intervenientes"* (Amado & Silva, 2014, p.154).

Como tal, na observação de alguns atendimentos a investigadora manteve-se passiva, apenas observando, enquanto noutros interveio diretamente, colocando questões aos doentes e num dos casos conduzindo a entrevista de acolhimento.

Foi assim uma mais-valia no cruzamento das informações atribuindo-lhes sentido. No entanto, para Amado e Silva (2014), a observação participante não é uma técnica, mas sim uma "postura e uma atitude geral do observador" (idem, p.160) que utiliza várias técnicas, entre as quais "sobressai o diário de campo como a mais peculiar" (idem, ibidem). Pelo que se recorreu não só á observação direta, como á observação indireta através de entrevistas.

## **2.6 Técnicas de recolha de dados empíricos (entrevista e o diário de Campo)**

Para a recolha de dados foram selecionados vários instrumentos e procedimentos que se combinam e completam, como apresentaremos de seguida:

### **a) Entrevista Semi estruturada (com as Assistentes Sociais)**

Dada a configuração da pesquisa, era fundamental a "obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, (...)" (Selltiz et al., 1967, cit. in Gil, 2008, p.109), sendo o mesmo conseguido com a realização de entrevistas. Segundo Amado e Ferreira (2014) "a entrevista é um dos mais poderosos meios para se chegar ao entendimento dos seres humanos e para a obtenção de informações nos mais diversos campos" (idem, p.207).

A entrevista foi um dos principais instrumentos de recolha de dados, sendo uma técnica interativa, que permite o contacto direto com os sujeitos proporcionando maior oportunidade de recolha de dados.

No entanto, importa realçar que esta técnica apresenta variações quanto á estrutura, em função dos objetivos pretendidos. Como tal, optou-se por entrevistas semiestruturadas ás Assistentes Sociais. Este tipo de entrevista caracteriza-se pela planificação prévia de um guião “onde se define e regista, numa ordem lógica para o entrevistador, o essencial do que se pretende obter, embora, na interação se venha a dar uma grande liberdade de resposta ao entrevistado” (Amado & Silva, 2014, p.208). Como tal, foi criado um quadro de referência com tópicos a abordar durante as entrevistas (Apêndice III – quadro II), ainda que nenhuma dela tenha sido igual a alguma outra, quer pela sequencia, quer pela relevância dada pelas entrevistadas a cada um dos tópicos.

As Assistentes Sociais foram questionadas acerca do seu papel de advocacia social, nomeadamente procedimentos associados à difusão e defesa dos direitos e elaboração de pareceres e quais as maiores dificuldades/constrangimentos sentidos.

Para compreender as vulnerabilidades e dificuldades sentidas por estes doentes e suas famílias, foi também premente cruzar informações recolhidas através das entrevistas e da bibliografia consultada, nomeadamente definições, categorias e características objetivas e subjetivas no âmbito da saúde.

Para compreender as práticas profissionais dos Assistentes Sociais do CHUC, e identificar os seus contributos no acolhimento destes doentes, foi necessário numa primeira fase recolher perspetivas teóricas acerca da prática do Serviço Social na saúde através de bibliografia. As Assistentes Sociais questionaram-se acerca das especificidades das modalidades de apoio com doentes e famílias dos PALOP, quais os principais procedimentos da intervenção, aplicação de normativos, estratégias e quais consideram ser os maiores constrangimentos/dificuldades e potencialidades da sua intervenção.

Para a recolha mais completa dos dados transmitidos pelos entrevistados, as entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise de conteúdo.

## **b) Diário de Campo**

*“O objetivo é captar uma fatia da vida”*

(Bogdan & Biklen, 1994, p.150)

Como realçam Amado e Silva (2014), “*na investigação etnográfica, para além das diversas técnicas de recolha de dados utilizadas, é obrigatória a elaboração de um diário de campo*” (idem, p. 160).

Após cada observação é fundamental registar o que se observou através de “uma descrição das pessoas, objetos, lugares, acontecimentos, atividades e conversas” (Bogdan & Biklen, 1994, p.150), acrescentando notas de “ideias, estratégias, reflexões e palpites, bem como os padrões que emergem” (idem, ibidem). Neste sentido, o diário de campo foi peça fulcral no registo etnográfico dessas mesmas anotações e auxiliar na observação, tendo como foco não só a interação social com os doentes e assistentes sociais, dados de processos sociais e pareceres como também as diligências e interações com outros profissionais e organizações.

Bogdan e Biklen (1994) referem que estas notas de campo são “o relato daquilo que o investigador vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo” (idem, p.150). Os mesmos autores acrescentam que uma observação participante bem-sucedida, implica alguns cuidados, nomeadamente um diário de campo composto por notas detalhadas, precisas e extensivas, não só de carácter descritivo como reflexivo, evitando o uso de palavras abstratas.

No entanto, importa ainda salientar que estas notas não se cingem á técnica de observação participante, sendo também importantes após cada entrevista gravada como complemento ao áudio, que por si só não capta “*a visão, os cheiros, as impressões e os comentários extra, ditos antes e depois da entrevista*” (Bogdan & Biklen, 1994, p.150).

Há medida que as observações foram realizadas, foi possível identificar pontos comuns e diferenciadores através do registo dos detalhes vividos no contexto (parte descritiva das notas de campo). No entanto, com a consciência de que “*o meio nunca pode ser completamente capturado*” (idem, p.163), o que implicou um esforço maior de transmitir o máximo possível o observado para o diário de campo.

Segundo Bogdan e Biklen (1994), os aspetos descritivos do diário de campo englobam várias áreas:

-**Retratos dos sujeitos**, nomeadamente “aspetos particulares das pessoas que as separem de outras” (idem, p.163);

-**Reconstruções do Diálogo**, “conversas que decorrem entre os sujeitos” e aquilo que eles transmitem em privado (idem, p.164). Para tal, os autores aconselham a que as notas incluam não só sumários das conversas, como também palavras/frases citadas pelos intervenientes, e referências a gestos, prenuncias e expressões faciais;

- Descrições do espaço físico*, ainda que neste estudo não se tenha considerado pertinente;
- Relatos de acontecimentos particulares*, “uma listagem de quem esteve envolvido no acontecimento, de que maneira e qual a natureza da ação” (idem, p.164);
- Descrição de atividades*, “descrições detalhadas do comportamento, tentando reproduzir a sequência tanto dos comportamentos como de actos particulares” (idem, ibidem);
- Comportamento do observador*, para uma maior perceção das influências indiretas.

Para os mesmos autores (1994, p.166-67), a parte reflexiva, abre espaço para comentários, clarificações, problemas, ideias e palpites<sup>10</sup>.

O formato e conteúdo do diário de campo poderão sofrer algumas variações, no entanto para cada observação importa registar a data, o local e quem a fez. No total foram feitos 18 registos, sempre que possível, no próprio dia, de modo a garantir o máximo de informações (Apêndice VII).

## 2.7 Procedimentos éticos

Como realçam Amado e Silva

*“[...] a escolha dos contextos, situações e sujeitos a observar deve pressupor uma espécie de aceitação mútua. Se as escolhas do etnógrafo devem atender aos objetivos e interesses da pesquisa, faz-se necessário, entretanto, que as instituições e as pessoas nelas presentes se disponham voluntariamente a participar da pesquisa. Poder-se-ia dizer que as pessoas e as instituições também escolhem participar na investigação”* (2014, p.152).

Num primeiro momento, ainda em finais de Junho de 2016, o projeto foi apresentado à Senhora Diretora do Serviço Social dos CHUC, tendo merecido o seu consentimento prévio e nada havendo a opor à sua realização foi enviado um pedido formal de autorização ao Senhor Presidente do Conselho de Administração dos CHUC. Em Setembro de 2016 foi-nos referido que para a obtenção de um parecer da Comissão de ética para a saúde, seria necessário a entrega de vários documentos entre os quais o modelo específico da comissão de ética, o projeto e a grelha das informações a recolher.

---

<sup>10</sup> -*Reflexões sobre a análise*, acerca dos temas que emergem em cada observação, possíveis padrões, ideias e pensamentos;

-*Reflexões sobre o método*, nomeadamente dos procedimentos, estratégias, problemas metodológicos, decisões sobre o plano a seguir e avaliação do que já foi feito e falta fazer;

-*Reflexões sobre conflitos e dilemas éticos*, uma vez que o trabalho de campo envolve inevitavelmente preocupações relacionais entre os valores do investigador e responsabilidades inerentes a estes;

-*Reflexões sobre o ponto de vista do observador*;

-*Pontos de clarificação*, ou seja, clarificação de erros de registos passados.

*“A consciência ética é uma componente indispensável da prática profissional de todos os Assistentes Sociais”* (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 1994), como tal o código de ética dos Assistentes Sociais apresenta responsabilidades dos profissionais perante os seus clientes, os seus colegas, o estabelecimento da prática, para com a sociedade e enquanto profissionais, no qual se insere o princípio de *“Avaliação e Pesquisa”*.

Assim, fazendo parte do quotidiano dos Assistentes Sociais, a investigação e pesquisa deverão apresentar os princípios do seu código de ética, intrínsecos a qualquer conduta. No entanto, importa realçar que estes códigos apresentam um conjunto de valores, princípios e padrões que visam orientar as decisões, não garantindo regras rígidas, sendo que é fundamental proceder a uma contextualização a cada nova situação específica e enfrentar a possibilidade de conflitos entre critérios éticos.

### **Consentimento informado, confidencialidade e anonimato**

Fazendo um paralelismo entre os princípios deste código, e a conduta ética a seguir numa pesquisa, merece especial destaque no âmbito desta investigação, o princípio do consentimento informado, sendo fundamental a transmissão das informações, de modo claro e perceptível, e a tomada de medidas que assegurem a compreensão dos participantes ao longo de toda a investigação – *“informando os clientes<sup>11</sup> em coerência com o seu nível de compreensão”* (Código de ética da Associação Nacional de Assistentes Sociais (NASW), 1996, p.8). O consentimento deverá ser obtido, não só no início da pesquisa, como em toda e qualquer situação que tal seja necessário, nomeadamente para alguma gravação de voz ou imagem, ou a intervenção de terceiros.

Também a privacidade e confidencialidade intrínseca a uma relação profissional devem ser consideradas na realização de uma investigação, não se devendo solicitar informações que não sejam realmente necessárias para a execução da pesquisa, e tudo o que é transmitido ao investigador, apenas pode ser revelado com consentimento. Como tal, *“os Assistentes Sociais [investigadores], devem discutir com os clientes ou partes interessadas, a natureza da confidencialidade e as limitações do direito (...)”* (idem, p.11).

No que respeita às *responsabilidades éticas dos Assistentes Sociais enquanto profissionais*, o código de ética referido faz alusão ao princípio da *“avaliação e pesquisa”*,

---

<sup>11</sup> Neste caso os entrevistados

alertando que se deve “(...) *considerar cuidadosamente as possíveis consequências e seguir as linhas de orientação concebidas para a protecção dos participantes na pesquisa ou avaliação*” (*idem*, p.27). Volta também a ser frisado, que o consentimento deverá ser informado e voluntário, baseado nas explicações necessárias e sem qualquer tipo de incentivo indevido ou possível penalidade pela recusa do participante. Deverá também ser esclarecido que qualquer participante pode abandonar a investigação sem algum tipo de penalização, e deve ser assegurado que este tem acesso aos serviços de suporte necessários e de acordo com a pesquisa em questão.

Como tal, foi elaborado um consentimento informado (Apêndice VIII) assinado por cada uma das assistentes sociais entrevistadas. Este reflete os princípios gerais que deverão transmitir uma atitude ética, nomeadamente a “autonomia”, enunciada por Francisco e Bittencourt (s.d).

Neste sentido, para a concretização do “princípio da autonomia” esclareceu-se, junto de cada entrevistado, os objetivos, procedimentos e que a participação no estudo é de caráter unicamente voluntário, permitindo ao participante uma decisão autónoma, contextualizada e nunca fruto de coerção.

No âmbito da confidencialidade e anonimato foi garantida a confidencialidade das respostas, sendo que o nome de cada entrevistado nunca será associado à informação prestada, pelo que a cada entrevista foi atribuído um código (E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7).

Foi ainda explicado que apesar das entrevistas semiestruturadas serem gravadas em áudio, o gravador serve apenas para facilitar o trabalho de transcrição posterior. Depois de transcritas, as gravações foram destruídas, as transcrições aprovadas por cada uma das entrevistadas e posteriormente submetidas a análise de conteúdo com garantia de anonimato.

Quanto á presença da investigadora em observação em contexto de entrevista de acolhimento e acompanhamento, e de entrevista informal aos doentes, foi também sempre esclarecido a estes o âmbito da pesquisa, e o direito de recusarem esta presença em qualquer momento.



### 3. Tratamento e análise de dados

#### 3.1 Análise de conteúdo

Para a organização e tratamento dos dados recolhidos a técnica utilizada é a análise de conteúdo (Apêndice IX), sendo que esta possibilita “*não só a compreensão do fenómeno que constitui o objeto de estudo*” como permite a sua explicitação (Carmo & Ferreira, 2008, p.176).

Segundo Amado, Costa e Crusoé ,

*“A história da análise do conteúdo, como método científico, remonta já aos tempos da 1ª Grande Guerra, como instrumento para o estudo da propaganda política nos diversos países, (...). Na 2ª Grande Guerra foi utilizada na análise de jornais, como intuito de detetar indícios da propaganda nazi nos meios de comunicação norte-americanos (...)”* (2014, p.302).

Desde aí, esta técnica passou a estar presente no âmbito das ciências humanas, “com mais ou menos hesitações de carácter epistemológico e metodológico” (*idem, ibidem*).

Berelson (1952, *cit. in* Amado, Costa e Crusoé), um dos seus primeiros criadores apresentou-a como sendo uma

*“técnica de pesquisa documental que procura ‘arrumar’ num conjunto de categorias de significação o ‘conteúdo manifesto’ dos mais diversos tipos de comunicações (protocolo de entrevistas e histórias de vida, documentos de natureza vária, imagens, filmes, propaganda e publicidade)”* (2014, p.302).

No entanto, esta definição recai apenas no objetivo primeiro de descrição objetiva e sistemática dos conteúdos, pelo que Osgood (1959, *cit. in* Amado, Costa e Crusoé, 2014) acrescenta que esta é sobretudo uma técnica de “processo inferencial”, que procura essencialmente o significado “*para além do imediatamente apreensível e que espera a oportunidade de ser desocultado*” (*idem*, p.303).

Como tal, procura-se “efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas” (Vala, 1986 *cit. in* Amado, Costa e Crusoé, 2014, p.304).

A técnica de análise de conteúdo deverá começar pela definição de objetivos e do quadro de referência teórico (Carmo e Ferreira, 2008). Esta etapa foi também o início de toda a investigação pelo que, como já referido, elaborámos um modelo de análise inicial e um quadro de recolha de dados que fossem de encontro aos objetivos estabelecidos sem,

no entanto, criar á priori categorias ou indicadores que pudessem condicionar a pesquisa. Os mesmos autores defendem que a etapa seguinte deverá ser a constituição do corpus, ou seja a seleção dos documentos para análise, que neste caso incide nos guiões das transcrições das entrevistas semi-estruturadas.

Para agrupar e codificar os dados recolhidos seguiu-se a definição das categorias que são “*rubricas significativas, em função das quais o conteúdo será classificado e eventualmente quantificado*” (Grawitz, 1993 *cit in* Carmo & Ferreira, 2008, p.273). Obedecendo aos critérios de Carmo e Ferreira (2008), as categorias são exaustivas, exclusivas, objetivas e pertinentes. Procurámos assim incluir todo o conteúdo *das entrevistas* nas categorias definidas (exaustivas), que os mesmo elementos não pertencessem a mais do que uma categoria (exclusivas), que as características de cada categoria fossem explícitas “[...] *sem ambiguidade e de forma suficientemente clara*” (idem, *ibidem*) e que existisse uma estreita relação com os objetivos definidos e o conteúdo a classificar (pertinência). Para tal, foi premente a realização de várias leituras ao material recolhido.

Seguiu-se a organização do conteúdo das entrevistas em dois eixos que representam também os focos centrais da investigação: “Realidades e perceções sobre a vulnerabilidade(s) em saúde” (eixo 1) e “Praticas e Processos de intervenção em Serviço Social” (eixo 2), e que agrupam os temas abordados em dimensões.

Para cada dimensão procedeu-se á definição das unidades de contexto nas quais são apresentados segmentos de conteúdo do que é respondido pelos entrevistados e feita a quantificação dos excertos relativos a cada categoria. Para uma quantificação mais clara e precisa foi feita a distinção entre “unidade de registo” que respeita ao o numero de vezes que cada categoria é referida, e “*nº de entrevistados que abordaram a categoria*”.

Por fim a importante dimensão interpretativa da análise recorre a inferências, na medida em que, como defendem Amado, Costa e Crusué (2014) “*registar a quantidade de informações e fazer, em torno delas, os mais variados tipos de cálculos, não é fazer, ainda, um trabalho interpretativo e, muito menos, no quadro das metodologias qualitativas*” (idem, p.304).

Importa salientar a validade desta análise de dados. Citando Krippendorff (1990, *cit. in* Amado, Costa e Crusóé) a análise de conteúdo é uma “*técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto*” (2014, p.303).

## CAPITULO 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Considerando os eixos da pesquisa definidos, os dados indicam:

### **1. EIXO 1 – REALIDADES E PERCEÇÕES SOBRE A VULNERABILIDADE(S) EM SAÚDE**

O eixo 1 permitiu identificar as principais vulnerabilidades e dificuldades sentidas pelos doentes oriundos dos PALOP evacuados ao abrigo dos Acordos de Cooperação de saúde, e possibilitando a compreensão da realidade do processo de evacuação, conduziu também á identificação das lacunas e incumprimentos inerentes a este. No total, este eixo teve 66 unidades de registo, e foi abordado por todas as entrevistadas.

#### *1.1. Dimensão A: Vulnerabilidades dos doentes e famílias evacuadas dos PALOP*

A **Dimensão A: Vulnerabilidades dos doentes e famílias evacuadas dos PALOP** pretendeu a identificação e compreensão das vulnerabilidades vivenciadas pelos doentes quando submetidos a este processo de evacuação, registando um total de 37 unidades de registo. Todas as entrevistadas fizeram referência a pelo menos uma das suas subdimensões: “individual” (A1), “social” (A2), “programática/institucional” (A3).

##### ○ **A1 Subdimensão: Vulnerabilidade Individual**

A **subdimensão “individual” (A1)** registou 9 unidades de registo. No entanto, apesar cada uma das três categorias emergentes - **“perceção do estado de saúde” (A1.1)**, **“existência de barreiras de comunicação” (A1.2)** e **“dificuldades de compreensão” (A1.3)** - ter sido abordada por duas entrevistadas, a primeira foi a que apresentou um maior número de unidades de registo, como é possível verificar na tabela 2:

**Tabela 2 - Análise da subdimensão A1 (vulnerabilidade individual)**

<b>Eixo I - Realidades e percepções sobre a vulnerabilidade(s) em saúde</b>			
<b>A Dimensão A: Vulnerabilidades dos doentes e famílias evacuadas dos PALOP</b>			
<b>Subdimensão</b>	<b>Categorias</b>	<b>Unidade de registo</b>	<b>Nº de entrevistados que abordaram a categoria</b>
<b>A1. Individual</b>	A1.1 Perceção do estado de saúde	4	2 (E2, E6)
	A1.2 Existência de barreiras de comunicação	3	2 (E2, E3)
	A1.3 Dificuldades de compreensão	2	2 (E3, E6)
<b>Unidades de registo (vulnerabilidade individual):</b>		9	
<b>Total de sujeitos (N=7)</b>		3	

Elaboração da autora, 2017

Assim, quatro das entrevistadas realçam a escassa perceção existente por parte dos doentes e suas famílias, relativamente aos estados de saúde vivenciados (**A1.1 perceção do estado de saúde**). Os discursos evidenciam que esta perceção se repercute numa vulnerabilidade individual por diversas razões. Em todas as famílias, sejam elas oriundas dos PALOP ou não, o confronto com uma situação de doença é já por si impactante, deixando os doentes numa situação vulnerável. Quando se tratam de crianças essa mesma doença pode implicar a reestruturação da vida familiar:

*“Numa família em que lhe é dado um diagnóstico de uma doença grave, é o desmoronar de todo o sonho. Porque quando uma família pensa em ter filhos, é ter filhos saudáveis. Esse é o sonho, é a imagem ideal. Quando é confrontada seja em que momento da idade do seu filho for, em que ciclo for, é um desmoronar em toda a dinâmica familiar.” (E2)*

Este impacto familiar é também abordado por Anton & Piccinini (2008) que defendem que o diagnóstico de uma doença crónica numa criança afeta o funcionamento do sistema familiar no seu todo, e quando este é associado, por exemplo, à situação de transplante poderá originar-se um “*sentimento de caos*” (Anton & Piccinini 2008, p.187). O desafio é enorme, surgem dificuldades inerentes a restrições financeiras, afastamento físico do casal e dos filhos durante o internamento, e até falta de tempo na relação conjugal.

A título complementar e remetendo novamente ao discurso da entrevistada E2, “*o desmoronar de todo o sonho*”, é consequência das expetativas geradas gradualmente da “*imagem ideal para o seu bebé – o bebé imaginário*” (Brazelton & Camer, 1992; Klaus & Kennel, 1992 cit in Castro & Piccinini, 2002, p.631). No entanto quando estas expetativas

não se concretizam, a vinculação entre a mãe e o filho poderá ser afetada. Ocorre uma procura constante de uma explicação plausível, e quando tal não é possível surge o sentimento de culpa e a autoestima dos progenitores pode diminuir (Castro & Piccinini, 2002). Segundo Wasserman (1992, cit in Castro & Piccinini, 2002, p.631) é fundamental que se desenvolva eficazmente o processo de luto do “*fantasma do bebé saudável*”, caso contrário a adaptação da família à doença é mais difícil.

Por outro lado, também a escassa informação ao longo de todo o processo de evacuação evidencia um desconhecimento quase total do estado de saúde aquando da chegada ao hospital, o que leva o doente a ser confrontado, com um diagnóstico apenas em Portugal, onde se encontra a maioria das vezes sozinho: “*Algumas [famílias] só têm conhecimento do diagnóstico cá, o peso ainda é muito maior!*” (E2).

Por fim é também evidenciado o impacto que as diferenças culturais têm nesta clarificação da perceção do estado de saúde, na medida em que alguns conceitos lhes são totalmente desconhecidos, e existem outras perspetivas de tratamento a que estes doentes recorrem com maior regularidade nos seus países de origem, antes mesmo de se dirigirem a um centro de saúde que tende a ser a última hipótese, como referira já Henriques (2009) e como evidenciam os seguintes discursos:

- “*A nível cultural o que me preocupa, tanto a mim como à equipa é o que estas famílias trazem a nível cultural que possa interferir no processo de tratamento clínico. Se isto acontece em Portugal, especialmente nos meios mais pequenos, mais acontece nestas famílias dos PALOP que, maioritariamente vêm de meios rurais com crenças enraizadas de que alguma coisa vai curar a criança, como por exemplo promessas, ou qualquer mezinha, ou serem encaminhadas para algum curandeiro*”. (E6)

- “*Por muito que nós queiramos explicar que a criança tem um problema grave e que vai ser transplantada, para eles o conceito de transplante não existe.*” (E6)

Esta dificuldade na perceção do estado de saúde relaciona-se também com as duas outras categorias mencionadas no âmbito da vulnerabilidade individual. Por um lado a “**existência de barreiras de comunicação**” (A1.2) quando se tratam de doentes que falam os seus próprios dialetos, e “**dificuldades de compreensão**” (A1.3) que não se resumem ao desconhecimento da língua portuguesa, mas também a alguma desorientação no espaço e desconhecimento de atividades do quotidiano. Atentemos aos seguintes exemplos:

- “*Tive uma situação muito complicada da Guiné em que nem a mãe nem o filho percebiam o que lhes era transmitido. Falam um dialeto próprio e não nos percebiam o que lhes era transmitido pelos profissionais*” (E3)

Numa das observações realizadas foi também possível perceber a necessidade de se estar atento a pequenos pormenores que poderão condicionar a comunicação, pelo desconhecimento de conceitos banais do quotidiano em Portugal, por parte de alguns doentes:

*Após este telefonema a assistente social partilha comigo a importância de se estar atenta a estas diferenças culturais, referindo que num outro caso uma mãe não sabia usar um aspirador” (Diário de Campo. Data: 6 de Dezembro de 2016)*

○ **A2 Subdimensão: Vulnerabilidade social**

A **subdimensão “social” (A2)** foi a categoria mais mencionada desta dimensão, com o registo total de 20 unidades de registo, no âmbito da qual as categorias **“Acesso a Condições Sociais/ fatores económicos e habitacionais” (A2.2)** e **“desenraizamento” (A 2.4)** registaram 7 unidades de registo, sendo abordadas respetivamente por 3 e 4 entrevistadas. É ainda de destacar que a **“Disponibilidade e usufruto de recursos (acesso a necessidades básicas)” (A2.3)** foi também abordada por 4 assistentes sociais com 5 unidades de registo. Apesar de apenas abordada por uma entrevistada, a **“existência de estigmas” (A2.1)** é ainda apresentada com uma unidade de registo pertinente, como se pode verificar no na tabela 3:

**Tabela 3 - Análise da Subdimensão A2 (Vulnerabilidade Social)**

Eixo I - Realidades e perceções sobre a vulnerabilidade(s) em saúde			
A Dimensão A: Vulnerabilidades dos doentes e famílias evacuadas dos PALOP			
Subdimensão	Categorias	Unidade de Registo	Nº de entrevistados que abordaram a categoria
<b>A2. Social</b>	A2.1 Existência de estigmas	1	1 (E1)
	A2.2 Acesso a Condições Sociais (fatores económicos e habitacionais)	7	3 (E2, E3, E4)
	A2.3 Disponibilidade e usufruto de recursos (acesso a necessidades básicas)	5	4 (E3, E4, E5, E6)
	A2.4 Desenraizamento	7	4 (E1, E2, E6, E7)
<b>Unidade de Registo (vulnerabilidade social):</b>		20	
<b>Nº de Sujeitos (N=7)</b>		7	

Elaboração da autora, 2017

Apesar de apenas com uma unidade de registo, a análise desta dimensão não pode ignorar a emergência da categoria “**existência de estigmas**” (A2.1), em que uma das entrevistadas alerta para a existência de uma visão conturbada por parte da população assente em estigmas que estereotipam estes doentes como coitadinhos:

*-“Efetivamente quando algumas pessoas veem alguém dos PALOP há uma negatividade....Não há dúvida nenhuma. E não vamos chamar racismo. Eu acho que é um preconceito. Depois das pessoas entrarem no sistema, é tudo normal e são tratados todos de igual forma. Mas quando chegam há ainda uma ideia conturbada. [...] E outros têm a tendência de os tratar por “coitadinhos”. (E1)*

No que respeita ao “**Acesso a condições sociais**” (A2.2) nomeadamente fatores económicos e habitacionais, importa realçar que estes doentes “[...] *vêm maioritariamente sem retaguarda*” (E2), vivenciando situações de grave carência económica que condicionam o acesso a condições básicas. A mais realçada nos discursos das entrevistadas respeita às condições precárias e desadequadas das habitações em que ficam alojados.

Apesar de por vezes existirem famílias de retaguarda que já viviam em Portugal, habitualmente em Lisboa, estas tendem a morar também em habitações que denunciam alguma precariedade, ou com um número excessivo de habitantes para a tipologia da casa em questão. São várias as entrevistadas que denunciam esta situação, vejamos os dois seguintes exemplos:

*-“Nós sabemos que, eles normalmente não ficam em Coimbra porque quase todos têm família em Lisboa, mas sabemos que mesmo assim ficam a viver em situações muito precárias, partilhando habitação com agregados numerosos” (E3)*

*-“São famílias muito carenciadas, que não trazem praticamente verbas do país de origem. Alguns têm familiares que os ajudam e acolhem durante algum tempo. Os que não têm familiares ou conhecidos ficam alojados nas pensões pagas pela própria Embaixada e posteriormente esse pagamento da estadia é descontado na verba que lhes atribuem” (E4)*

A atribuição de alojamento é um dos incumprimentos mais recorrentes por parte das embaixadas, como veremos na subdimensão B2 (Lacunas e incumprimentos dos Acordos), no entanto mesmo quando são facultados quartos em pensões, estas são denunciadas pelos doentes e assistentes sociais como desadequadas:

*“ [...] Quando os doentes ficam alojados nas pensões, a situação é mais problemática, porque além, das pensões não terem condições, as famílias também não tem como se sustentar.” (E4)*

*No entanto o doente salienta que quando chegavam a Portugal os evacuados tinham todos os apoios estipulados, apesar de atualmente já ser mais difícil. Refere que continua a viver na pensão, e denuncia as fracas condições desta, nomeadamente na alimentação facultada: «já somos fragilizados e quando não temos alimentação condigna podem causar-se outros problemas de saúde [...] na pensão come-se o que há!». No entanto realça que caso saia e avisar a embaixada eles atribuem um pequeno apoio. (Diário de Campo – Entrevista informal. Data: 13 de Dezembro*

Estas revelações confirmam as já recolhidas por Henriques (2009) que na sua pesquisa refere que muitos destes doentes são “depositados” nas pensões sem condições de habitabilidade.

Existem casos em que os doentes tendo de permanecer por tempo indeterminado em Portugal, e não tendo apoio de amigos ou familiares, procuram alugar um espaço para si. No entanto os escassos rendimentos e os preços aplicados dificultam esta procura e a permanência numa habitação própria.

Assim, não só no acesso à habitação, a vulnerabilidade destes doentes assume o patamar da “Disponibilidade e usufruto de recursos e acesso a necessidades básicas” (A2.3), em que a garantia a bens de primeira necessidade, como alimentação, roupa e medicação é condicionada e não facultada pelas embaixadas, seja em género ou com quantias monetárias que façam face a estas carências:

*- “[...] as maiores dificuldades dos familiares destas crianças/doentes são o colmatar as necessidades básicas: alimentação, roupa e aquisição de medicação em tempo útil. Algumas famílias já tiveram, por vezes, que conseguir algumas horas de trabalho para se poderem auto-sustentar, porque se de fato estão à espera exclusivamente do apoio das embaixadas, a situação torna-se muito complexa.” (E4)*

As assistentes sociais concluem ainda que quando os doentes estão internados estas necessidades são respondidas com o apoio do serviço social e do hospital, transformando-se apenas em problemáticas aquando da alta para ambulatório, uma vez que a partir de então a responsabilidade é das embaixadas. Atentemos aos seguintes exemplos:

*- “Enquanto os doentes e familiares estão no hospital as principais necessidades estão asseguradas. Os verdadeiros problemas surgem quando o doente passa a ser acompanhado em ambulatório.” (E4)*

*- “Aqui no hospital conseguimos a alimentação através dos pedidos de autorização de senhas, depois quando saem daqui o apoio já é mais relativo. Aí já é através da embaixada...” (E5)*



Por fim o “**desenraizamento**” (A2.4), é a categoria mais abordada juntamente com o “**acesso a condições sociais**” (A2.2), estando intrínseca a todas as outras. As entrevistadas realçam que esta é uma das maiores vulnerabilidades vividas por estes doentes, na medida em que a situação de doença por si só já causa um grande impacto, e estando aliada a uma situação de distância a tudo aquilo que caracterizava a vida destes doentes antes da evacuação, o choque aumenta e a necessidade de apoios acresce.

No entanto, como reflete no seu discurso uma das entrevistadas, para fazer face a esta vulnerabilidade a principal resposta seria conseguir que estes doentes tivessem sempre direito a um acompanhante, apaziguando a distância.

*-“ Eu acho que é o desenraizamento e o facto de a pessoa ficar isolada numa situação de fragilidade. Quando precisa mais de apoios a nível emocional e financeiro, para colmatar toda a situação de falta de saúde, é precisamente quando a pessoa fica longe dos seus e do local onde viveu. Para além da situação que todos nós vivenciamos quando estamos doentes é mais essa sobrecarga.” (E7)*

*-“ [...] a única coisa que a criança dizia era que queria a «Mamae». Era uma criança com 12 anos. O que é que lhe podíamos fazer? O que é que lhe podíamos oferecer? Podia ir para a escola, podia ir para a comunidade S. Francisco de Assis, mas ia ser uma criança sozinha, como foi o resto da vida. [...] A mãe nunca veio com ele! Ele veio sozinho.” (E1)*

Reflete-se alguma impotência quanto a esta situação, na medida em que por mais que se encontrassem respostas para dar as melhores condições a esta criança em Portugal, faltava sempre a presença da mãe. Esta situação coloca assim em causa um dos direitos da Carta da Criança Hospitalizada do Instituto de Apoio á Criança redigida em Leiden em 1988, na qual são feitas algumas recomendações (10 direitos fundamentais), que não cingem a criança aos aspetos terapêuticos e curativos passando a considerar esta na sua globalidade, atendendo também ao seu desenvolvimento e a sua inserção na família e na comunidade a que pertence.

*“Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado” (2º princípio).*

Também em idade adulta, este é um fator interveniente no sentimento de vulnerabilidade da população:

*Por fim o doente volta a aludir á necessidade que sente de ter consigo a sua esposa. Mostra-se indignado pelo facto de um acompanhante só poder vir para Portugal em casos extremos: «chamam a família quando já estamos a morrer». Realça que deveria ser dado maior valor ao diálogo, e ser-lhes explicados os critérios para o reagrupamento familiar. [...]*

*Tristemente o doente acrescenta que a sua esposa se encontra doente, e que mesmo já não tendo o mesmo tipo de relação – “só estamos juntos por formalidade”, sente que precisa de retribuir o que ela fez por ele quando este foi transplantado. (Diário de Campo – Entrevista informal. Data: 13 de Dezembro de 2016)”*

Apesar de por vezes existir alguma tentativa por parte da equipa médica para que os doentes permaneçam em Coimbra de modo a que o acompanhamento seja mais facilitado, e nomeadamente no caso das crianças haja maior supervisão, uma das entrevistadas refere compreender a necessidades destas famílias residirem em Lisboa, em períodos de alta, ou mesmo quando ficam por tempo indeterminado. Na capital conseguem integrar-se numa comunidade, que tanto quanto possível reflete a cultura e costumes do país de origem. Atentemos ao seguinte discurso:

*-“Eu considero que são vulnerabilidades de toda a ordem! Por isso eu entendo a necessidade que eles têm de ficar em Lisboa, onde têm comunidades maiores, onde podem fazer atividades a mais parecido possíveis com as do seu país, onde têm mais possibilidade de comer da sua comida, e de ter algo que os aproxime da sua cultura.” (E6)*

○ **A3 Subdimensão: Vulnerabilidade Programática/Institucional**

A subdimensão “programática/ institucional” (A3) registou apenas 8 unidades de registo, abordadas por 4 das sete entrevistadas, com as categorias “**atuação dos setores**” (A3.1) com 5 unidades de registo, e “**Recursos sociais (não) disponibilizados de modo efetivo e democrático**” (A3.2) com 3 unidades de registo.

Apesar de abordada com menor destaque, comparativamente com a subdimensão “individual” e “social”, esta subdimensão encontra-se intimamente relacionada com a subdimensão “lacunas e incumprimentos dos acordos” (B2) da dimensão B, na medida em que as vulnerabilidades programáticas/institucionais são referidas na sequências de lacunas dos Acordos de cooperação de saúde, particularmente do incumprimento das responsabilidades atribuídas às embaixadas dos países de origem (Tabela 4):

**Tabela 4 - Análise da Subdimensão A3 (Vulnerabilidade Programática/ Institucional)**

Eixo I - Realidades e percepções sobre a vulnerabilidade(s) em saúde			
Dimensão A: Vulnerabilidades dos doentes e famílias evacuadas dos PALOP			
Subdimensão	Categorias	Unidade de Registo	Nº de entrevistados que abordaram a categoria
<b>A3. Programática/ institucional</b>	A3.1 Articulação intersectorial (SEF, Embaixadas, Hospitais..)	5	4 (E3, E4, E6, E7)
	A3.2 Não disponibilização dos recurso de modo efetivo e democrático	3	2 (E4, E7)
<b>Unidade de registo (vulnerabilidade programática/institucional):</b>		8	
<b>Nº de Sujeitos (N=7)</b>		3	

Elaboração da autora, 2017

Com a análise desta subdimensão compreendemos que a ineficácia da **atuação intersectorial (A3.1)** se reflete inevitavelmente numa vulnerabilidade programática, particularmente quando se dá a alta do hospital, na medida em que como foi já referido, em ambulatório a responsabilidade passa a ser das embaixadas, que tendem a não dar respostas, em tempo útil, às necessidades dos doentes.

Os discursos das entrevistadas revelam também alguma incoerência na atuação dos próprios acordos de cooperação. Nos casos em que os apoios são escassos, quando o doente é uma criança, os acompanhantes, por vezes, procuram “*fazer umas horas*” de modo a melhorarem a situação económica. No entanto, oficialmente, estas famílias não deveriam trabalhar, sob pena de lhes serem cortados os apoios:

-“ *Em termos legais não podem trabalhar, o que acentua a situação de carência quase generalizada, uma vez que os apoios do país de origem são insuficientes*” (E3)

-“ *Apesar dos pais das crianças não deverem trabalhar cá, como depois não têm os apoios estabelecidos nos acordos de cooperação, têm de se integrar e legalizar em Portugal.*” (E6)

Também nos doentes adultos que necessitam de permanecer em Portugal, nomeadamente em situações de transplante, quando a situação clínica fica estabilizada há a tendência a procurarem um emprego que melhore as condições de vida. Como exemplo verifiquemos a seguinte nota de campo relativa a uma entrevista informal:

*Mais tarde foi transplantada e arranhou trabalho, confessando que trabalha tanto quanto pode e ainda hoje não partilha com a entidade empregadora a sua doença: «onde eu estou a trabalhar agora, no mês de novembro eu ia tirar duas semanas, como não tinha ninguém para fazer as minhas férias fiquei a trabalhar». A assistente social refere «ela não para! Se não tem daqui tem dali e o que é certo é que vai tendo sempre emprego». (Diário de Campo. Data: 7 de Dezembro)*

Ainda no âmbito da articulação intersectorial, as assistentes sociais denunciam que a própria atuação do hospital é condicionada em casos em que os doentes tendo alta clínica permanecem em Portugal por sua responsabilidade, uma vez que cessam os (escassos) apoios existentes até então e as responsabilidades de ambas as partes. Por vezes deixa até de existir informação acerca destes doentes, como alerta a entrevistada E4 e a nota de campo que se segue:

*-“Os doentes e familiares ao ficarem em Portugal, sem indicação clínica, e para terem autorização de residência, a família teria que iniciar um trabalho ou alguém que se responsabilize por eles. O SEF, por norma, não lhes dá autorizações de residência, a partir do momento em que há um relatório médico a informar que a criança já pode regressar ao seu país. Assim, ou eles tem outra forma de permanecer em Portugal para conseguirem as autorizações de residência e posteriormente ficarem legalizados ou, acabam por ficar ilegais.” (E4)*

*A assistente social informa, que deverá entregar esse relatório na embaixada, mas que se o hospital aqui der alta na próxima consulta e a mãe resolver ficar é necessário programar uma forma de o menino continuar a ser seguido em cardiologia.*

*Questiona ainda: «A senhora quer ficar só agora temporariamente, ou futuramente queria regressar a Cabo Verde? [...] tem lá duas filhas...menores?! Que também precisam da mãe». Ao qual a mãe volta a frisar tranquilamente que “estão com o seu pai” e que quer ficar em Portugal por sua conta. [...] “enquanto estiver abrangido pelo protocolo as despesas dele são gratuitas, a partir do momento em que o hospital dá alta a senhora terá de pagar as consultas e exames...”, refere a Assistente Social. (Diário de Campo. Data: 24 de Novembro).*

Relativamente à **não disponibilização de recursos de modo efetivo e democrático (A3.2)**, os discursos das assistentes sociais voltam a evidenciar a preocupação relativamente aos casos que mesmo tendo alta permanecem em Portugal, e ainda as dificuldades em encontrar instituições de apoio quando são situações que protelam e ficam durante longos períodos sem resposta das embaixadas, mas também sem legalização para os apoios comuns ao cidadão português.

- *“Existem também situações que protelam e ficam em Portugal muito mais tempo, e aí tem que se tentar encontrar outro tipo apoios, nomeadamente com instituições, o que é raro porque estes doentes e família acompanhante não estão legalizados, não tem autorização de residência e portanto torna-se uma situação problemática e complexa.” (E4)*

Estas conclusões vão ao encontro do estudo de Costa (2015) que identifica no âmbito da saúde a vulnerabilidade individual, social e programática/institucional. Todas elas foram amplamente abordadas no âmbito desta pesquisa. Em síntese, compreende-se com a análise desta dimensão que as entrevistadas destacam a existência de vulnerabilidades sociais, particularmente na sequência do desenraizamento e débil acesso a condições sociais. A existência de estigma, um dos indicadores da vulnerabilidade social mencionado pelo mesmo autor, foi também emergente no âmbito desta investigação, no entanto pouco mencionado. O desenraizamento, não sendo abordado diretamente pelos autores, mas enquadrado nos aspetos contextuais e estruturais, é um novo indicador mencionado pelas entrevistadas, e como tal considerado também no âmbito desta vulnerabilidade.

Evidenciaram-se ainda vulnerabilidades individuais, referidas também pelo mesmo autor, particularmente pelas perceções que o individuo tem acerca das condições de saúde e a forma como se protege, e também pela dificuldade de processamento das diversas informações transmitidas pelos profissionais da saúde, como defendem Motta & Diefenbach (2013), que se evidenciaram na existência de barreiras de comunicação e dificuldades de compreensão.

### ***1.2 Dimensão B: Políticas e serviços Prestados no domínio do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português***

**A Dimensão B: Políticas e serviços Prestados no domínio do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português**, com 29 unidades de registo, e abordada por todas as assistentes sociais, teve como objetivo a compreensão dos principais contornos dos

acordos de cooperação de saúde, e a identificação de possíveis falhas na sua implementação (Tabela 5).

**Tabela 5 - Análise da dimensão B (Políticas e Serviços no domínio do SNS)**

Eixo I - Realidades e perceções sobre a vulnerabilidade(s) em saúde				
Dimensão	Subdimensão	Categorias	Unidade de Registo	Nº de entrevistados que abordaram a categoria
B. Políticas e serviços Prestados no domínio do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português (Acordos)	B1. Princípios e Procedimentos da evacuação de doentes	B1.1 Estabelecidos	6	3 (E3, E4, E5)
		B1.2 Alternativas	4	4 (E3, E4, E5, E6)
	Unidade de registo (princípios e procedimentos da evacuação de doentes):		10	
	B2. Lacunas e incumprimentos dos Acordos		19	7 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)
<b>Nº Total unidades de registo</b>			29	
<b>Total de sujeitos (N=7)</b>			7	

Elaboração da autora, 2017

○ **B1 Subdimensão: Princípios e Procedimentos da evacuação de doentes (Estabelecidos)**

A **subdimensão B.1** incide nos princípios e procedimentos destes acordos. A categoria B1.1 refere-se aos já estabelecidos, apresentando 6 unidades de registo, abordadas por 3 das assistentes sociais entrevistadas.

Com esta análise foi possível compreender que os doentes de **Cabo Verde** não chegam a Portugal todos através do mesmo procedimento, o que implica também intervenções diferentes por parte das assistentes sociais. Alguns doentes conseguem a evacuação através da promoção social, outros por sua vez através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em função de cada uma destas modalidades os apoios do país de origem são também diferentes.

Os que chegam através da promoção social deverão seguir os passos já abordados no enquadramento teórico (2º capítulo) desta dissertação. No entanto, os doentes que chegam pelo INPS tendem a conseguir apoios mais céleres, sendo-lhes atribuída uma

verba ainda no seu país de origem, para que não se desloquem sem recursos, como confirma a entrevistada E4:

*-“ Os do INPS, normalmente já trazem verbas atribuídas em Cabo Verde, e em Portugal ao final de 1 mês, em princípio, o INPS deposita a verba mensal.” (E4)*

Ainda no âmbito dos procedimentos destes acordos de cooperação, duas das entrevistadas voltam a alertar para a necessidade de os circuitos e transmissão de informação entre os setores envolvidos serem mais eficazes. Como já foi referido, por um lado existem doentes que quando têm alta clínica permanecem em Portugal, sem qualquer apoio ou legalização, o que pode colocar novamente em risco a sua saúde, porque á partida deixam de ter marcação de consultas para seguir o caso, como denuncia o seguinte discurso:

*-“ A partir daí [da alta], as Embaixadas cancelam as reduzidas verbas atribuídas e eles têm de ficar a cargo deles próprios. Nestes casos, há sempre alguma preocupação da nossa parte, porque o hospital dá alta à criança para o país de origem, e quando eles não regressam, o menor fica, em princípio, sem consultas marcadas.” (E4)*

Por outro lado, os que têm obrigatoriamente de permanecer por motivos clínicos, “*não vêm preparados para fazerem um processo de emigração.*” (E3) e não existem respostas eficazes nesta mudança de país até á obtenção do terceiro Visto de residência que dá direito ao estatuto de residente e assim também aos apoios de qualquer outro nacional.

*-“Dado que a criança não vai poder regressar ao país de origem, uma vez que foi transplantada, terá de percorrer todos os trâmites legais no seu timing. Esta senhora para já não poderá trabalhar e vai ter de aguardar o segundo Visto, para posteriormente obter o estatuto de residente” (E3).*

No entanto além dos princípios e procedimentos estabelecidos, esta subdimensão fez também emergir, **informações acerca de alternativas (categoria B1.2)** que entretanto se estabeleceram por outras entidades, como resposta aos fracassos enunciados na subdimensão “Lacunas e incumprimentos dos Acordos” (B2).

- **B2 Subdimensão: Lacunas e Incumprimentos dos Acordos de Cooperação de Saúde**

Como tal, importa abordar as lacunas e incumprimentos mencionados pelas assistentes sociais na **subdimensão (B2)** que apresentou 19 unidades. Nesta não se

estabeleceram categorias, uma vez que todas as assistentes sociais entrevistadas realçaram o mesmo tipo de lacunas, incidindo sistematicamente na ausência ou ineficácia das respostas por parte das embaixadas.

Ainda assim, é possível distinguir diferentes perceções destas lacunas e incumprimentos em função do país de origem dos doentes, na medida em que “ [...] *nem todos os países apoiam economicamente os seus doentes evacuados*” (E2).

Os doentes de **Cabo Verde** chegam a Portugal mediante duas modalidades distintas – INPS ou Promoção Social. No caso de a evacuação pelo INPS é lhes atribuída uma verba ainda no país de origem, e depois novamente após um mês de cá estarem. Para os doentes que chegam pela promoção social, o apoio terá de ser atribuído pela embaixada, e na maioria das vezes apenas é atribuído passados alguns meses.

- “ *Os doentes da promoção social que chegam a Portugal através da Embaixada de Cabo Verde, só veem a usufruir, em princípio, da 1ª verba atribuída pela Embaixada ao fim de três meses de estadia em Portugal.*” (E4)

Quanto ao alojamento, a entrevistada E6 refere que apenas **Cabo Verde** e **Angola** atribuem este apoio, em Lisboa: “*As restantes não prestam qualquer apoio a este nível.*” (E6). No caso de **S. Tomé e Príncipe** “*a embaixada faculta algum apoio praticamente só para fazer face às despesas de deslocação a consultas, o que por vezes também não é suficiente.*” (E4)

Estes depoimentos confirmam os resultados da pesquisa de Henriques (2012), em que as embaixadas só garantiram alojamento e alimentação a 3 dos 22 inquiridos da sua amostra, e, em condições precárias.

Num dos casos oriundos de Moçambique foi possível verificar a morosidade para a atribuição de apenas uma verba, e durante este período a embaixada transmitiu à mãe da criança que nem sempre o que o protocolo prevê é concretizável:



*No entanto, “estando cá fui conversando com outras pessoas de outros países, e percebi que o protocolo prevê um pouco mais, inclusive a nossa viagem [...] contactei a embaixada e explicaram-me que as coisas não são bem assim”. Transmitiram-lhe que apesar do protocolo prever, nem sempre na prática se concretiza, uma vez que a situação do país não permite que exista orçamento, realçando-lhe ainda que “Se não tivesse as condições que teve, ou não tem apresentado aquele termo de responsabilidade da sua instituição, eventualmente não teria vindo”.*

*Ainda assim, a embaixada pediu-lhe que fizesse as declarações das despesas que foi tendo todos os meses, e diziam que lhe pagariam um subsídio. Subsídio esse que apenas foi pago esta semana, ao fim de quase nove meses á espera e “é um valor simbólico, e não sei se há a perspectiva de continuarem a pagar”.*

*Confessa que “o apoio da embaixada tem sido assim muito complicado. Não fosse a parte portuguesa, as assistentes sociais e tudo mais seria muito mais difícil”. (Diário de Campo – entrevista informal. Data: 31 de Janeiro de 2017).*

Ainda assim este era um caso particular, em que a mãe da criança, licenciada, tinha um bom cargo num banco no seu país de origem, e como tal conseguiu recursos com apoio da sua entidade empregadora para a viagem e para se sustentarem em Portugal até á atribuição da primeira verba, desfazendo-se de tudo o que tinha para fazer face ás despesas necessárias para a mínima satisfação das necessidades com qualidade.

Perante este caso, a assistente social E3 reflete a sua indignação:

*- “ E a mim choca-me muito a postura da embaixada. Eu acho que chega a ser quase humilhante, que uma pessoa que no seu país tem um bom cargo num banco e faz descontos, quando precisa de apoio não obtenha qualquer resposta. Tudo até agora foi conseguido através dos recursos que tinha e do que foi vendendo. E agora depara-se com uma situação de (re)começar tudo do zero, num país diferente.” (E3)*

No caso de **Guiné Bissau**, todas as assistentes sociais referem já não contarem com qualquer apoio por parte da embaixada. No entanto, a entrevistada E6 realça a necessidade de ainda assim existir um contacto para a regularização da situação:

*- “ Há embaixadas que quase não vale a pena contactar, no entanto fazemo-lo sempre para se averiguar se os Acordos estão conforme, ou seja perceber se vieram com tudo tratado do seu país. Já nos chegaram aqui crianças da Guiné só com um relatório do médico de lá, não tendo passado por Junta Médica, nem nenhum dos procedimentos estipulados.” (E6)*

*O doente mostra-se visivelmente preocupado com a situação, afirmando que veio por sua conta. Não teve qualquer apoio para as viagens até Portugal, nem no ambulatório, nas deslocações entre Lisboa e Coimbra. Recebe apenas uma pequena “baixa” do país de origem. (Diário de Campo – entrevista informal. Data: 24 de Outubro de 2016)*

O estudo de Henriques (2009), confrontou-se também com esta realidade, na medida em que com base nos testemunhos da sua amostra, a autora refere que “*os longos meses de espera e o descrédito nos serviços públicos determinam a venda dos parques haveres de cada um, para financiar a viagem e acelerar o processo da vinda*” (idem, p.22).

No âmbito da sua amostra (22 inquiridos), apenas 7 tiveram direito a uma viagem paga na totalidade, e um deles direito ao valor de metade da viagem. Os restantes recorreram, tal como esta mãe a soluções alternativas como a comunicação social, a igreja, família, amigos e a venda dos seus valores.

Assim, com a análise desta subdimensão compreendemos que estas lacunas e incumprimentos colocam em causa a dignidade humana destes doentes, uma vez que lhes são condicionados, em alguns casos, apoios de alimentação, alojamento, transportes e medicação:

-“ [...] eles não têm grandes ajudas a nível de alojamento, a nível económico, muitas vezes até ao nível dos bens essenciais para conseguirem sobreviver” (E6)

Apesar de algumas embaixadas conseguirem a atribuição de algumas respostas, estas tendem a ser extremamente morosas, e nesse período de tempo são as assistentes sociais que procuram alternativas. A entrevistada E2 realça a importância das respostas por parte das embaixadas se tornarem mais céleres, para que os doentes e as suas famílias tenham uma vida digna aquando da alta:

-“No início eu penso que deveriam ser mais céleres. [...]. Estão demasiado tempo à espera que de facto possam ter uma vida digna no momento da alta e em 90,0 % das situações que tenho tido de facto não têm esse apoio” (E2)

Além de céleres as respostas deverão ser mais adequadas, não condicionando o tratamento e recuperação dos doentes, como aconteceu no caso relatado em baixo:

-“Eu acompanhei uma situação de uma menina que foi operada a uma escoliose grave, uma situação complicada na coluna, e a resposta que a embaixada lhe deu na altura foi uma pensão que tinha imensas escadas” (E3)

Esta opinião é igualmente salientada pela entrevistada E7: *“As embaixadas têm muitas limitações na apresentação de uma resposta imediata. Não é no tempo mais indicado e nem sempre é aquilo que desejaríamos”*.

Neste sentido, as dificuldades e vulnerabilidades sentidas por estes doentes não têm origem nos deveres de Portugal e do hospital que os recebe, mas sim da sua embaixada, como salienta uma das entrevistadas: *“Eles têm dificuldades mas não da nossa parte, mas sim da parte da embaixada.”* (E5). Como tal, cabe ao assistente social procurar respostas *“para garantir que os direitos humanos e que a dignidade dessa família seja respeitada.”* (E2).

### **Categoria B1.2 Princípios e Procedimentos da evacuação de doentes (Alternativas emergentes)**

Perante estas lacunas e falta de respostas, como já mencionado, foram surgindo alternativas para estes doentes, abordadas na categoria B1.2, com 4 unidades de registo, abordadas por 4 das assistentes sociais entrevistadas.

Deste modo, a Fundação João XXIII desenvolveu um projeto que permite que as crianças doentes da Guiné Bissau beneficiarem da opção de serem tratados em Portugal, com o apoio de famílias de acolhimento, que mesmo sem vínculo legal se responsabilizam pelos cuidados em ambulatório durante o período de estadia cá. Outra alternativa mencionada pelas entrevistadas respeita ao apoio facultado pelo Cônsul de S. Tomé e Príncipe que orienta a situação dos doentes oriundos do seu país, quando da parte da embaixada não há respostas. Neste sentido, não se traduzem em alternativas de políticas ou procedimentos formais, mas sim na implementação de um espírito solidário.

## **2. EIXO II – PRÁTICAS E PROCESSOS DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

O eixo II permitiu compreender as práticas profissionais das Assistentes Sociais, quando confrontadas com casos de doentes e famílias evacuadas dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação de saúde, proporcionando ainda a identificação e reflexão acerca sobre os contributos do Serviço Social no acolhimento destes. Na totalidade este eixo obteve 162 unidades de registo, e todas as entrevistadas o abordaram.

## 2.1 Dimensão C: Ação de Serviço Social com doentes e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação

A Dimensão C: Ação de Serviço Social com doentes e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação, com 94 unidades de registo, e abordada por todas as assistentes sociais, permitiu identificar as suas “funções e metodologias” neste contexto (C1), as “modalidades de apoio” (C2) a que mais recorrem, técnicas de defesa e difusão de direitos - “advocacy efetivo” (C3), “aplicação de normativos” (C4), “estratégias de intervenção” (C5), e “especificidades da prática do Serviço Social com doentes e famílias dos PALOP” (C6).

### o C1. Subdimensão: Funções e Metodologias

A subdimensão “Funções e Metodologias” (C1), revela a importância que é dada ao “acolhimento, avaliação e definição do plano de intervenção” (C1.1), apresentando 12 unidades de registo abordadas por todas as assistentes sociais (Tabela 6).

**Tabela 6 - Análise da Dimensão C1 ( Funções/metodologias)**

Eixo II - Práticas e Processos de intervenção em Serviço Social				
Dimensão	Subdimensão	Categorias	Unidade de registo	Nº de entrevistados que abordaram a categoria
C: Ação de Serviço Social com doentes e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação	C1. Funções/Metodologias	C1.1 Acolhimento, avaliação e definição do plano de intervenção	12	7 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)
		C1.2 Capacitar	1	1 (E2)
		C1.3 Participação em Grupos de Trabalho	1	1(E2)
		C1.3 Papel Negociador e Mediador	1	1 (E1)
<b>Nº Total unidades de registo</b>			<b>15</b>	
<b>Total de sujeitos (N=7)</b>			<b>7</b>	

Elaboração da autora, 2017

*-“ O assistente social tem um papel fulcral na relação com os utentes e com a família, fazendo o estudo e avaliação social, planeamento da intervenção, gestão de caso, aconselhamento, apoio social e articulação com entidades externas.” (E1)*

Para uma intervenção eficaz as entrevistadas realçam a necessidade de um acolhimento profissional alicerçado numa comunicação eficaz, uma avaliação socioeconómica e familiar precisa e um estudo diagnóstico, para que posteriormente se encontrem as respostas mais adequadas para as carências identificadas:

*- “É premente apurar as suas principais carências, de que forma é que chegam ao nosso país, bem como se têm alguma família de retaguarda e se vêm por conta própria ou ao abrigo dos Acordos. [...] Depois de constatar as carências que nos são transmitidas tentamos dar resposta através dos vários apoios possíveis” (E3)*

Após essa avaliação e a procura de respostas no imediato para situações prementes, como necessidade de roupa adequada à estação ou alimentação, é feito um contacto com as embaixadas para se perceber os contornos legais da situação e qual a possibilidade de apoios por parte destas;

*-“Depois de fazermos a avaliação social e verificarmos quais são as necessidades da família, passamos ao passo seguinte e o plano pode começar com o contacto com a embaixada. Dependendo das necessidades das famílias em primeira mão é fundamental este contacto para perceber se está a dar os apoios devidos, o que também depende dos países em questão” (E6)*

Importa salientar que em alguns casos poderá ser necessário contactar os familiares que receberão os doentes após a alta, particularmente quando se tratam de situações de crianças que exigem cuidados acrescidos. Deste modo consegue-se uma avaliação mais precisa para o momento da alta, não só das condições a que estarão expostos como também da percepção que os familiares têm acerca do estado de saúde e cuidados a ter.

*-“Muitas vezes é necessário, e nós pedimos, que esses familiares venham a Coimbra para os podermos conhecer, para eles compreenderem quais são as necessidades desta família e especialmente da criança doente. Como nestes casos, normalmente, não pode regressar ao seu país de origem, verificamos se realmente têm ou não capacidade para prestar este apoio.” (E6)*

As informações produzidas pelas entrevistadas alertam ainda para outras funções e papeis: a função de **“capacitar” (C1.2)** não só o doente como a família, para que estes consigam tanto quanto possível enfrentar a situação de doença e todas as mudanças inerentes a esta:

- *“Depois na parte pedagógica, tratar das suas competências, para depois conseguir que esta família enfrente a doença, consiga dar a resposta, consiga estar bem não só na sua parentalidade como na sua conjugalidade” (E2)*

A função de **“participação em grupos de trabalho” (C1.3)** e o **“papel negociador e mediador” (C1.4)** do assistente social, no qual se realça a necessidade de intervenção nos três níveis já explicitados – micro, meso e macro (Almeida, 2013):

*–“O Serviço Social tem um papel negociador. É preciso conhecer muito bem em que território se move, é preciso ter capacidade negociadora, mas esta só tem algum efeito se conhecermos bem o que existe sob o ponto de vista Macro. Temos de negociar percebendo os três níveis: micro, meso e marco. Perceber a relação, a instituição e aquilo que existe sobre o ponto de vista das políticas sociais. A comunidade no nível meso, as políticas sociais no nível macro. É premente uma noção bem clara do que cada um deles pode oferecer.” (E1).*

A metodologia de intervenção mais reforçada, pelas entrevistadas e pela bibliografia, começa com o acolhimento e avaliação diagnóstica para posterior elaboração do plano individual de intervenção vai ao encontro de uma intervenção psicossocial. No entanto, podemos verificar que estas são também etapas de outras abordagens como a Gestão de Casos. Uma vez que, segundo Ferreira e Seno (2014), a gestão de casos, sendo uma estratégia inovadora do Serviço Social, caracteriza-se pela resolução de problemas de modo eficaz com o objetivo de potencializar o acompanhamento. Assim, apesar do assistente social não ser conhecedor de todas as áreas cruza a sua prática com a de outros profissionais e instituições para uma intervenção mais eficaz e atenta a todas as necessidades do doente. No diagnóstico há uma recolha de informação, a tentativa e consciencializar os doentes ou seus familiares para os problemas mas também para os recursos disponíveis, sempre com o objetivo de *“reduzir o impacto do risco e a vulnerabilidade”* (idem, p.356). Segundo o mesmo autor, no desenvolvimento do plano de intervenção, o assistente social “gestor de caso” garante a complementaridade das intervenções e serviços para a promoção dos direitos de cada doente, através dos recursos existentes.

Consideramos assim que nas situações que protelam e ficam longos períodos ou mesmo indefinidamente em Portugal, apenas nessas, há também este tipo de intervenção, uma vez que há um acompanhamento sistemático, e que permite um follow-up permanente e a tentativa de empoderar cada doente (aumentar a capacidade de decisão) para a utilização dos recursos que tem disponíveis.

○ **C2. Subdimensão: Modalidades de Apoio**

No que respeita à subdimensão “modalidades de apoio” (C2), a “Articulação com entidades externas para efeitos de regularização ou ativação de protocolos” (C2.1) teve o maior destaque com 16 unidades de registo abordadas por todas assistentes sociais entrevistadas (Tabela 7).

**Tabela 7 - Análise da Subdimensão C2 (Modalidades de Apoio)**

Eixo II - Práticas e Processos de intervenção em Serviço Social				
Dimensão	Subdimensão	Categorias	Unidade de registo	Nº de entrevistados que abordaram a categoria
C: Ação de Serviço Social com doentes e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação	C2. Modalidades de apoio	C2.1 : Articulação com entidades externas para efeitos de regularização ou ativação de protocolos	16	7 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)
		C2.2 : Articulação com organizações de proximidade local para garantia da continuidade de cuidados	6	5 (E1, E2, E3, E4, E6)
		C2.3: Aconselhamento	3	3 (E1, E2, E6)
		C2.4: Mediação de Conflitos	2	2 (E1, E2)
		C2.5: Trabalho em equipa	9	6 (E1, E2, E4, E5, E6, E7)
<b>Nº Total unidades de registo</b>			<b>36</b>	
<b>Total de sujeitos (N=7)</b>			<b>7</b>	

Elaboração da autora, 2017

Como tal, esta articulação está intrínseca ao quotidiano destas profissionais, “ *até havia um dos administradores que dizia que nós tínhamos relações internacionais, porque de facto falávamos com varias entidades, andávamos «para trás e para a frente»*” (E1), *realça a assistente social.*

Quer através de contactos com as embaixadas ou com o SEF para regularização das situações, CPCJ’s em situações de sinalização de menores, entidades de apoio para alojamento, alimentação, roupa ou outros bens essenciais, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) como a *Acreditar* ou até a *Make a Wish*, uma rede de suporte

importante na realização de sonhos das crianças, Organizações Não Governamentais (ONG) ou com outros hospitais.

Assim, esta modalidade de apoio assume-se, em diversas situações e ao longo de toda a intervenção como fundamental.

➤ **Para regularização das situações:**

- “As famílias vindas através dos acordos deveriam ter o apoio das embaixadas conforme está definido na legislação. Como tal, a primeira fase da intervenção é fazer o contacto com estas entidades e confirmar quais são os apoios que as mesmas poderão atribuir” (E6)

➤ **Para respostas imediatas:**

- “Todo o processo de encaminhamento de doentes para a Casa Acreditar é feita através do Serviço Social [...] A associação apoia famílias com alguma carência económica, através de cabaz de alimentos, apoio económico, apoios eventuais, ou até em ajudas de produtos de apoio” (E2)

- “Para estes doentes de S.Tomé, contamos muitas vezes com o apoio do Cônsul em Coimbra, que se desloca ao Hospital, apoiando aquando a alta do internamento, nomeadamente no apoio nos transportes e na participação nalguma medicação, quando necessário.” (E4)

*De seguida informa a mãe que deve ir à Casa Acreditar para levar novamente um cabaz de alimentos e questiona-a se precisa de roupa de inverno, ao qual esta responde prontamente que sim. Neste entretanto a Dra. ligou para a Casa Acreditar para reforçar a importância de dar um casaco mais quentinho para a mãe.  
(Diário de Campo. Data: 21 de Novembro de 2016).*

➤ **Para uma avaliação mais completa:**

- “Sempre que possível pedimos apoio a uma instituição, e às vezes até são as nossas próprias colegas dos hospitais de Lisboa [n.d.r assistentes sociais] que fazem visita domiciliária. Não sendo as colegas os hospitais poderão ser as da Segurança Social ou mesmo da Santa Casa da Misericórdia em Lisboa que fazem esse levantamento das condições familiares.” (E6)



➤ **No apoio na reconstrução de uma nova vida em Portugal:**

-“ Tivemos também de contactar várias IPSS, para conseguir equipar minimamente a casa que alugaram, com bens de primeira necessidade, como roupas de cama e equipamentos de cozinha” (E3)

*Questionei acerca dos apoios atribuídos pelo serviço social e o impacto destes.*

*A mãe refere “desde logo o acolhimento todo, desde a nossa chegada...A preocupação connosco... A nossa integração em Coimbra foi mesmo com muito braço da Assistente social”.*

*Quando mudaram de casa, a assistente social sempre indicou as associações que podiam dar apoio com os bens para a sua acomodação.*

*Além disso, os contactos vários para encontrar soluções para o que surgisse. “Busca de alimentos, busca de roupas...e não só...” (Diário de Campo. Data: 31 de Janeiro de 2017)*

Consideramos que esta modalidade de apoio se encontra também intrínseca á **“Articulação com organizações de proximidade local para garantia da continuidade de cuidados” (C2.2)**, que apesar de apenas assinalar 6 unidades de registo, foi mencionada pela maioria das entrevistadas. Existiu até alguma dificuldade na seleção das situações que efetivamente se referem a cada uma das categorias, sendo a linha entre ambas muito ténue. No caso da entrevistada E5, ficou claro que a articulação com entidades externas não assume tanto o contexto de comunidade, na medida em que se estabelecem contactos com a embaixada, com o SEF, com o cônsul de S. Tomé e Príncipe e até com casas de apoio para estadia temporária (com protocolo com o hospital), mas não se estabelecem contactos regulares com entidades de apoio da comunidade, na medida em que nestes casos os doentes continuam o acompanhamento em Lisboa, e são as colegas dos hospitais da área de residência que fazem esta articulação, até os doentes regressarem ao país de origem.

As restantes entrevistadas salientam esta articulação com várias estruturas da comunidade para a preparação da alta:

- “Também articulo com as outras estruturas da comunidade na preparação da alta, seja com as escolas, com a segurança social, com a CPCJ, com os centros de saúde para garantir a continuidade dos cuidados, com os bombeiros.” (E2)

Com esta análise podemos verificar que esta articulação facilita também a integração destes doentes neste novo contexto, atenuando o desenraizamento que tanta influência assume na vulnerabilidade social.

Vejam os seguintes exemplos:

➤ **Articulação com voluntários da comunidade para facilitar o trabalho de tradução e comunicação em contexto hospitalar:**

- *“Há pouco tempo, a Fundação João XXIII lançou um repto à Universidade de Coimbra, ao departamento de relações internacionais, porque há estudantes universitários da Guiné, no sentido de serem eles a ligação, fazendo algum trabalho de tradução e darem algum apoio.” (E2)*

➤ **Articulação com estruturas que facilitem bens em género:**

- *“Procuramos apoio de IPSS, de quem podia ajudar. Portanto, nós estamos aqui e ajudamos em tudo, até na Procura de um Banco de Livros” (E3)*

➤ **Articulação com instituições que promovam a integração na comunidade**

- *“Após a cirurgia, como havia algumas dúvidas quanto ao cumprimento da medicação, e sendo a mãe analfabeta, e ainda como ela não tinha apoio de familiares em Lisboa tentámos que ficasse em Coimbra. [...] Entretanto consegui que fosse possível uma vaga, em Miranda do Corvo numa instituição onde dariam apoio à mãe e à criança com integração na comunidade.” (E6)*

Particularmente nos casos das assistentes sociais que recebem situações de doentes que permanecem por longos períodos em Portugal, alguns acabando por não poder regressar ao seu país de origem, é destacada a importância do **“aconselhamento” (C2.3)** e **“mediação de conflitos” (C2.4)**.

O **aconselhamento (C2.3)** surge com três unidades de registo, abordadas por três das assistentes sociais entrevistadas, como uma modalidade de apoio relevante, nomeadamente quanto aos serviços a que modo recorrer e o modo mais facilitado de lhes aceder:

- *“Às vezes eu até aconselho para irem ao SEF em Coimbra, mas há mães que não entendem e dizem «não, o meu SEF é em Lisboa» e eu explico que é a mesma coisa. Porque aqui é mais fácil, conseguimos marcar de uma semana para a outra, enquanto em Lisboa a marcação é normalmente para passados dois meses.” (E6)*

A mediação de conflitos (C2.3), procura que para que se previnam disfunções acrescidas:

- *“Eu tento criar forma que eles sintam um a vontade de falar sobre isso, para que possamos de alguma forma prevenir essa disfunção. Essa gestão de conflitos familiares...” (E2)*

O “**trabalho em equipa**” (C2.5) foi também mencionado por seis das sete entrevistadas como relevante enquanto modalidade de apoio nestes casos. Este é assumido:

- **Dentro do contexto hospitalar**, com os restantes profissionais, na conjugação dos vários saberes para uma intervenção que encara o doente como um todo. Nestes casos também as decisões de alta são dadas com o parecer do assistente social, que verifica se estão reunidas todas as condições sociais. Eis dois excertos exemplificativos:

*-“Nós trabalhamos muito em equipa. É uma boa estratégia e boa metodologia de trabalho que existe neste serviço. Um trabalho de equipa e respeito por todos os elementos da equipa, nos seus pareceres, nos seus saberes. É conjugando os diferentes saberes que podemos dar uma melhor resposta.” (E2)*

*-“ A equipa médica também se vai apercebendo de tudo sem que seja preciso formalizar e dizer claramente que é necessário esperarem pela alta social, [...].Temos de nos antecipar e colocar questões antes de tempo para depois podermos ir respondendo.” (E7)*

- **Fora do contexto hospitalar**, em articulação com as entidades já mencionadas, “*potencializando todos os recursos da rede formal e informal*” (E2), agindo nas varias problemáticas emergentes:

*-“Nós trabalhamos em conjunto, e somos no meu entender negociadores natos em determinadas áreas. Negociamos com a família, negociamos com a comunidade. [...]. Somos um ponto de referência, e depois temos linhas para trás e para a frente. Não é só numa direção.” (E1)*

- **C3 Subdimensão: Advocacy Efetivo e C4 Subdimensão: Aplicação de Normativos**

De salientar que todas as entrevistadas evidenciaram a necessidade de difusão e defesa dos direitos dos doentes e elaboração de pareceres através da **subdimensão “Advocacy efetivo” (C3)** e ainda a necessidade de “**aplicação de normativos**” (C4), com 9 unidades de registo em cada uma destas categorias (**Apêndice X**), como salientam os seguintes discursos:

- **Advocacy (C3)** -“*Eles habitualmente não conhecem os seus direitos. Uma das coisas com que nos preocupamos de imediato é compreender qual é o ponto de situação a nível legal. [...] Fazemos regularmente esta chamada de atenção [...]. Além disso, como sabemos que estes doentes normalmente não podem regressar ao seu país devido à situação de saúde, vamos informando quais os*

*direitos que virão a ter a nível da Segurança Social para que possam ir tratando de tudo aqui em Portugal.” (E6)*

- **Aplicação de normativos (C4):** *–“Vamos também articulando com o SEF para resolver as situações legais de renovação de visto e, posteriormente, quando eles não podem regressar, é necessário tratar da situação de permanência [...]” (E3)*

Desta forma há novamente um conciliar com a abordagem de gestão de caso, em que o gestor de caso se torna também *“um facilitador no acesso a recursos [...] representando os interesses do sujeito, defendendo os seus direitos e mantendo os sujeitos informados dos contactos estabelecidos”*, como defendem Ferreira e Seno (2014, p.357).

○ **C5. Subdimensão: Estratégias de Intervenção (Meios e intencionalidade)**

A subdimensão **“Estratégias de intervenção (meios e intencionalidades)” (C5)**, apresentou 12 unidades de registo, e uma entrevistada não fez referencia a este tópico (Tabela 8).

**Tabela 8 - Análise da Subdimensão C5 (Estratégias de Intervenção)**

Eixo II - Praticas e Processos de intervenção em Serviço Social				
Dimensão	Subdimensão	Categorias	Unidade de registo	Nº de entrevistados que abordaram a categoria
C: Ação de Serviço Social com doentes e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação	C5. Estratégias de intervenção (meios e intencionalidade)	C5.1 Voluntariado	4	3 (E2, E4, E6)
		C5.2 Explicar procedimentos (implícito)	3	2 (E1, E2)
		C5.3 Empatia	1	1 (E6)
		C5.4 Fomentar o contacto entre doentes/familiares /grupos de interajuda	3	2 (E2, E7)
		C5.5 Outras atividades	1	1 (E2)
<b>Nº Total unidades de registo</b>			12	
<b>Total de sujeitos (N=7)</b>			6	

Elaboração da autora, 2017

Foi destacado como recurso de intervenção o **“voluntariado” (C5.1)** com 4 unidades de registo, abordada por três assistentes sociais, na medida em que permite a atenuação do desenraizamento, como salienta o seguinte discurso:

-“ *Por exemplo, para as crianças oriundas da Guiné, quando estão sem acompanhante, já tivemos que recorrer a voluntários estudantes guineenses, para tentar ajudar a desbloquear esta parte da comunicação*” (E4)

A categoria “**explicitar procedimentos**” (C5.2), apesar de mencionada de modo implícito, é abordada com 3 unidades de registo, por duas assistentes sociais como uma estratégia fundamental na intervenção com estes doentes, sendo crucial esclarecer a intervenção de modo adequado e apropriado ao doente/familiar em questão.

Também a “**empatia**” (C5.3) é mencionada por uma entrevistada como a principal estratégia para intervir com estes doentes, de modo a ganhar a sua confiança. Importa realçar que apesar de apenas mencionada uma vez, a empatia é um elemento estruturante de dimensão profissional e fundamental no âmbito de outras estratégias.

-“ *Eu considero que a estratégia que tem mais eficácia é a empatia que podemos ter com estas famílias.[...]quando eles sentem empatia mútua é mais fácil aceitarem os nossos apoios, o apoio psicossocial, o nosso aconselhamento, nomeadamente para não serem influenciados por crenças e mezinhas que possam prejudicar a criança.*” (E6).

Outra estratégia também registada não só através das entrevistas, com 3 unidades de registo, mas também com a observação registada em diário de campo, é “**Fomentar o contacto entre doentes/familiares**” (C5.4) nomeadamente através de grupos de interajuda.

*Volta a questionar quando poderá contactar o marido. A Assistente Social informa-a que está a tratar da autorização para que tal aconteça ainda hoje, e questiona-a se gostaria de falar com uma outra mãe de uma criança que que passou já pelo mesmo processo, de modo a partilhar e a conhecer a sua experiência. (Diário de Campo. Data: 8 de Novembro de 2016)*

- **Subdimensão C6: Especificidades da Prática do Serviço Social com doentes e famílias dos PALOP**

Por fim, a última **subdimensão** da dimensão C centra-se nas “**Especificidades da prática do Serviço Social com doentes e famílias dos PALOP**” (C6), com 14 unidades de registo, abordadas por todas as assistentes sociais entrevistadas. As categorias emergentes apresentam todas elas relação entre si (Tabela 9). A “**necessidade de maior acolhimento e intervenção**” (C6.3) foi a categoria com maior número de unidades de registo, e também a abordada por mais entrevistadas, uma vez que segundo a mesma é

premente fazer face às acentuadas vulnerabilidades já mencionadas: “*temos de estar a contar com tudo isto e fazemos o nosso plano de intervenção tentando minimizar algumas destas vulnerabilidades.*” (E6).

- “*Esta intervenção exige que a pessoa de imediato se ponha em campo, pelo facto de o doente vir de um país distante e ficar mais vulnerável estando longe, não tendo aqui enquadramento social, e muitas vezes nem enquadramento familiar*” (E7)

Como tal, as assistentes sociais referem também a necessidade de se estar mais presente, principalmente em momentos em que habitualmente a família ou amigos estariam por perto, se não se encontrassem deslocados, nomeadamente nas horas das cirurgias:

- “*Por exemplo, nestas famílias, se uma criança vai a uma intervenção cirúrgica, eu sei que não vai lá estar mais ninguém, e eu faço questão de ir ter com a mãe nem que seja um bocadinho, porque está na sala de espera sozinha. [...]*” (E2)

No entanto esta necessidade surge na sequência das duas outras especificidades apresentadas: a existência de “**respeito pelas crenças**” (C6.1) que podem condicionar os tratamentos se não forem abordadas convenientemente pelas equipas, e a diferença significativa de “**respeito pela diversidade cultural**” (C6.2), que deixa os doentes não só deslocados fisicamente como também deslocados da realidade e conceitos apresentados, que os poderá deixar “perdidos”.

**Tabela 9 - Análise da Subdimensão C6 - Especificidades da prática do SS**

Eixo II - Práticas e Processos de intervenção em Serviço Social				
Dimensão	Subdimensão	Categorias	Unidade de Registo	Nº de entrevistados que abordaram a categoria
C: Ação de Serviço Social com doentes e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação	C6. Especificidades da prática do Serviço Social com doentes e famílias dos PALOP	C6.1 Respeito pelas Crenças	1	1 (E1)
		C6.2 Respeito pela diversidade cultural	5	4 (E2, E3, E4, E7)
		C6.3 Necessidade de maior acolhimento e intervenção	8	5 (E1, E2, E5, E6, E7)
<b>Nº Total unidades de registo</b>			14	
<b>Total de sujeitos (N=7)</b>			7	

Elaboração da autora, 2017

A entrevistada E2 sintetiza a importância de se considerarem as culturas e costumes na prática da intervenção, realçando que *“O apoio tem que ser muito reforçado, para enfrentar toda a doença, ainda por cima num país diferente, numa cultura completamente estranha. Integrá-los na nossa cultura sem fazer perder os seus valores! [...] temos de estar extremamente atentos a pormenores.”* (E2). Para tal, as assistentes sociais entrevistadas salientam a necessidade de recolher informações mais evidentes, como por exemplo até que ponto a roupa que trazem é adequada à estação em que se encontram, e outras mais intrínsecas a cada doente e ao seu modo de encarar esta situação: *“ considero que é fundamental a articulação com as embaixadas e o conhecimento das características da pessoa e do país de origem, de modo a enquadrar o doente no país a que pertence e perceber um pouco a dinâmica e características muito próprias que eles têm em relação a nós.”* (E7).

Estes cuidados vão de encontro com as reflexões de Bracons e Mata (2015), acerca do serviço social com famílias imigrantes. Estes autores realçam a importância do reconhecimento da diversidade e das especificidades de cada cultura, e a vontade de superar possíveis barreiras culturais, para um contacto baseado na compreensão, e assim uma intervenção mais eficaz.

## ***2.2 Dimensão D: Perspetivas de intervenção no domínio em análise***

A **Dimensão D: Perspetivas de intervenção no domínio em análise**, permitiu identificar os maiores constrangimentos, mas também as maiores potencialidades da intervenção nestes casos, refletindo sobre os contributos do Serviço Social no acolhimento dos doentes e suas famílias com base na perspetiva das próprias assistentes sociais entrevistadas.

### **○ Subdimensão D1: Referências Teóricas**

No âmbito destas perspetivas de intervenção, foi possível identificar nos discursos de duas das assistentes sociais entrevistadas, 3 unidades de registo de **“referências teóricas”** (subdimensão D1) pelas quais regem a sua intervenção. Estas abordaram a importância do *empowerment* e a intervenção tendo como base um modelo holístico e biopsicossocial (Apêndice X).

Esta perspetiva coincide com a evolução dos sistemas de saúde que se distanciaram do modelo biomédico e redutor para encarar a doença de modo informado

pelos modelos psicossocial e holístico, fundamentais “na construção social da saúde” (Guadalupe, 2011, p.102). A mesma autora realça assim que

*“A visão holística, da pessoa como um todo e das questões da saúde na sua complexidade, defende também novos papéis, tanto para o doente e sua família, como para os profissionais, trazendo desafios a que os princípios da profissão, assim como o conteúdo funcional que tem assumido neste campo profissional, respondem claramente.” (idem, ibidem).*

Podemos assim verificar que o doente é encarado através de uma “leitura ecossistémica” (Guadalupe, 2011, p.102) nos seus diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais, e a situação é compreendida na sua totalidade, o que nos remete para uma avaliação mediante o modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner. Este leva-nos a encarar o doente segundo o “binómio organismo-meio” e a complexa rede de inter-relações que se estabelecem (Shirley, 2014).

#### ○ **Subdimensão D2: Constrangimentos na intervenção**

A subdimensão “constrangimentos na intervenção” (D2), com 19 unidades de registo abordadas por todas as assistentes sociais entrevistadas, leva á emergência de 6 categorias. Duas das assistentes sociais quando confrontadas com esta questão referem não se confrontarem com constrangimentos específicos (**sem constrangimentos D2.1**) na intervenção com esta população, no entanto uma delas ao longo da entrevista reflete alguns constrangimentos implícitos.

Com 6 unidades de registo, o principal constrangimento abordado é a “**falta de respostas/apoios das embaixadas**” (D2.3). Seguindo-se com 4 unidades de registo a “**Barreira cultural/comunicação**” (D2.4) e a “**Recolha de Informações/Estudo social das famílias alargadas para a alta** (sentido implícito)” (D2.5), respetivamente abordadas por 4 e 3 assistentes sociais.

A categoria “**Legislação limitativa**” (D2.2) e “**Recusa de apoio por parte do doente/família** (sentido implícito)” (D2.6), foram abordadas apenas uma vez por uma das entrevistadas, como se pode verificar na tabela seguinte (Tabela 10):



**Tabela 10 - Análise da Subdimensão D2 (Constrangimentos na intervenção)**

Eixo II - Práticas e Processos de intervenção em Serviço Social				
Dimensão	Subdimensão	Categorias	Unidade de Registo	Nº de entrevistados que abordaram a categoria
D. Perspetivas de intervenção no domínio em análise	D2. Constrangimentos na intervenção	D2.1 Sem constrangimentos	2	2 (E2, E5)
		D2.2 Legislação limitativa	2	1 (E1)
		D2.3 Falta de respostas/apoios da embaixada	6	5 (E3, E4, E5, E6, E7)
		D2.4 Barreira Cultural/ Comunicação	4	4 (E3, E4, E5, E6)
		D2.5 Recolha de Informações/Estudo social das famílias alargadas para a alta (implícito)	4	3 (E4, E6, E7)
		D2.6 Recusa de apoio por parte do doente/família (implícito)	1	1 (E6)
<b>Nº Total unidades de registo</b>			<b>19</b>	
<b>Total de sujeitos (N=7)</b>			<b>7</b>	

Elaboração da autora, 2017

Importa salientar que a falta de respostas, considerado o maior constrangimento da intervenção, remete mais uma vez para as lacunas e incumprimentos das embaixadas, nomeadamente no que respeita à garantia de alimentação, habitação e transporte para as consultas. Deste modo, além de acentuarem as vulnerabilidades vividas por estes doentes, esse facto é também limitativo para a ação do serviço social, como remetem os exemplos seguintes:

*-“ O maior constrangimento é a falta de respostas! É nós querermos resolver os problemas e nem sempre termos os recursos necessários” (E3)*

*-“ Surgem algumas dificuldades porque a embaixada nem sempre está disponível e eles tem de ficar aqui mais um dia ou outro até terem carrinhas disponíveis.” (E5)*

*-“ Além disso, também não é fácil estas famílias chegarem aqui e não terem dinheiro para as coisas básicas. Dar-se a alta e não terem direito a transporte nem dinheiro para*

*regressar a Lisboa que é onde eles têm tudo, pelo menos o pouco que trazem está lá. [...] Apesar dos transportes ser algo que está incluído nos Acordos de Cooperação de saúde, na realidade nem todos os países dão esses apoios” (E6)*

A barreira cultural, e particularmente as dificuldades de comunicação, além de um indicador de vulnerabilidade refletem-se também num constrangimento sentido por 4 das entrevistas, na medida em que limita a compreensão dos doentes relativamente ao estado de saúde, o que condiciona a intervenção de toda a equipa:

*“Se eles não falam de uma forma fluente a língua portuguesa, terão muito mais dificuldade em compreender a situação de saúde da criança, e isto é um constrangimento para toda a equipa.” (E6)*

Importa também abordar o constrangimento “Recolha de Informações/Estudo social das famílias alargadas, para a alta”, uma vez que se trata de uma dificuldade acrescida com estes doentes oriundos dos PALOP. Estes habitualmente ficam a residir em Lisboa, com familiares cujos com laços são não raras vezes indefinidos, e como já referido em habitações por vezes com condições precárias ou numa tipologia não adequada ao número de pessoas que acolhe. Esta indefinição implica por parte das assistentes sociais estratégias para o estudo das condições que irão receber o doente no momento da alta, tendo por vezes de recorrer a informações de outras entidades locais.

*-“ Não é fácil, tentamos perceber, e tentamos recolher o máximo de informação acerca da família que o irá receber. O melhor é sempre procurar conhecer a família, se já vêm cá visita-los uma pessoa vai percebendo se é um bom suporte ou não.” (E7)*

#### ○ **D3. Subdimensão: Potencialidade e Contributos**

Na subdimensão “potencialidades/principais contributos” (D3), a categoria “mobilização e ativação de redes de apoio” (D3.3), é a que assume maior destaque com 12 unidades de registo, sendo abordada por todas as entrevistadas. A categoria “participação na resolução de problemas” (D3.5), teve 8 unidades de registo abordadas por 4 assistentes sociais. Importa ainda referir que também entre 5 a 6 unidades de registo, surgiram as categorias “humanização das estruturas” (D3.1), “promoção de acesso às estruturas” (D3.2) e “facilitar bens essenciais no imediato” (D3.4). Segue-se um quadro síntese (Tabela 11):

**Tabela 11 - Análise da Subdimensão D3 - Potencialidades /principais contributos**

Eixo II - Praticas e Processos de intervenção em Serviço Social				
Dimensão	Subdimensão	Categorias	Unidade de Registo	Nº de entrevistados que abordaram a categoria
D. Perspetivas de intervenção no domínio em análise	D3. Potencialidades/principais contributos	D3.1 Humanização das estruturas	5	4 (E1, E2, E6, E7)
		D3.2 Promoção de acesso às estruturas	5	4 (E2, E3, E4, E5)
		D3.3 Mobilização e ativação de redes de apoio	12	7 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)
		D3.4 Facilitar bens essenciais no imediato	6	4 (E2, E3, E4, E5)
		D3.5 Participação na resolução de problemas	8	4 (E1, E2, E3, E6)
<b>Nº Total unidades de registo</b>			<b>36</b>	
<b>Total de sujeitos (N=7)</b>			<b>7</b>	

Elaboração da autora, 2017

Com a análise desta subdimensão podemos assim concluir que a “**mobilização e ativação de redes de apoio**”(D3.3) é considerada por estas assistentes sociais como a maior potencialidade no âmbito da intervenção com doentes oriundos dos PALOP, para a minimização das suas vulnerabilidades. Seguem-se alguns exemplos:

*-“As famílias, por vezes, não têm noção das respostas que existem e nós apoiamos no sentido de facilitar o acesso a estas” (E3)*

*-“ Para responder à falta de recursos locais e necessários no momento, e à ausência de verbas, temos que recorrer muitas vezes ao apoio da Associação Coração Feliz através do apoio económico, particularmente aquando da alta, para fazer face, principalmente, ao custo dos transportes de regresso sobretudo para Lisboa. Já aconteceu também termos que apoiar na aquisição de medicações urgentes.” (E4)*

Também a categoria “**participação na resolução de problemas**” (D3.5) assume um número relevante de unidades de registo. Esta categoria concretiza-se quer de modo

mais informal através por exemplo do facilitar na marcação de uma consulta, como aborda a entrevistada E1, ou através da explicação dos procedimentos a seguir quando o doente se confronta com uma situação nova, como realça E3:

*-“ É uma história já diferente. Neste momento tem quatro filhos e está na Inglaterra. Há três anos era beneficiário do rendimento social em Portugal, não conseguia fazer absolutamente nada. [...] Fala comigo por e-mail, e pede-me para eu marcar a consulta com o médico quando tem algum problema. (E1)*

*-“ Nós acabamos por dar todo o tipo de apoios. Desde esclarecer as mais pequenas dúvidas, a ensinar, por exemplo, a como lidar com os transportes, as credenciais, as ambulâncias para virem ao serviço...” (E3)*

Se remetermos para a análise das vulnerabilidades referidas anteriormente, percebemos que as mesmas incidiam maioritariamente na subdimensão “social” e particularmente na dificuldade de concretização das necessidades básicas e acesso a condições sociais, por fatores económicos, e ainda no desenraizamento social. Como tal, compreende-se que a resposta do serviço social deva também incidir na resolução destas problemáticas e por isso seja importante o seu contributo na ativação e mobilização de redes de apoio que façam face às necessidades não respondidas pelas embaixadas, e a resolução de problemas consequentes do desenraizamento social.

Ainda assim importa realçar que também o próprio serviço social se assume como uma peça fulcral nas situações em que é necessário “facilitar bens no imediato”, como por exemplo roupas adequadas à estação do ano, alimentação ou alojamento, e na “promoção de acesso às estruturas” que disponibilizam outros apoios.

Como exemplo podemos destacar a situação relatada pela entrevistada E3 que refere o caso de uma criança que tendo de permanecer em Portugal, teve de se integrar em contexto escolar, e foi a própria assistente social que auxiliou esse processo - *“Tratámos da integração na escola, ajudámos a escolher a que estaria mais adequada á situação clínica do menino e a necessidade de estar perto do hospital porque aguardava o transplante.” (E3)*

Por último, o **papel humanizador da intervenção (D3.1)** é referido pelas entrevistadas, como intrínseco ao serviço social, e por isso também um contributo desta profissão com estes doentes:

-“ *Uma das nossas funções é a humanização! Isto faz parte da nossa génese e quando nós fazemos todo este nosso trabalho, estamos a pensar também na humanização, nos direitos que eles poderão vir a ter e no seu conforto.*” (E6)

A entrevistada E2 focou esta necessidade ao longo de toda a entrevista, referindo que esse cuidado passa também por compreender que “cada criança e cada família são seres únicos, são diferentes.” (E2), devendo-se através de uma perspetiva holística valorizar o lúdico e a necessidade de brincar quando se tratam de crianças:

-“ *Quando as crianças vêm sem brinquedos, tenho a preocupação que elas tenham um brinquedo que seja personalizado, que seja delas! Porque uma coisa é terem a sala de atividades, no internamento, outra coisa é saberem que aquele boneco é deles - «este é meu! Esta aqui na minha cama, posso levar para casa...quando tiver alta posso leva-lo. É meu!»*” (E2)

#### ○ **D4. Subdiemensão: Perceção sobre o impacto do Serviço Social**

Por fim, na subdiemensão “Perceção sobre o impacto” (D4), com 10 unidades de registo, não surgiram categorias, uma vez que as respostas das 7 entrevistadas são unânimes quanto ao impacto positivo e crucial na intervenção com esta população vulnerável. No entanto, uma das entrevistadas confessa que apesar do serviço social ser o suporte para todos estes doentes, por vezes o sucesso da intervenção depende também do doente e da sua capacidade, o que pode nem sempre conduzir ao sucesso:

- “*Nós conseguimos ser o suporte! Mas tem também muito a ver com a capacidade que as pessoas têm de resolver...Por exemplo, esta jovem [n.d.r] jovem que consumiu éter e mais tarde faleceu], aquilo que eu acompanhei, aquilo que nós fizemos...Nada servia! Ela conseguiu ir-se organizando com o marido, mas tornou-se uma dependente dos subsídios.*” (E1)

Ainda assim, tal como as restantes entrevistadas, realça também a importância do serviço social hospitalar na resolução dos problemas destes doentes: - “*Importa ter a noção que enquanto profissionais precisamos de mostrar que no meio hospitalar as coisas andam para a frente, e que são necessários assistentes sociais para se resolverem os problemas.*” (E1).

Mesmo reconhecendo as limitações de recursos existentes, é destacado o papel de defesa de direitos e orientação por parte das assistentes sociais ao longo de toda a intervenção, e independentemente do estrato social do doente. As entrevistadas acrescentam ainda que, mediante os contributos já apresentados, sem este apoio as situações se complicariam imenso, e os doentes “*ficariam um pouco «à deriva»*” (E5).

- “Eu acho que o nosso trabalho é imprescindível, porque nós trabalhamos na defesa dos direitos humanos, na sua dignidade, e portanto toda a nossa intervenção desde o momento em que chegam ao hospital, através do acolhimento e depois todo o processo de acompanhamento até ao final de um tratamento, é fulcral. [...]” (E2)

- “Sem o nosso trabalho e o nosso empenho eu acho que estes doentes seriam “perdidos”. **Nós somos a bússola destes doentes**, vamos orientando em todas as fases: na fase de acolhimento, na fase de integração, e ao longo de todo o processo. Em todas as fases nós estamos aqui para orientar. É ao serviço social que eles vão expondo as suas dificuldades, porque ao longo deste processo criam uma ligação com os técnicos. Não imagino situações destas, famílias deslocadas, sem o apoio do Serviço Social. Penso que seria muito mais difícil” (E3)

- “Eu acho que é um impacto muito grande. Apesar da limitação dos meios, conseguimos sentir-nos importantes no sentido do apoio que podemos dar independentemente dos recursos que possamos ter. Só o facto de a pessoa fazer essa comunicação, e fazer a viabilização da comunicação é muito importante. Se a assistente social por vezes não tem recursos pode pelo menos dar voz a quem os possa arranjar.” (E7)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### **Os resultados e a resposta à pergunta de partida...**

Após um contexto de revolução em Portugal e descolonização das suas colónias, que implicou uma reestruturação dos sistemas após cenários de guerra, foram implementados os primeiros acordos de cooperação, nomeadamente no âmbito da saúde. Deste modo, sempre que o país de origem não apresenta os meios necessários para prestar o tratamento adequado ao doente, pode iniciar-se o processo de evacuação para Portugal.

No entanto, passados cerca de 40 anos, e após ligeiras reestruturações, estes acordos de cooperação apresentam ainda algumas lacunas que vêm acentuar as vulnerabilidades de um doente que necessitou sair do seu país de origem para conseguir sobreviver. Apesar de existir já alguma pesquisa importante acerca destes acordos, particularmente no âmbito da sociologia e demografia, nenhuma delas incide no impacto que o serviço social tem em todo este processo.

Partindo para uma pesquisa etnográfica em contexto hospitalar, à procura de respostas para a questão, *-Que fatores de vulnerabilidade apresentam os doentes e famílias com problemas de saúde provenientes dos PALOP ao abrigo de Protocolos de Cooperação e como é que o Serviço Social responde às especificidades destes doentes e suas famílias na área hospitalar?* – é possível agora em jeito conclusivo enunciar algumas.

Sendo esta pergunta de partida desdobrável em duas questões, começemos por mencionar que os fatores de vulnerabilidade inerentes a estes doentes mais emergentes tiveram como grandes focos a vulnerabilidade social, individual e programática institucional.

Foi feita observação a 16 casos de doentes evacuados (N=16), com uma diferença pouco significativa de número entre o sexo masculino e feminino, mas com maior incidência na faixa etária das crianças, particularmente dos 0 aos 10 anos de idade. O país de origem com maior incidência foi Cabo Verde. Os serviços clínicos são diversificados, mas as habilitações dos observados tendem a ser na sua maioria baixas. Ainda assim, os diagnósticos atribuídos são relativamente idênticos, com as mesmas necessidades de intervenção, ainda que adaptadas ao tipo de apoio atribuído pelas embaixadas. Existiu sempre insuficiência económica, necessidade de informações sobre direitos, e recursos, e necessidade de apoio a doente e/ou familiares estrangeiros.

Através das entrevistas realizadas às assistentes sociais e complementando com as observações a estes doentes, foi possível verificar que a vulnerabilidade social foi a que apresentou um maior ênfase. No âmbito desta realça-se a emergência de condicionantes como o acesso a condições sociais por fatores económicos, como o simples direito a uma habitação condigna. Também o desenraizamento foi várias vezes mencionado como uma vulnerabilidade, na medida em que estes doentes são obrigados a procurarem num novo país os cuidados de saúde que não lhes foram garantidos no seu, vendo-se obrigados a afastarem-se da sua cultura, família, bens, hábitos. Alguns por tempo indeterminado, outros para sempre.

Para alguns voltar significa colocarem a sua vida em risco. No entanto, a realidade demonstra que ficarem em Portugal nem sempre significa viverem com condições que garantam a estabilidade da sua situação de saúde, na medida em que a disponibilidade e usufruto de recursos (acesso a necessidades básicas), foi também um dos indicadores mais referidos no âmbito desta investigação, denunciando que em muitos casos a alimentação, roupas adequadas e até a medicação não são facultados pelas embaixadas, que nem sempre cumprem os seus deveres.

Para fazer face a estas vulnerabilidades o serviço social tende a responder com a ativação de modalidades de apoio que numa primeira fase consigam satisfazer as necessidades básicas no imediato e forneçam alternativas para as escassas condições sociais a que são expostos. A articulação com entidades externas para efeitos de regularização ou ativação de protocolos e a articulação com organizações de proximidade local para garantia da continuidade de cuidados permitem encontrar essas respostas, quer para a atribuição de roupa e alimentação, quer para alojamentos temporários pelo menos até a família encontrar uma solução de caráter mais duradouro, ou entre internamentos, para se evitarem deslocações desnecessárias entre Coimbra e Lisboa, onde habitualmente ficam a residir. Para a medicação foram também mencionados casos em que foi necessário recorrer a instituições que financiassem a sua compra em casos urgentes, como por exemplo a Associação Coração Feliz ou a Hepaturix.

A vulnerabilidade individual foi a segunda mais destacada, nomeadamente pela perceção do estado de saúde vivido, quer pela falta de informação e confronto com um diagnóstico grave apenas em território Português, quer pela dificuldade de entender alguns conceitos. Esta última coloca em causa o tratamento, pela não adesão à medicação ou cuidados indicados pela equipa médica. Este indicador relaciona-se também com o desenraizamento cultural já abordado, na medida em que nos seus países de origem é



comum o recurso a curandeiros e outras alternativas como resposta a estados de saúde. Recorrer a um centro de saúde é não raras vezes a última opção, pelo que esse modo de olhar a doença está enraizado e em algumas situações é sobreposto às indicações dadas em contexto hospitalar.

Ainda enquanto vulnerabilidade individual, surge a existência de barreiras de comunicação (quando os doentes falam um dialeto próprio) e dificuldades de compreensão. Estas condicionam o bem-estar do doente e agravam o desenraizamento, na medida em que o doente e os seus familiares, apresentando dificuldades de se expressar, tendem a isolar-se, não expõem as suas preocupações e dificuldades e a intervenção por parte dos vários profissionais da equipa é também ela mais difícil.

Também no âmbito destas vulnerabilidades, o serviço social apresenta um papel fulcral na sua atenuação, começando com um acolhimento e avaliação mais vincado e informado, que procure conhecer e respeitar crenças, e costumes da cultura, prestando atenção a pequenos pormenores destes doentes, que trazem consigo a saudade do seu país, aliada ao peso da doença e às dificuldades económicas e de compreensão em alguns casos.

Se numa primeira fase é premente responder no imediato com a satisfação das necessidades básicas, negociando e mediando com as diversas modalidades de apoio, é também fundamental o papel de capacitação, para que o doente vá diminuindo esta fragilização e consiga também ele mover-se no contexto dos recursos existentes. Para tal, as assistentes sociais recorrem também ao aconselhamento e à mediação de conflitos que surgem pela dificuldade de lidar com a doença e com as mudanças que esta origina na dinâmica familiar. No âmbito destas modalidades de apoio, as profissionais destacaram o trabalho em equipa, para uma intervenção que encara o doente e a sua família como um todo, para uma intervenção holística e nunca fragmentada.

Para atenuar as dificuldades de compreensão, as assistentes sociais referem explicar cada procedimento da intervenção, adequando a linguagem ao doente em questão, sempre tendo como base a empatia, para que este consiga confiar e transmitir as preocupações sentidas. Quando efetivamente os dialetos são muito distintos e não há a compreensão do que é dito, a prática de voluntariado por outros cidadãos dos seus países é uma peça chave para a tradução do que é transmitido. No entanto, este não se limita a essa função, e é também estimulado pelas assistentes sociais para que os doentes se sintam mais próximos da sua cultura, sendo fomentado o contacto entre doentes/familiares /grupos de interajuda que passaram pela mesma situação.

Por fim, a vulnerabilidade programática/institucional, incluindo os incumprimentos das embaixadas, já apresentados, está na base de todas as outras referidas até aqui. A limitada atuação intersectorial e os *timings* burocráticos mostraram-se como um entrave. Os apoios das embaixadas são escassos, e denunciados como nem sempre adequados à situação do doente. Para exemplificar, realça-se o caso mencionado da criança que foi operada a uma escoliose e à qual foi atribuída como alojamento uma pensão com escadas.

Deve-se realçar, que ainda assim conhecemos casos em que são atribuídas verbas, apesar de quantias baixas, para que os doentes se consigam gerir financeiramente e ver satisfeitas as necessidades básicas como a roupa, a alimentação e os transportes para as consultas, sendo que no caso da medicação existem farmácias que estabeleceram parcerias com algumas embaixadas para que esta seja também garantida. No entanto, várias assistentes sociais realçam a necessidade de equacionar o “tempo útil” da atribuição destes direitos, o que deixa os doentes durante muitos meses à espera que seja dado algum apoio.

Podemos concluir que estes doentes assumem todas as características enunciadas pela *Equality and Human Rights Commission* (2010) como indivíduos que mais necessitam de um apoio de advocacia social. São doentes com dificuldade de se fazerem ouvir, e que se encontram em situação de crise provocada por uma mudança radical nas suas vidas, neste caso a mudança de país por motivo de saúde. Encontram-se à margem da sociedade, estão desenraizados, e habitualmente não conhecem os serviços ou apoios a que podem recorrer para colmatar as necessidades, ou simplesmente perderam a confiança nestes.

Neste sentido, podemos encarar o assistente social como uma peça importante não só na aplicação de normativos, como mediador na articulação de recursos, mas também no papel de “advogado” pela defesa dos direitos destes doentes.

Estes novos contextos pela sua complexidade exigem também novas respostas alternativas concretizando-se num desafio para a capacidade de cada técnico, que necessita compreender os novos cenários de incerteza, as causas e as consequências do problema, compreendendo que nada é estanque. É necessário que se ultrapasse a intervenção que se cinge a responder aos efeitos sem a superação das causas. Importa encarar as políticas sociais como um meio e não como um fim, sendo que estas apenas são efetivas quando aplicadas, e esse modo de aplicação torna o Assistente social um construtor de justiça social e não apenas um mero executor de políticas. Deste modo,

estando num lugar privilegiado em contacto direto com a realidade e a aplicação das medidas, cabe a este profissional apelar à sua reestruturação para uma nova lógica de proteção social, não só reivindicando novos direitos, como informando e apelando aos existentes, na prática da advocacia social.

Esta permite não só a defesa e representação do doente, dando-lhes voz, como a sua emancipação pela consciência dos seus próprios direitos. Neste sentido, assume-se como um meio para atingir não apenas a inclusão destes doentes e igualdade no acesso aos serviços, como também a justiça social, garantindo que todos são ouvidos e considerados.

Ao recuarmos à dimensão B. desta pesquisa - *Políticas e serviços Prestados no domínio do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português (Acordos)* – verificamos ainda que se estabeleceram por outras entidades procedimentos alternativos para os doentes provindos dos países que praticamente não apresentam respostas aos seus evacuados, como é o caso da Guiné Bissau. Concluímos que esta situação começa a ser encarada como uma realidade para a qual é urgente encontrar novas respostas, ou fazer cumprir as estabelecidas.

Apesar de alguns constrangimentos mencionados pelas profissionais entrevistadas, sem a intervenção do serviço social, estes doentes evacuados ficariam “perdidos”. Esta pesquisa além de identificar os fatores de vulnerabilidade vividos por estes doentes, sistematizou as especificidades das práticas do serviço social com esta população alvo, que apesar decorrer no quotidiano destas profissionais e da importância já referida, era ainda pouco notória no âmbito desta área. Além disso, destaca o serviço social e estes profissionais no papel que assumem enquanto promotores de advocacia social e de gestores dos casos que necessitam de permanecer em Portugal, ajudando-os numa primeira fase com respostas mais emergentes, mas a partir de então, também na reconstrução de uma nova vida num novo país, que implica novos direitos mas também novas necessidades. Para que este apoio seja eficaz, destaca-se a noção clara que estas profissionais têm do meio em que intervêm e dos circuitos que conseguem construir.

Compreende-se assim que o serviço social tende a desenvolver-se numa intervenção que não se resume a um nível micro, com impacto na consciência dos sujeitos, e meso na melhoria do funcionamento das organizações, como também procura resultados num âmbito mais macro. Neste último nível, embora indiretamente, as profissionais evidenciam-se na elaboração de novas soluções adequadas aos sujeitos, que apesar de nem sempre se consolidarem como estruturantes, assumem-se pela ativação de

redes de apoio, mobilização de serviços mais céleres e por vezes recurso à dimensão humana pelo voluntariado.

Podemos assumir que entramos na esfera da inovação social, pela procura constante de métodos efetivos e criativos para a resolução dos problemas sociais numa proposta de *“mudança que restaura a capacidade de resiliência dos sistemas, a partir da capacitação das populações, potenciando o seu capital humano e social”* (Diogo & Guerra, 2013, p.141). Face às lacunas dos acordos e dificuldade na concretização dos direitos dos doentes, estas assistentes sociais mostraram ter de *“pensar fora da caixa”* e ativar a criatividade fundamental nos desafios inerentes à compreensão, resolução e mediação dos problemas sociais com que se confrontam diariamente.

Esta constatação vai de encontro ao que defendem Burgess e Laurance (2007), que referem que o Assistente Social deverá socorrer-se da imaginação e recorrer a perspetivas diversas de experimentação e/ou adaptação para de seguida efetivar as novas ideias que respondam a possíveis problemas, como a satisfação das necessidades, gestão e aquisição de recursos, definição de soluções para novos cenários de crise e necessidade de novas respostas/apoios.

Também o trabalho em parceria, fundamental na intervenção social, a necessidade de construção de pontes entre organizações, e tudo o que estas envolvem - comunicação, persuasão e negociação - exigem dinâmicas criativas que façam face às conexões complexas que vão para além dos papéis e responsabilidades definidas, de modo a que os objetivos se concretizem. Importa olhar a criação de novos serviços, projetos ou grupos para além das diretrizes de um trabalho constrangido (idem).

É no âmbito desse trabalho definido por procedimentos rígidos, e práticas reguladas, que a criatividade assume um papel difícil, mas cada vez mais importante, na intervenção social. Todos os dias, cada Assistente Social confrontar-se-á com novos problemas e desafios que exigem mais autonomia. Cabe a este, procurar superar barreiras condicionantes e interpretar legislação e procedimentos de modo mais reflexivo, ajustando-os ao contexto de cada cliente, que inúmeras vezes é desvalorizado na definição das políticas.

### **Os constrangimentos e aprendizagens para uma futura pesquisa...**

Procurando verificar o mais fielmente possível o impacto do serviço social na atenuação destas vulnerabilidades, a pesquisa bibliográfica ajudou na primeira perceção acerca das vulnerabilidades que surgem a três níveis – individual, social e

programática/institucional. No entanto, nenhum autor abordara estas três dimensões considerando os contornos de uma evacuação e a mudança de 180° que é vivida por estes doentes. A ideia inicial seria considerar todos os doentes evacuados, oriundos dos PALOP, que fossem alvo de intervenção do serviço social durante o período observacional, complementando a informação daquilo que é transmitido por suas palavras e pelas assistentes sociais entrevistadas, daquilo que seria observado e dos processos sociais quando se tratasse de um acompanhamento.

No entanto, a importância de cumprir determinados procedimentos que garantem por parte da instituição/hospital uma conduta ética em todas as pesquisas realizadas no seu contexto, mas que se tornam morosos, e dado o curto tempo para a elaboração da dissertação, a metodologia teve de sofrer alguns ajustes. As entrevistas generalizadas aos doentes foram deixadas para uma futura pesquisa, e o foco da investigação foram as entrevistas semiestruturadas às profissionais assistentes sociais e a observação etnográfica, sendo que em alguns casos foi possível realizar entrevista informal aos doentes.

Durante a realização da pesquisa considerámos também pertinente contactar pelo menos uma embaixada de um dos PALOP, dado a sua importância em todo este processo, e a pertinência de se abordar a sua perspectiva. No entanto, também não foi possível obter uma resposta em tempo útil. Pelo que se deixa o repto de numa futura pesquisa, esta vertente ser incluída.

Apesar destas adversidades, a pesquisa etnográfica foi muito enriquecedora, proporcionando não só uma aprendizagem relativamente às respostas que surgiram á pergunta de partida, como também quanto à intervenção neste contexto de atuação dos assistentes sociais, na medida em que, a oportunidade de contactar com a prática e quotidiano destes profissionais e suas intervenções, mesmo que a nível observacional vem dar sentido e complementar os conhecimentos adquiridos até então.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adger, W. N (2006), Vulnerability. *Global Environmental Change*, 16 (3), 268-281

Almeida, H. (2012). Envelhecimento, Qualidade de Vida e Mediação social profissional na saúde. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social na Saúde* (1ªed, pp.139-181). Lisboa:Pactor

Almeida, H. (2012). Envelhecimento, Qualidade de Vida e Mediação social profissional na saúde. . In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social na Saúde* (1ªed, pp.139-181). Lisboa:Pactor

Almeida, H. (2013). *Contextos críticos de intervenção social*. Aula de paradigmas de intervenção social contemporânea no âmbito do mestrado em intervenção social e inovação e empreendedorismo. Recuperado de <http://pt.slideshare.net/HelenaNevesAlmeida/contextos-criticos>

Amado, J. & Ferreira, S. (2014). A entrevista na investigação em educação. In J. Amado (Coord), *Manual de investigação qualitativa em Investigação* (2ªed.) (pp. 207-232). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra

Amado, J. & Silva, L. C. (2014). Os estudos etnográficos em contextos educativos. In J. Amado (Coord), *Manual de investigação qualitativa em Investigação* (2ªed.) (pp. 145-168). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra

Anguera, M. T. (1997). *Metodologia de la observacion en las ciências humanas* (6ªed). Madrid: Ediciones Catedra

Anton, M. Camaratta & Piccinini César A. (2008). O Impacto do Transplante Hepático Infantil na Dinâmica Familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), pp. 187-197.

Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722010000200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000200001)

Associação do Profissionais de Serviço Social. (1994). *A ética no Serviço Social – Princípios e Valores*.

Associação Nacional de Assistentes Sociais (NASW) (1996). *Código de ética*. Delegação da Assembleia da NASW

Ayres, J. R., França-Júnior, I., Calazans, G. J. & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: D.Czeresnia & C.M.Freitas (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 116-138, Rio de Janeiro: Fiocruz

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução á teoria e aos métodos*. Lisboa: Porto Editora

Bracons, H. & Mata, H. (2015). Serviço Social com Famílias Imigrantes. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social com Famílias* (pp. 25-42). Lisboa: Pactor

Branco, F. & Farçadas, M. (2012). O Serviço Social nos cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspetivas e Desafios. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social na Saúde* (1ºed, pp.1-23). Lisboa:Pactor

Burguess, H. & Laurance, J. (2007). *Reflections on creativity in social work and social work education*. Southampton: Higher Education Academy, Subject Centre for Social Policy and Social Work.

Cabrita, I., Lopes, M., Silva, P., Santos, R., & Trigueiro, R. (2015). A intervenção Social com crianças e famílias por acontecimento adverso em saúde. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social com Famílias* (1ªed, pp.141-161). Lisboa: Pactor

Cabrita, I., Lopes, M., Silva, P., Santos, R., & Trigueiro, R. (2015). A intervenção Social com crianças e famílias por acontecimento adverso em saúde. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social com Famílias* (1ªed, pp.141-161). Lisboa: Pactor

Caetano, S., Correia, C. , Silveira, E. (DGS) (2016). *Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros*. PORTUGAL: Ministério da Saúde, ACSS e DGS

Caria, T. (1999). A reflexividade e a objetivação do olhar sociológico na investigação etnográfica. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 55, pp.5-36.

Caria, T., Sacramento, O. & Silva, P (sd). The ethnography of social work practices: Phenomenological comprehension, cultural holism critique and power relativism. *Social Work*. Recuperado a Novembro de 2016 de [http://www.academia.edu/26221813/Etnografia\\_profissional\\_em\\_trabalho\\_social\\_Uma\\_contribui%C3%A7%C3%A3o\\_fenomenol%C3%B3gica\\_sobre\\_o\\_holismo\\_cultural\\_e\\_o\\_poder\\_no\\_terreno](http://www.academia.edu/26221813/Etnografia_profissional_em_trabalho_social_Uma_contribui%C3%A7%C3%A3o_fenomenol%C3%B3gica_sobre_o_holismo_cultural_e_o_poder_no_terreno)

Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta

Carta da criança Hospitalizada (1988). Instituto de apoio á criança: Leiden



Carvalho, M. & Pinto, C. (2015). Intervenção do Serviço Social com Indivíduos e Famílias. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social com Famílias* (pp. 81-107). Lisboa: Pactor

Castro, E. & Piccinini, C. (2002). Implicações da Doença Orgânica Crónica na Infância para as relações familiares: Algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), pp. 625-635. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n3/a16v15n3.pdf>

Costa, J. (2015). *O diagnóstico do Serviço Social na determinação do gradiente da vulnerabilidade dos doentes na transição dos cuidados hospitalares para os Cuidados de Longa Duração*. (Tese de Doutoramento). Instituto Superior de Ciências sociais e políticas, Lisboa.

Couto, C. & Rosas, M. (2016). *Um novo tempo da história 12*. Lisboa: Porto Editora

DGS (2016). *Acesso aos cuidados de saúde no quadro da Cooperação Internacional com os Países Africanos de Língua oficial portuguesa*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=0011001200630088AAAAAAAA>

Diogo, V. & Guerra, P. (2013). A inovação social como utopia renovada: o caso da Associação Humanitária Habitat. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XXV, 141-163. Recuperado em Março de 2017 de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/11483.pdf>

Duque, E. (2012). *Representações e expectativas dos estudantes universitários dos PALOP*. Associação Portuguesa de Sociologia. Recuperado a Novembro de 2016 de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15087>

Equality and Human Rights Commission. (2010). *Advocacy in social care for groups protected under equality legislation*. Research report 67. Recuperado a Janeiro de 2017 de

[http://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/documents/research/research\\_report\\_67\\_Advocacy\\_in\\_social\\_care\\_for\\_groups\\_protected\\_under\\_equality\\_legislation.pdf](http://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/documents/research/research_report_67_Advocacy_in_social_care_for_groups_protected_under_equality_legislation.pdf)

Erdmann, A. & Sousa, F. (2015). Vulnerabilidade: Análise de conceito para apoiar as práticas de cuidado em saúde. *Investigación cualitativa en Salud*, 1, 559-562.

Ferreira, J. & Seno, P. (2014). Atendimento e Acompanhamento Integrado: Uma prática do Serviço Social. In M. I. Carvalho & C. Pinto (Coord.), *Serviço Social: Teorias e Práticas* (347-366). Lisboa:Pactor

Francisco, D. & Bittencourt, I. (s.d). *Ética em pesquisa com crianças: Problematizações sobre termo de assentimento*. Comunicação apresentada no II Simpósio Luso-Brasileiro em estudos da Criança - Pesquisa com Crianças: Desafios éticos e metodológicos.

Recuperado de [http://www.estudosdcrianca.com.br/resources/anais/1/1407208141\\_ARQUIVO\\_simposioestudoscrianca.pdf](http://www.estudosdcrianca.com.br/resources/anais/1/1407208141_ARQUIVO_simposioestudoscrianca.pdf)

Gil, A. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (6ªed.). São Paulo: Editora Atlas SA

Gouveia, Jorge Bacelar (1998), *Acordos de Cooperação entre Portugal e os Estados Africanos Lusófonos, Cooperação Portuguesa*. Coimbra. Editora

Granja, B. (2008). *Assistente Social – Identidade e Saber* (Tese de Doutoramento). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Recuperado de: <https://repositorio->

[aberto.up.pt/bitstream/10216/7188/2/ASSISTENTE%20SOCIAL%208211%20IDENTIDADE%20E%20SABER.pdf](http://aberto.up.pt/bitstream/10216/7188/2/ASSISTENTE%20SOCIAL%208211%20IDENTIDADE%20E%20SABER.pdf)

Guadalupe, S (2016). Enquadramento funcional do serviço social na área da saúde. Serviço Social na Saúde - Centro de Recursos para os Assistentes Sociais da Área da Saúde. Recuperado a Dezembro de 2016 de <https://servicosociaisauade.wordpress.com/funcoes/>

Guadalupe, S. (2011). “Anotações cronológicas sobre a trajetória do Serviço Social no sistema de saúde em Portugal”. *Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas*, X(12), pp. 99-126. Recuperado a Janeiro de 2017 de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/37>

Guadalupe, S. (2012). A Intervenção do Serviço Social na Saúde com Famílias e em Redes de suporte social. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social na Saúde* (1ªed, pp.183-217). Lisboa:Pactor

Henriques, G. (2009). *Argumentos para uma viagem sem regresso: a imigração PALOP por via da saúde: um estudo de caso* (Tese de Mestrado). Iscte: Lisboa

Henriques, M. (2010), *Argumentos para uma viagem sem regresso, A Imigração PALOP pela via de saúde: um estudo de caso*. Lisboa: ACIDI

Henriques, M. (2012). A imigração PALOP em Portugal: O caso dos doentes evacuados. *Forum Sociológico*, 22, pp. 53-62. Recuperado de <http://sociologico.revues.org/573> a Janeiro de 2016

Libardoni. M. (2000). Fundamentos Teóricos e Visão Estratégica Da Advocacy. *Revista Estudos Feministas*, 8 (2). Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11936>

Lopes, M., Ribeiro, A., Santo, I., Ferreira, F., Frederico, L.(2012). Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social na Saúde* (1ªed, pp.23-53). Lisboa: Pactor

Miller, D. (1998). Perspectivas de justiça social. *Análise Social*, v. xxxiii, 323-330. Recuperado em Fevereiro de 2017 de <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1221842899L0bNW8jz1Lo32LV0.pdf>

Mioto, R. & Nogueira, V. (2013). Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. *R. Katál., Florianópolis*, 16, p. 61-71. Recuperado a Fevereiro de 2017 de <http://www.scielo.br/pdf/rk/v16nspe/05.pdf>

Motta, M. & Diefenbach, G. (2013). Dimensões da vulnerabilidade para as famílias da criança com dor oncológica em ambiente hospitalar. *Esc Anna Nery*, 17(3), pp.482-490

Nichiata, L., Bertolozzi, M., Gryschek, A., Araujo, N., Padoveze, M., Ciosak, S. & Takahashi, R. (2011). Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. *Rev Esc Enferm USP*, 45, 1769-1773.

Nichiata, L., Bertolozzi, M., Takahashi, R., & Fracolli, L. (2008). Utilização do Conceito de vulnerabilidade pela enfermagem. *Rev. Latinoam Enfermagem*, 16(5), pp.923-928.

Oviedo, R. & Czeresnia, D. (2015). O conceito de vulnerabilidade e o seu caráter biossocial. *Interface*, 19 (53), 237-249.

Prodavon & Freitas (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho acadêmico (2ªed.)*. Brasil: Universidade Feevale. Recuperado de <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>

Shirley, A. (2015). Intervenção com Crianças e suas Famílias: Qual a melhor estratégia?. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social com Famílias* (pp. 225-237). Lisboa: Factor

Silva, L. (2001). *Intervenção Psico-Social*. Lisboa: Universidade Aberta

Smith, S. D., Reynolds, C. A., & Rovnak, A. (2009). A Critical Analysis of the Social Advocacy Movement in Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 87, pp. 483-491. Recuperado a Outubro de 2016 de de [http://www.uwyo.edu/education/\\_files/documents/diversity-articles/smith\\_2009.pdf](http://www.uwyo.edu/education/_files/documents/diversity-articles/smith_2009.pdf)

Valério, N. & Fontoura, M. (1994). A evolução económica de Angola durante o segundo período colonial – uma tentativa de síntese. *Análise Social*, XXX(129), pp.1193-1208

Vieira, B. (1988). *Serviço Social – processos e técnicas* (6ªed). Agir Ed.

Vulnerabilidade. (2016). In *Priberam Dicionário online*. Recuperado de <https://www.priberam.pt/DLPO/vulnerabilidade>

## **LEGISLAÇÃO**

Decreto-Lei nº584/73, de 6 de Novembro. Diário de Governo nº 259 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº 203/74 de 15 de Maio. Diário de Governo nº113 – I Série. Lisboa: Junta de Salvação Nacional

Decreto - Lei nº 24/77, de 3 de Março. Diário da República nº52 – I Série. Lisboa: Ministério dos Negócios Estrangeiros

Decreto-Lei nº129/80 de 18 de Março. Diário da Republica nº267 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde

Decreto - Lei nº39/84 de 18 de Julho. Diário da República nº165 – I Série. Lisboa: Ministério dos Negócios Estrangeiros, das finanças e do plano, da educação e da saúde.

Decreto - Lei nº35/84 de 12 de Julho. Diário da República nº160 – I Série A. Lisboa: Ministério dos Negócios Estrangeiros, das finanças e do plano, da educação e da saúde.

Decreto-lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Diário da República nº195/90 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto - Lei nº29/91 de 19 de Abril. Diário da República nº91 – I Série A. Lisboa: Ministério dos Negócios Estrangeiros, das finanças e do plano, da educação e da saúde

Decreto - Lei nº44/92 de 21 de Outubro. Diário da República nº243 – I Série A. Lisboa: Ministério dos Negócios Estrangeiros

Resolução do Conselho de Ministros nº 43/99, de 18 de Maio. Diário da República n.º 115 - Série I-B. Lisboa

7ªrevisão constitucional de 2005, Constituição da República Portuguesa

Decreto-lei nº50 A /2007 de 28 Fevereiro. Diário da República nº42/2007 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº30/2011, de 2 Março. Diário da República nº43/2011 – I Série. Lisboa: Ministério da Saúde

## **OUTROS DOCUMENTOS OFICIAIS**

- Circular Normativa nº4/DCI de 16.04.04 - Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da saúde.

- Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (2012). *Regulamento interno do CHUC*. Coimbra

## **MULTIMÉDIA**

Reportagem TVI (2011). *O destino trágico dos doentes dos PALOP em 'Viagem Sem Regresso'*. (reportagem da jornalista Alexandra Borges, com imagem de João Franco, montagem de Vasco Crespo e grafismo de Ricardo Rodrigues.). Recuperado de <http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/tvi24/reporter-tvi-o-destino-tragico-dos-doentes-dos-palop-em-viagem-sem-regresso>



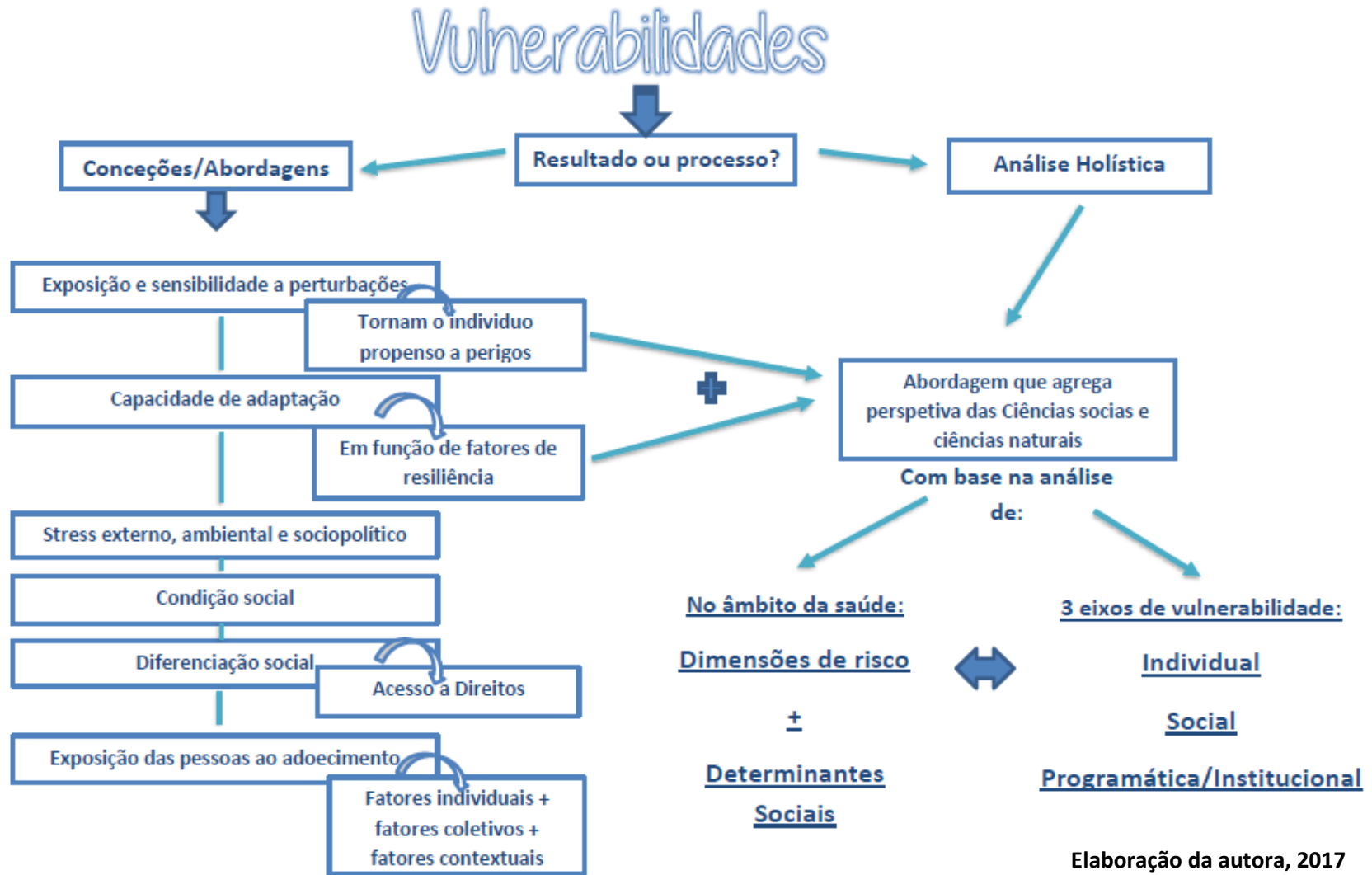
---

# *Apêndices*

---



Apêndice I - Conceções da Vulnerabilidade na Saúde





<b>Apêndice II - Especificidades dos atuais Acordos no Domínio da Saúde entre Portugal e os PALOP</b>			
	<b>Limite de doentes por mês</b>	<b>Encargos do Estado Português</b>	<b>Encargos do PALOP</b>
<b>Cabo Verde Decreto nº129/80, de 18 de Novembro</b>	25 doentes por mês <sup>12</sup>	- Encargos relativos a tratamento e internamento (incluindo exames radiológicos e biológicos);	- Transporte de ida e de regresso dos doentes; - Alojamento em caso de tratamento em ambulatório; - Alojamento após o tratamento ser dado por concluído; Próteses; - Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte.
<b>S. Tomé e Príncipe Decreto nº25/77, de 3 de Março</b>	10 doentes por mês	- Encargos relativos a tratamento e internamento (incluindo exames radiológicos e biológicos);	- Transporte de ida e de regresso dos doentes; - Alojamento em caso de tratamento em ambulatório; - Alojamento após o tratamento ser dado por concluído; Próteses; - Funeral ou repatriamento do corpo em caso de morte.
<b>Angola Decreto nº29/91, de 19 de Abril</b>	Definido nos programas anuais e bienais ( artigo 3º)	(Quando é parte solicitada) -Metade das despesas de internamento e tratamento dos doentes (incluindo exames radiológico e biológicos) e bem como atos médicos e cirúrgicos necessários em regime de tratamento ambulatório. -Metade das despesas de estada, incluindo alojamento e alimentação em caso de tratamento	(Quando é parte solicitante) -Transporte de ida e regresso dos doentes e seus acompanhantes (quando a gravidade da doença, o estado do doente ou a sua idade exigir presença destes -Metade das despesas de internamento e tratamento dos doentes (incluindo exames radiológico e biológicos) e bem como atos médicos e cirúrgicos

<sup>12</sup> Atualizado pelo Diário da República, 1ªsérie, nº267, de 18 de Novembro / no primeiro acordo este limite restringia-se a 15 doentes/mês.

		<p>ambulatório, quando os doentes não ficam instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências. (artigo 6º)</p>	<p>necessários em regime de tratamento ambulatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Metade das despesas de estada, incluindo alojamento e alimentação em caso de tratamento ambulatorio, quando os doentes não ficam instalados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências.</li> <li>-Estada, incluindo alojamento e alimentação, após o tratamento ser dado por concluído pelas competentes autoridades hospitalares</li> <li>-Fornecimento de próteses</li> <li>-Funeral ou repatriamento, em caso de morte</li> <li>-Todas as despesas realizadas a favor do acompanhante do doente. (Artigo 5º)</li> </ul>
<p><b>Guiné-Bissau</b> <b>Decreto nº44/92, de 21 de Outubro</b></p>	<p>Não definido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Assistência médica hospitalar, em regime quer de internamento, quer de semi-internamento, quer ambulatorio</li> <li>-Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (em meios hospitalares oficiais e suas dependências)</li> <li>-Transporte em ambulância, sempre que a situação clínica o exija, do</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Transporte de ida e de regresso dos doentes;</li> <li>-Deslocação do aeroporto de chegada ao local de destino;</li> <li>-Alojamento nos casos de regime de semi-internamento e de regime ambulatorio, quando os doentes não ficam instalados em estabelecimentos hospitalares; -</li> <li>Medicamentos e produtos</li> </ul>

		aeroporto ao estabelecimento de saúde (Artigo 3º)	farmacêuticos prescritos em regime de tratamento ambulatorio; -Funeral ou repatriamento do corpo, em caso de morte (Artigo 3º)
<p align="center"><b>Moçambique</b> <b>Decreto do Governo nº35/84,</b> <b>de 12 de Julho</b></p>	<p align="center">Definido nos programas anuais e bienais (Artigo 3º)</p>	<p align="center">Quando parte solicitada: -Encargos relativos a internamento e tratamento dos doentes, incluindo exames radiológicos e biológicos e atos médicos e cirúrgicos necessários Metade dos encargos relativos à estada, incluindo alojamento e alimentação em caso de tratamento ambulatorio, quando os doentes não fiquem em estabelecimentos hospitalares; -Metade dos encargos relativos à estada, incluindo alojamento e alimentação após o tratamento ser dado por concluído, pelas autoridades hospitalares da parte solicitada; (Artigo 7.º)</p>	<p align="center">Quando parte solicitante: -Transporte de ida e regresso dos doentes e seus acompanhantes, quando a gravidade da doença ou o estado do doente exigir a sua presença; -Metade dos encargos relativos à estada, incluindo alojamento e alimentação em caso de tratamento ambulatorio, quando os doentes não fiquem em estabelecimentos hospitalares; -Metade dos encargos relativos à estada, incluindo alojamento e alimentação após o tratamento ser dado por concluído, pelas autoridades hospitalares da parte solicitada; - Fornecimento de Próteses -Funeral ou repatriamento do corpo, em caso de morte; -Todas as despesas a favor do acompanhante do doente (Artigo 5º)</p>

### Apêndice III – Grelha de recolha de informação

<b>I– Entrevista informal (etnográfica) ao doente (adultos) ou acompanhante (no caso do doente ser uma criança)</b>	
1. Dados Sociodemográficos	a) Idade:
	b) Sexo:
	c) País de origem:
	d) Motivo/Doença:
	e) Serviço de Acolhimento inicial:
	f) Percurso Institucional no apoio à doença:
2. Aspetos positivos e negativos associados ao processo de evacuação	a) Tempo de espera
	b) Informação Disponibilizada acerca de direitos e deveres
	c) Pessoa acompanhante no momento de evacuação
	d) Apoio prestado no momento
3. Vivências pessoais e familiares	a) Perceção sobre a doença
	b) Dificuldades na gestão da doença (a nível físico, social e económico)
	c) Forma como experienciou a distância contextual e familiar
4. Acesso a apoios em Portugal	a) Fontes e apoios
	b) Agentes facilitadores
	c) Constrangimentos/Lacunas nos acordos
	d) Potencialidades/Benefícios

<b>II– Observação do trabalho desenvolvido e entrevistas etnográficas aos Assistentes Sociais</b>	
1. Funções	Legalmente atribuídas e desenvolvidas na prática
2. Modalidades de apoio (especificidades no apoio a Famílias oriundas dos PALOP)	Relação com os utentes e famílias Aconselhamento Apoio social e familiar Articulação com a comunidade Articulação com entidades externas intervenientes na acção profissional Mobilização de estruturas e apoios Estudo e avaliação social Planeamento da intervenção Gestão de casos Resolução de problemas Mediação de conflitos Trabalho em equipa
3. Advocacy efetivo	Procedimentos associados à difusão e defesa dos direitos dos doentes e elaboração de pareceres
4. Aplicação dos normativos	Dispositivos legais aplicáveis
5. Constrangimentos na intervenção	Internos e externos
6. Estratégias na intervenção	Meios utilizados e intencionalidade da acção desenvolvida

7. Principais contributos prestados	Contributos no plano da humanização das estruturas Participação na resolução de problemas Activação dos direitos Promoção do acesso às estruturas Mobilização/activação de redes de apoio
8. Perceção sobre o impacto da sua intervenção	Análise da importância percebida pelos Assistentes Sociais do seu papel em situações de vulnerabilidade social

**Elaboração da autora, 2017**

## Apêndice IV - Sinopse da estrutura do CHUC segundo o seu regulamento interno

Segundo o capítulo II (estrutura orgânica) do regulamento interno, o CHUC EPE, apresenta como órgãos sociais o “*conselho de administração*”, o “*fiscal único*” e o “*conselho consultivo*”, sendo que cada um destes apresenta uma composição, mandato e competências específicas.

O CHUC possui também um serviço de auditoria interna dirigido por um auditor (Cap. II, subsecção IV, artigo 16º), e apresenta ainda órgãos de apoio técnico, que são estruturas com o objetivo de apoiar o conselho de administração de acordo com as suas áreas de competência (artigo 17º).

Segundo a estrutura hierárquica estabelecida, no topo encontra-se o Conselho de Administração, seguindo-se imediatamente abaixo deste as Unidades de gestão intermédia (UGI), que se estabelecem segundo o artigo 35º como “*estruturas destinadas a melhorar a conceptualização, o planeamento, a gestão e o controlo das atividades e objetivos das partes que se integram [...]*”, constituindo assim níveis intermédios de gestão, que agrupam vários serviços e unidades funcionais autónomas, nomeadamente: “*Cirurgia e especialidades cirúrgicas*”, “*medicina e especialidades médicas*”, “*meios complementares de diagnóstico e terapêutica*”, “*saúde materna, fetal e neonatal*”, “*pediatria*” e “*urgência e cuidados intensivos*”.

Já a estrutura organizacional (cap. IV) é constituída segundo o artigo 41º pelas áreas de “*ação médica*”, “*de suporte à prestação de cuidados*”, “*de apoio à gestão de logística*” e “*de formação, investigação, inovação e desenvolvimento*”.

Os serviços de ação médica são as unidades básicas da organização do CHUC, apresentando os recursos humanos e tecnológicos adequados e de autonomia técnica e funcional (artigo 43º). Assim, prestam cuidados diretos de saúde nas áreas de internamento, consulta externa, urgência, ambulatório cirúrgico, hospital de dia e apoio domiciliário (Cap. IV, secção I, artigo 50º).

É na **área de suporte à prestação de cuidados** que se insere o **Serviço Social** (artigo 51º /Secção II), tal como o serviço de assistência espiritual e religiosa, serviços de esterilização, serviço de saúde ocupacional, serviços farmacêuticos, entre outros.

A área de apoio à gestão e logística (Secção III, artigo 64º) apresenta, entre outras, as estruturas de serviço de gestão de doentes, serviço de gestão de recursos humanos e serviço de documentação. A área de formação, investigação, inovação e desenvolvimento

(artigo 79º /secção IV) apresenta como estruturas o “*Serviço de formação*”, a “*Unidade de inovação e desenvolvimento*” e o “*Centro de Simulação Biomédica*”.

**Elaboração da autora com base no regulamento interno do CHUC, 2017**

## Apêndice V - Complemento à caracterização das Profissionais entrevistadas

(Não existe qualquer ordem na apresentação dos dados correspondente aos códigos das entrevistas)

Quadro 1: Distribuição das entrevistadas por grupos etários

Grupos etários	Nº de assistentes sociais
[46-56[ anos	3
[56-66[ anos	4
<b>N:</b>	<b>7</b>

Elaboração da autora, 2017

Quadro 2: Distribuição das entrevistadas por serviços

<b>Serviços de Intervenção no CHUC</b>	<b>Urologia e transplantação renal, Gabinete do cidadão, serviço de urgência</b>	<b>Oncologia, e consulta de medicina/ doenças infecciosas (DC)</b>	<b>Gastroenterologia, Ginecologia, Medicina do adolescente, Pediatria geral, Ortopedia, Neurocirurgia, Nefrologia, Nutrição, Reumatologia, e Dermatologia e Consulta de Displasia Óssea</b>	<b>Cardiologia; Pneumologia / Patologia do Sono; Fibrose Quística; Infeciosas; UCI; Alergologia, Imunodeficiência; Genética</b>	<b>Serviços de Cardiologia, Cirurgia Cardíaca,</b>	<b>Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica; Cirurgia e Queimados; ORL; Oftalmologia e Estomatologia</b>	<b>Ginecologia; Ortopedia Oncológica e Consulta da dor</b>
--	--	--	---	---	--	---	--

Elaboração da autora, 2017



**Quadro 3: Experiências profissionais das assistentes sociais entrevistadas**

<p><b>Experiências Profissionais em Serviço Social</b></p>	<p>- Licenciada em Serviço Social - Assistente Social no Instituto de Surdos Bissaya Barreto - Assistente social na Direção geral de serviços prisionais – Estabelecimento prisional de Alcoentre; Atualmente: Assistente social no Hospital da Universidade de Coimbra</p>	<p>-licenciada em Serviço Social - Atualmente: Assistente Social no Hospital Pediátrico</p>	<p>- licenciada em Serviço Social - Segurança Social - Centro distrital de Viana do Castelo - Hospital Psiquiátrico de Lorvão (serviço de adultos). - Assistente Social no Sobral Cid - Atualmente: Assistente Social no Hospital Pediátrico de Coimbra</p>	<p>- Realização de Estágio Voluntário, em, de Serviço Social, no Centro de Saúde Norton de Matos e STDR; - Realização de Estágio Voluntário, de Serviço Social, no Hospital Geral do CHC; - Atualmente: Assistente Social no Hospital Pediátrico de Coimbra.</p>	<p>- Assistente Social “velho Hospital” - Assistente Social na Maternidade Daniel de Matos - Atualmente: Assistente Social no Hospital da Universidade de Coimbra</p>	<p>-Licenciada em Serviço Social - Assistente Social no Hospital Geral de Coimbra Atualmente: Assistente Social no Hospital Pediátrico de Coimbra</p>	<p>- Licenciada em Serviço Social - Assistente Social em Hospital Psiquiátrico – Assistente social no Hospital dos Covões Atualmente: Assistente Social no Hospital da Universidade de Coimbra</p>
--	---	---	---	--	---	---	--

Elaboração da autora, 2017

#### Quadro 4: Atividades extra de assistentes sociais entrevistadas

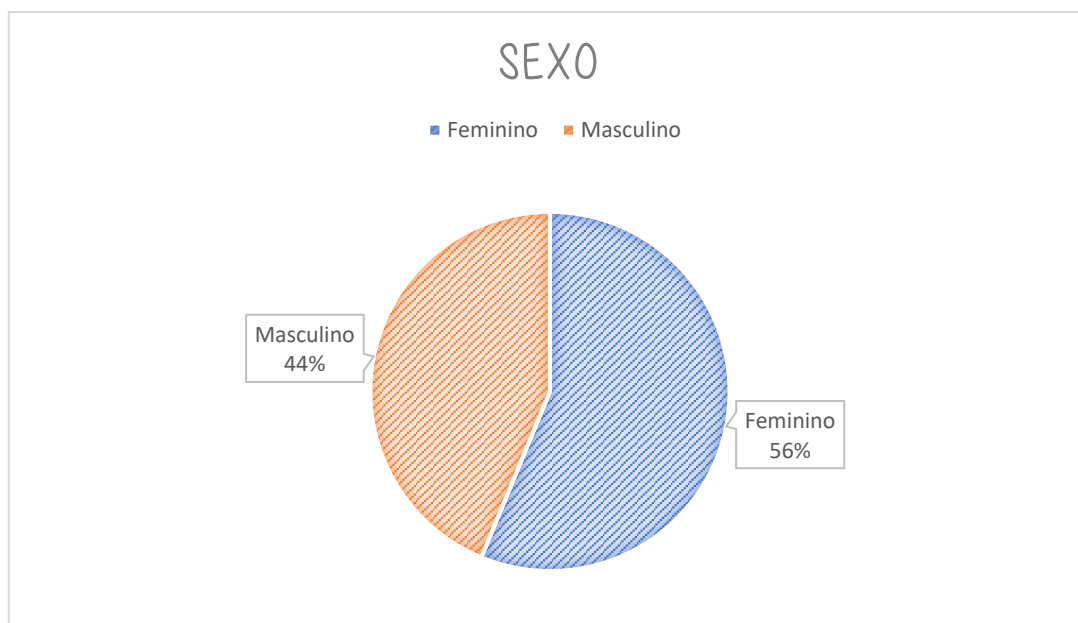
<b>Algumas notas de entrevistadas:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Participa num grupo de trabalho de pediatria oncológica, criado em maio de 1996 pelas Assistentes Sociais do Hospital Pediátrico, IPOFG CR de Lisboa e IPOFG CR do Porto.</li><li>- Integra a equipa gestora do Projeto “A Brincar também se Aprende” campo de férias para crianças /jovens e suas famílias portadores do vírus VIH; e do Projeto “Diga SIM à Prevenção, Diga NÃO à Discriminação” (doentes infetados pelo vírus do VIH)</li><li>-Integra a Comissão de Coordenação do Voluntariado do Projeto “Voluntários por um Sorriso”.</li><li>-Colabora com a “ACREDITAR – Associação de Apoio às Crianças com Cancro”.</li><li>-Integra a Direção da Delegação do Centro da Associação dos Profissionais de Serviço Social (APSS) desde 2008</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>-Integra a Comissão de Coordenação do Voluntariado do Projeto “Voluntários por um Sorriso” do HP;</li><li>- Co-formadora nos Cursos de Voluntariado, no âmbito do Projeto “Voluntários por um Sorriso”;</li><li>- Integra a Unidade Coordenadora Funcional do HP;</li><li>- Integra os órgãos da Associação Coração Feliz, organizando e participando em diferentes atividades, na melhoria das respostas sociais às necessidades dos doentes e famílias;</li><li>- Colabora e articula com outras Associações de Doentes;</li><li>- Colabora em diversos projetos de âmbito social;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Co-fundadora da Hepaturix – Associação Nacional de Crianças e Jovens Transplantadas ou com Doenças Hepáticas</li></ul>

Elaboração da autora, 2017

## Apêndice VI – Dados sociodemográficos dos doentes observados

### ❖ Quadro 1: Sexo

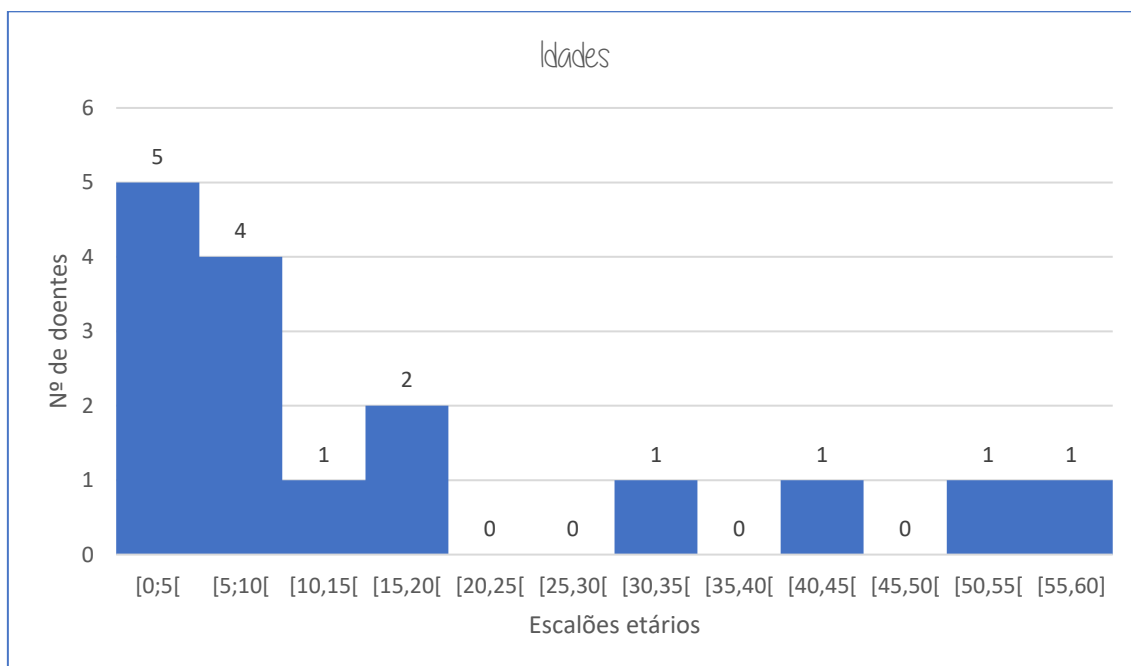
Sexo	Nº de Doentes
F	9
M	7
N: 16	



Elaborado pela autora, 2017

❖ Quadro 2: Idades

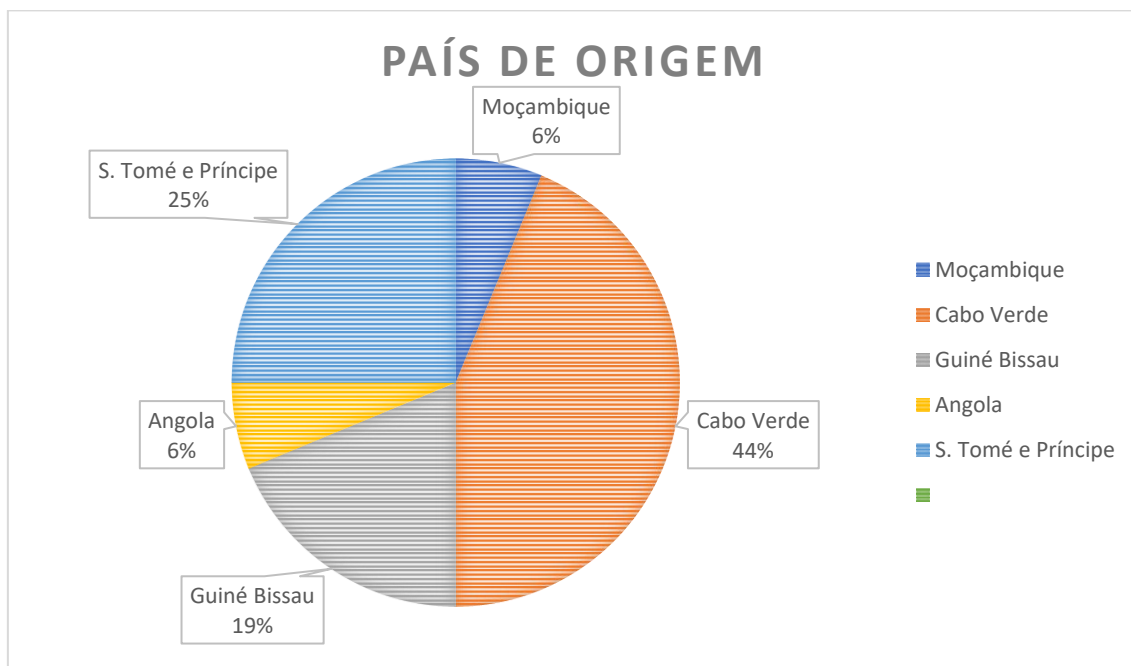
Idades	Nº de doentes
[0,5[	5
[5,10[	4
[10,15[	1
[15,20[	2
[20,25[	0
[25,30[	0
[30,35[	1
[35,40[	0
[40,45[	1
[45,50[	0
[50,55[	1
[55,60]	1
<b>N: 16</b>	



Elaborado pela autora, 2017

❖ Quadro 3: País de Origem

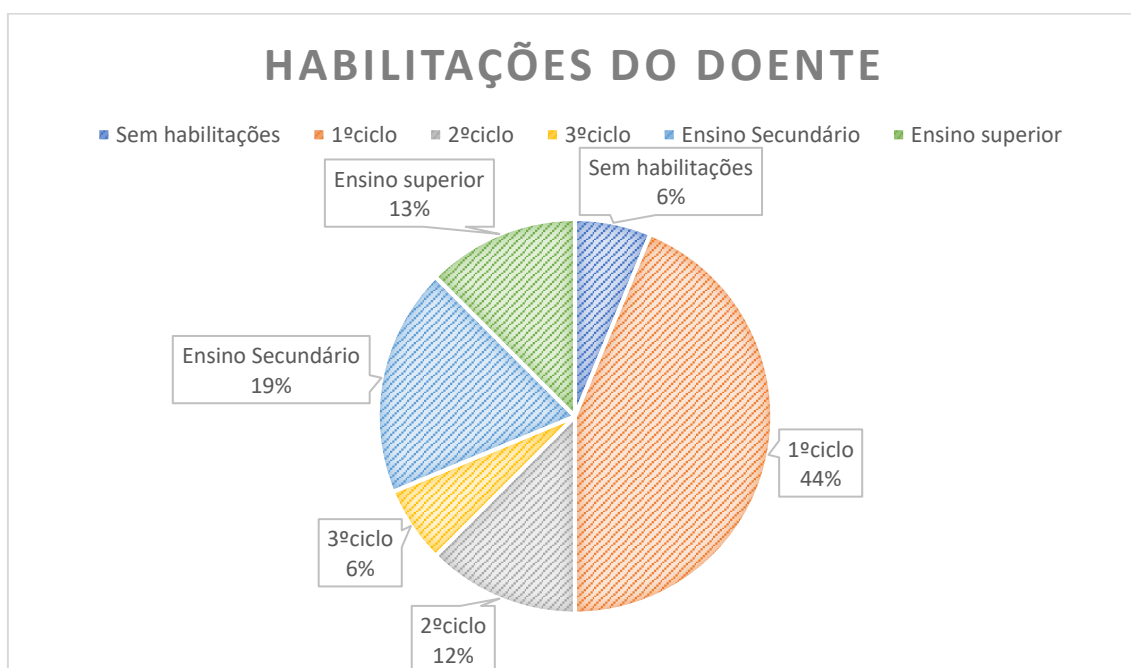
Em função do código de letras atribuído a cada país:



Elaborado pela autora, 2017

❖ Quadro 4: Habilitações do Doente (ou do acompanhante no caso do doente ser uma criança)

Habilitações	Nº de doentes
Sem habilitações	1
1º ciclo	7
2º ciclo	2
3º ciclo	1
Ensino Secundário	3
Ensino superior	2
<b>N: 16</b>	

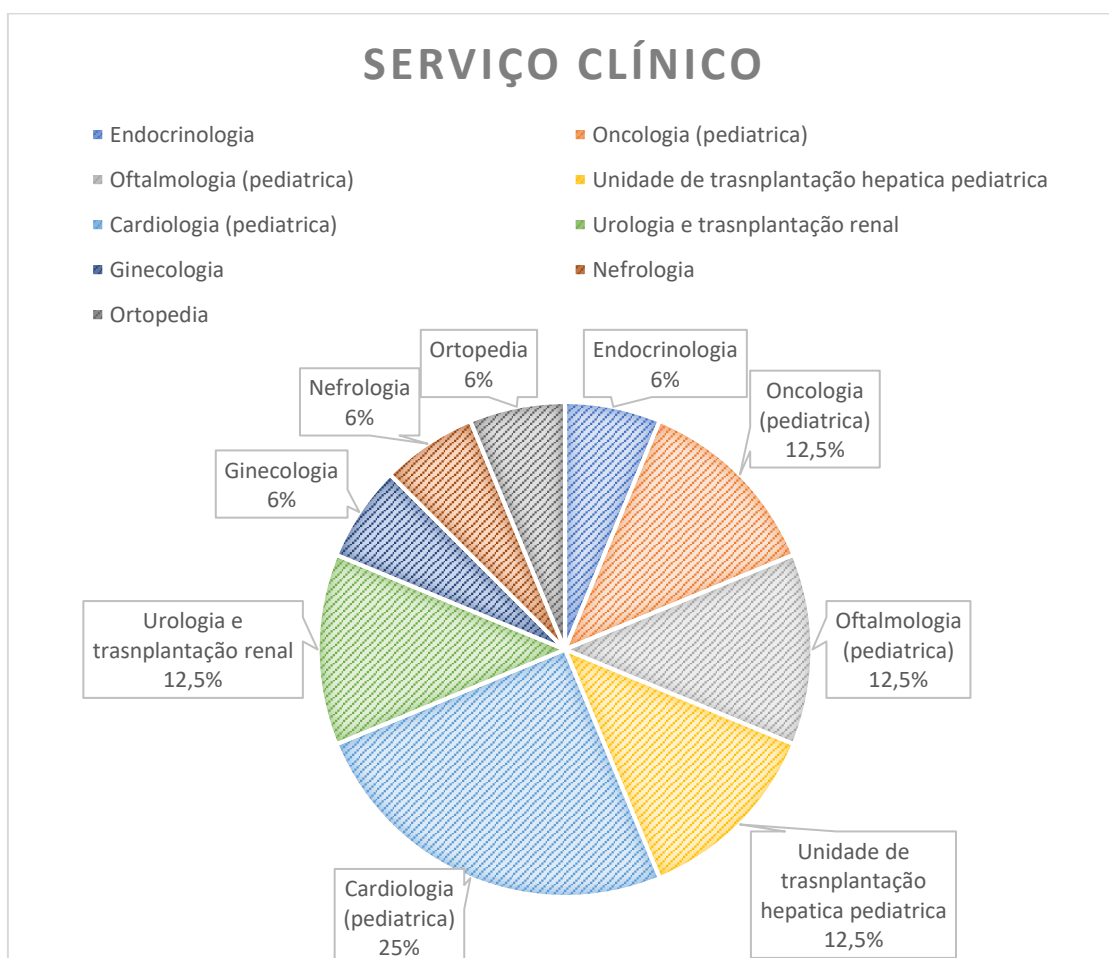


Elaborado pela autora, 2017

❖ Quadro 5: Serviço clínico de acolhimento

Serviço clínico de acolhimento	Nº de doentes
Endocrinologia	1
Urologia e transplantação renal	2
Ginecologia	1
Ortopedia	1
Oncologia (pediátrica)	2
Oftalmologia (pediátrica)	2
Cardiologia (pediátrica)	4
Unidade de transplantação hepática pediátrica	2
Nefrologia (pediátrica)	1
<b>N:</b>	<b>16</b>

Elaborado pela autora, 2017



## Apêndice VII – Síntese indicativa dos registos do diário de Campo

<b>Síntese indicativa dos registos do diário de Campo</b>				
	<b>Tipo de registo</b>	<b>Local do registo</b>	<b>Nº de registos</b>	<b>Período do registo</b>
<b>Caso 1</b>	Observação	Gabinete assistente social – CHUC (Hospital Geral)	1	Outubro
<b>Caso 2</b>	Observação	Gabinete assistente social/ Internamento oncologia – CHUC (Hospital Pediátrico)	2	Novembro e Dezembro
<b>Caso 3</b>	Observação	Gabinete assistente social - CHUC (Hospital Pediátrico)	1	Novembro
<b>Caso 4</b>	Observação	Gabinete assistente social - CHUC (Hospital Pediátrico)	1	Novembro
<b>Caso 5</b>	Observação	Gabinete assistente social - CHUC (Hospital Pediátrico)	1	Novembro e Dezembro
<b>Caso 6</b>	Observação	Gabinete assistente social - CHUC (Hospital Pediátrico)	1	Novembro
<b>Caso 7</b>	Observação	Gabinete assistente social - CHUC (Hospital Pediátrico)	1	Novembro
<b>Caso 8</b>	Observação	Gabinete assistente social - CHUC (Hospital Pediátrico)	1	Novembro
<b>Caso 9</b>	Observação	Gabinete assistente social - CHUC (Hospital Pediátrico)	1	Novembro
<b>Caso 10</b>	Observação	Gabinete assistente social - CHUC (Hospital Pediátrico)	1	Dezembro
<b>Caso 11</b>	Observação e entrevista informal	Gabinete assistente social	1	Dezembro



		- CHUC (Hospital Geral)		
<b>Caso 12</b>	Observação e entrevista informal	Gabinete assistente social - CHUC (Hospital Geral)	1	Dezembro
<b>Caso13</b>	Observação	Gabinete assistente social e Hospital de Dia (oncologia) - CHUC (Hospital Geral)	2	Janeiro
<b>Caso 14</b>	Entrevista informal	Hospital de Dia (Nefrologia) - CHUC (Hospital Pediátrico)	1	Janeiro
<b>Caso 15</b>	Entrevista informal	Internamento Ortopedia - CHUC (Hospital Pediátrico)	1	Janeiro
<b>Caso 16</b>	Observação	Gabinete assistente social - CHUC (Hospital Geral)	1	Janeiro
<b>Total de registos:</b>			18	

## Apêndice VIII – Consentimento Informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

**Título do estudo:** Vulnerabilidade(s) e Serviço Social: Um estudo no âmbito das famílias evacuadas dos PALOP por motivo de saúde

**Enquadramento:** Esta pesquisa insere-se no âmbito da dissertação intitulada “Vulnerabilidade(s) e Serviço Social: Um estudo no âmbito das famílias evacuadas dos PALOP por motivo de saúde”, do Mestrado de Serviço Social da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. O estudo tem como objetivo geral compreender as dimensões de vulnerabilidade inerentes à vinda das famílias PALOP para Portugal, mediante Acordos de Cooperação de Saúde, e em que medida a intervenção do Serviço Social pode contribuir para a superação ou minimização de dimensões de vulnerabilidade dos doentes e destas famílias.

**Explicação do estudo:** Os acordos de cooperação internacional no domínio da saúde, celebrados entre Portugal e os PALOP, perduram após a independência das colónias Portuguesas em África (1974 e 1975). Eles permitem manter laços quando o país de origem não tem capacidade técnica e/ou meios humanos para garantir os cuidados de saúde necessários dos seus cidadãos e procuram assegurar assistência médica aos doentes evacuados que se deslocam a Portugal, garantindo também as suas necessidades básicas. Assim pretende-se numa primeira fase compreender o Processo de evacuação de doentes através dos Acordos de Cooperação de Saúde entre Portugal e os PALOP, identificar as suas principais lacunas e incumprimentos, compreender as principais vulnerabilidades e dificuldades sentidas por estes doentes e suas famílias, e após compreender as práticas profissionais dos Assistentes Sociais, do CHUC, para com estas famílias, identificar os seus contributos e as medidas de intervenção social ajustadas e propícias à minimização da vulnerabilidade dos doentes e das famílias.

**Condições e financiamento:** Não existe qualquer contrapartida financeira.

**Confidencialidade e anonimato:** A participação no estudo é de caráter unicamente voluntário. É garantida a confidencialidade das suas respostas, uma vez que o seu nome nunca será associado à informação prestada. O gravador serve apenas para facilitar o trabalho de transcrição posterior. Depois de transcritas, as gravações serão destruídas. As transcrições serão submetidas a análise de conteúdo com garantia de anonimato.

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome:

\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUPLICADO:**

**UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Apêndice IX – Análise de conteúdo das entrevistas

Eixo I - Realidades e percepções sobre a vulnerabilidade(s) em saúde					
Dimensões	Subdimensiones	Categorias	Unidade de contexto	Unidade de registo	Nº de entrevistados que abordaram a categoria
A. Vulnerabilidades dos doentes e famílias oriundas dos PALOP	A1. Individual	A1.1 Perceção do estado de saúde	- “Algumas só têm conhecimento do diagnóstico cá, o peso ainda é muito maior!” (E2) -“Numa família em que lhe é dado um diagnóstico de uma doença grave, é o desmoronar de todo o sonho. Porque quando uma família pensa em ter filhos, é ter filhos saudáveis. Esse é o sonho, é a imagem ideal. Quando é confrontada seja em que momento da idade do seu filho for, em que ciclo for, é um desmoronar em toda a dinâmica familiar.” (E2) -“A nível cultural o que me preocupa, tanto a mim como à equipa é o que estas famílias trazem a nível cultural que possa interferir no processo de tratamento clínico. Se isto acontece em Portugal, especialmente nos meios mais pequenos, mais acontece nestas famílias dos PALOP que, maioritariamente vêm de meios rurais com crenças enraizadas de que alguma coisa vai curar a criança, como por exemplo promessas, ou qualquer mezinha, ou serem encaminhadas para algum curandeiro mesmo em Portugal.” (E6)	4	2

			-“ Por muito que nós queiramos explicar que a criança tem um problema grave e que vai ser transplantada, para eles o conceito de transplante não existe.” <b>(E6)</b>		
		A1.2 Existência de barreiras de comunicação	- “ há crianças que praticamente não falam nada de português.” <b>(E2)</b> - “As principais vulnerabilidades passam pelo desenraizamento e entraves culturais como a comunicação” <b>(E2)</b> -“Tive uma situação muito complicada da Guiné em que nem a mãe nem o filho percebiam o que lhes era transmitido. Falam um dialeto próprio e não nos percebiam o que lhes era transmitido pelos profissionais” <b>(E3)</b>	3	2
		A1.3 Dificuldades de compreensão	-“ [...] porque a mãe não se conseguia mesmo integrar, não se orientava no espaço e não compreendia qualquer informação que lhe tentássemos transmitir” <b>(E3)</b> -“ Se eles não falam de uma forma fluente a língua portuguesa, terão muito mais dificuldade em compreender a situação de saúde da criança” <b>(E6)</b>	2	2
	A2. Social	A2.1 Existência de estigmas	-“ Efetivamente quando algumas pessoas veem alguém dos PALOP há uma negatividade....Não há dúvida nenhuma. E não vamos chamar racismo. Eu acho que é um preconceito. E que existe preconceito, existe. Depois das pessoas entrarem no sistema, é tudo normal e são	1	1

			<p>tratados todos de igual forma. Mas quando chegam há ainda uma ideia conturbada. [...] E outros têm a tendência de os tratar por “coitadinhos”. <b>(E1)</b></p>		
		<p>A2.2 Acesso a Condições Sociais (fatores económicos e habitacionais)</p>	<p>- “ Há famílias com grave insuficiência económica [...] eles vêm maioritariamente sem retaguarda económica” <b>(E2)</b></p> <p>- “[...] mas mesmo que tenham família, esta também mora sempre em bairros limítrofes em Lisboa, também com precaridade” <b>(E2)</b></p> <p>-“ Dificuldade de acesso a condições básicas” <b>(E2)</b></p> <p>- “ No entanto, numa fase posterior, encontraram alojamento, mas obviamente com dificuldades, tendo em conta a sua situação socioeconómica e os preços das habitações” <b>(E3)</b></p> <p>-“Nós sabemos que, eles normalmente não ficam em Coimbra porque quase todos têm família em Lisboa, mas sabemos que mesmo assim ficam a viver em situações muito precárias, partilhando habitação com agregados numerosos” <b>(E3)</b></p> <p>-“São famílias muito carenciadas, que não trazem praticamente verbas do país de origem. Alguns têm familiares que os ajudam e acolhem durante algum tempo. Os que não têm familiares ou conhecidos ficam alojados nas pensões pagas pela própria Embaixada e posteriormente esse pagamento da estadia é descontado na verba que lhes atribuem” <b>(E4)</b></p>	7	3

			<p>-“ Enquanto os doentes e familiares estão no hospital as principais necessidades estão asseguradas. Os verdadeiros problemas surgem quando o doente passa a ser acompanhado em ambulatório. Se têm familiares ou amigos de suporte, estes vão apoiando, escassamente, mas apoiam. Quando os doentes ficam alojados nas pensões, a situação é mais problemática, porque além, das pensões não terem condições, as famílias também não tem como se sustentar.”</p> <p><b>(E4)</b></p>		
		A2.3 Disponibilidade e usufruto de recursos/ acesso a necessidades básicas	<p>-“As principais dificuldades centram-se em conseguir colmatar as necessidades básicas de alimentação, habitação, e por vezes a medicação.” <b>(E3)</b></p> <p>-“Ficam numa situação muito complexa e vulnerável, e preocupa-nos as dificuldades que enfrentam, principalmente a satisfação das necessidades básicas, nomeadamente a alimentação, a aquisição de medicação, as deslocações a consultas, entre outras” <b>(E4)</b></p> <p>-“ as maiores dificuldades dos familiares destas crianças/doentes são o colmatar as necessidades básicas: alimentação, roupa e aquisição de medicação em tempo útil. Algumas famílias já tiveram, por vezes, que conseguir algumas horas de trabalho para se poderem auto-sustentar, porque se de fato estão à espera exclusivamente do apoio das embaixadas, a situação torna-se muito complexa.” <b>(E4)</b></p>	5	4

			<p>-“Aqui no hospital conseguimos a alimentação através dos pedidos de autorização de senhas, depois quando saem daqui o apoio já é mais relativo. Aí já é através da embaixada...” <b>(E5)</b></p> <p>-“ Além disso, também não é fácil estas famílias chegarem aqui e não terem dinheiro para as coisas básicas. Dar-se a alta e não terem direito a transporte nem dinheiro para regressar a Lisboa que é onde eles têm tudo, pelo menos o pouco que trazem está lá.” <b>(E6)</b></p>		
		A2.4 Desenraizamento	<p>-“ [...] a única coisa que a criança dizia era que queria a «<i>Mamae</i>». Era uma criança com 12 anos. O que é que lhe podíamos fazer? O que é que lhe podíamos oferecer? Podia ir para a escola, podia ir para a comunidade S. Francisco de Assis, mas ia ser uma criança sozinha, como foi o resto da vida. [...] A mãe nunca veio com ele! Ele veio sozinho.” <b>(E1)</b></p> <p>-“As principais vulnerabilidades passam pelo desenraizamento” <b>(E2)</b></p> <p>-“ Sabemos que estas crianças e as suas famílias estão completamente desenraizadas. Eles deixam toda a família lá! Marido e filhos ficam «do outro lado do mundo»! [...]. Eu não me imagino a ter de ir para fora, para um outro país, mesmo que seja a falar português e passado um ou dois meses de lá estar me digam que eu não posso regressar novamente a Portugal [...]” <b>(E6)</b></p> <p>-“ Eu considero que são vulnerabilidades de toda a ordem! Por isso eu entendo a necessidade que</p>	7	4



			<p>eles têm de ficar em Lisboa, onde têm comunidades maiores, onde podem fazer atividades a mais parecido possíveis com as do seu país, onde têm mais possibilidade de comer da sua comida, e de ter algo que os aproxime da sua cultura.” <b>(E6)</b></p> <p>-“ Eles já trazem consigo vários pesos - o peso da cultura, de estarem desenraizados de todo o seu meio, trazem o peso da doença de um filho, o peso de estarem afastados de todos aqueles de quem gostam, especialmente da sua família.” <b>(E6)</b></p> <p>-“ A pessoa acaba por ficar muito mais fragilizada, precisando, de muito mais apoio do que uma pessoa que seja aqui da zona, com facilidade de deslocação de visitas e tendo outros apoios.” <b>(E7)</b></p> <p>-“ Eu acho que é o desenraizamento e o facto de a pessoa ficar isolada numa situação de fragilidade. Quando precisa mais de apoios a nível emocional e financeiro, para colmatar toda a situação de falta de saúde, é precisamente quando a pessoa fica longe dos seus e do local onde viveu. Para além da situação que todos nós vivenciamos quando estamos doentes é mais essa sobrecarga.” <b>(E7)</b></p>		
	A3. Programática/institucional	<b>A3.1 Articulação intersectorial (SEF, Embaixadas, Hospitais..)</b>	-“ [...] a partir do momento em que estas saem do hospital fica tudo muito complicado, principalmente porque os apoios das embaixadas são escassos. Quando são inexistentes é	5	4

			<p>complicadíssimo, mas mesmo os que existem são insuficientes para fazer face às necessidades” <b>(E3)</b></p> <p>-“ Em termos legais não podem trabalhar, o que acentua a situação de carência quase generalizada, uma vez que os apoios do país de origem são insuficientes” <b>(E3)</b></p> <p>-“ Os doentes e familiares ao ficarem em Portugal, sem indicação clínica, e para terem autorização de residência, a família teria que iniciar um trabalho ou alguém que se responsabilize por eles. O SEF, por norma, não lhes dá autorizações de residência, a partir do momento em que há um relatório médico a informar que a criança já pode regressar ao seu país. Assim, ou eles tem outra forma de permanecer em Portugal para conseguirem as autorizações de residência e posteriormente ficarem legalizados ou, acabam por ficar ilegais.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ Apesar dos pais das crianças não deverem trabalhar cá, como depois não têm os apoios estabelecidos nos acordos de cooperação, têm de se integrar e legalizar em Portugal.” <b>(E6)</b></p> <p>-“ Considero assim que o Serviço Social deve dar prioridade a estas situações. Sem esquecer, claro, as outras situações de casos sociais que também temos aqui no país, no entanto nesses casos há sempre uma resposta a nível institucional que é mais fácil de obter do que nos</p>		
--	--	--	--	--	--

			casos de doentes dos PALOP, em que é necessário contactar a embaixada, e esta por vezes não responde. [...]” (E7)		
		<b>A3.2 Não disponibilização dos recursos de modo efetivo e democrático</b>	<p>- “Existem também situações que protelam e ficam em Portugal muito mais tempo, e aí tem que se tentar encontrar outro tipo apoios, nomeadamente com instituições, o que é raro porque estes doentes e família acompanhante não estão legalizados, não tem autorização de residência e portanto torna-se uma situação problemática e complexa.” (E4)</p> <p>-“ Por vezes, é uma incógnita perceber como ficam os doentes e se continuam realmente o tratamento, ficando às vezes numa pensão alojados. Há efetivamente doentes que por vezes não conseguem cumprir o tratamento. Nós temos de acautelar tudo isso...” (E7)</p> <p>“Existe a resposta institucional enquanto o doente está internado, mas a partir do momento em que passa para ambulatório, todas as despesas inerentes ao alojamento e alimentação já não têm a ver diretamente com o hospital. O ambulatório é responsabilidade da embaixada, o hospital apenas se pode comprometer a apoio nas consultas” (E7)</p>	3	2
<b>B. Políticas e serviços</b>	B1. Princípios e Procedimentos da evacuação de doentes	B1.1Estabelecidos	- “ Eu acho que seria extremamente importante que eles viessem com o regresso assegurado, porque vêm fazer um tratamento de saúde, não	6	3

<p><b>Prestados no domínio do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português (Acordos)</b></p>			<p>vêm preparados para fazerem um processo de emigração.” <b>(E3)</b></p> <p>-“Dado que a criança não vai poder regressar ao país de origem, uma vez que foi transplantada, terá de percorrer todos os trâmites legais no seu <i>timing</i>. Esta senhora para já não poderá trabalhar e vai ter de aguardar o segundo Visto, para posteriormente obter o estatuto de residente” <b>(E3)</b></p> <p>-“ A maior parte dos doentes evacuados de Cabo Verde vêm pela promoção social. Ou seja, temos dois tipos de doentes evacuados de Cabo Verde: os da promoção social e os do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), relacionados com os seguros. Os apoios neste último caso são diferentes.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ Os do INPS, normalmente já trazem verbas atribuídas em Cabo Verde, e em Portugal ao final de 1 mês, em princípio, o INPS deposita a verba mensal.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ A partir daí [da alta], as Embaixadas cancelam as reduzidas verbas atribuídas e eles têm de ficar a cargo deles próprios. Nestes casos, há sempre alguma preocupação da nossa parte, porque o hospital dá alta à criança para o país de origem, e quando eles não regressam, o menor fica, em princípio, sem consultas marcadas.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ Os de Cabo Verde vêm, muitas vezes, através da embaixada e outros através de seguros.” <b>(E5)</b></p>		
---	--	--	---	--	--

		B1.2 Alternativas	<p>-“Temos agora o caso dos meninos da Guiné que vêm com famílias de acolhimento. Esta modalidade agrada-me... Claro que também tem as suas desvantagens, mas estes meninos vêm, são tratados, ficam numa família de acolhimento, não passam necessidades e estão bem integrados” <b>(E3)</b></p> <p>-“ No entanto, presentemente os doentes têm sido evacuados através de outro tipo de protocolo estabelecido pela Fundação João XXIII em Lisboa, que normalmente recruta famílias de acolhimento portuguesas para acolher estas crianças, que veem sem família acompanhante. Famílias de acolhimento que se responsabilizam pela criança em todo o período de estadia em Portugal.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ Os de S. Tomé e Príncipe são evacuados e quem os orienta não é propriamente a embaixada, mas sim o Cônsul, que tem aqui em Coimbra uma delegação.” <b>(E5)</b></p> <p>“ Nós temos, um Cônsul de S. Tomé e Príncipe, cá em Coimbra, que lhes dá algum apoio a nível de transporte, vem busca-los e leva-os ao transporte público para eles regressarem” <b>(E6)</b></p>	4	4
	B2. Lacunas e incumprimentos dos Acordos		<p>-“A embaixada tinha uma assistente social que veio várias vezes ter connosco. Negociávamos, mas não havia dinheiro. O que é que lhes podiam oferecer? Nada. De vez em quando, davam-lhes algo, mas em termos de habitação não havia</p>	19	

			<p>resposta. [relativo aos primeiros doentes de S.Tomé]” <b>(E1)</b></p> <p>- “ [...] nem todos os países apoiam economicamente os seus doentes evacuados, e nos temos que arranjar respostas para garantir que os direitos humanos e que a dignidade dessa família seja respeitada.” <b>(E2)</b></p> <p>- “ escassas respostas das embaixadas” <b>(E2)</b></p> <p>-“No início eu penso que deveriam ser mais céleres. [...]. Estão demasiado tempo á espera que de facto possam ter uma vida digna no momento da alta e em 90,0 % das situações que tenho tido de facto não têm esse apoio” <b>(E2)</b></p> <p>-“ Portanto, mesmo quando surgem os apoios tendem a ser poucos e desadequados” <b>(E3)</b></p> <p>--“Eu acompanhei uma situação de uma menina que foi operada a uma escoliose grave, uma situação complicada na coluna, e a resposta que a embaixada lhe deu na altura foi uma pensão que tinha imensas escadas” <b>(E3)</b></p> <p>-“ E a mim choca-me muito a postura da embaixada. Eu acho que chega a ser quase humilhante, que uma pessoa que no seu país tem um bom cargo num banco e faz descontos, quando precisa de apoio não obtenha qualquer resposta. Tudo até agora foi conseguido através dos recursos que tinha e do que foi vendendo. E agora depara-se com uma situação de (re)começar tudo do zero, num país diferente.” <b>(E3)</b></p>		7
--	--	--	--	--	---

			<p>-“ Mas, isso limita-nos. A partir do momento em que os doentes têm alta, se não voltam aqui nós não sabemos se eles regressaram ou não. Pontualmente sabemos, porque voltam a uma situação de urgência. Penso que o circuito não está bem articulado” <b>(E3)</b></p> <p>- “ Os doentes da promoção social que chegam a Portugal através da Embaixada de Cabo Verde, só veem a usufruir, em princípio, da 1ª verba atribuída pela Embaixada ao fim de três meses de estadia em Portugal.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ No caso de S. Tomé, a embaixada faculta algum apoio praticamente só para fazer face às despesas de deslocação a consultas, o que por vezes também não é suficiente.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ Relativamente aos doentes evacuados da Guiné, não há apoio da respetiva embaixada.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ As embaixadas são logo numa 1º linha a primeira estrutura que se contacta, no entanto, sabemos também que os seus recursos são escassos e não disponíveis no momento certo.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ Eles têm dificuldades mas não da nossa parte, mas sim da parte da embaixada.” <b>(E5)</b></p> <p>-“ eles não têm grandes ajudas a nível de alojamento, a nível económico, muitas vezes até ao nível dos bens essenciais para conseguirem sobreviver” <b>(E6)</b></p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>-“ Muitas vezes, algumas [<i>n.d.r</i> embaixadas] conseguem dar-lhes apoio a nível do alojamento em Lisboa, nomeadamente Angola e Cabo Verde. As restantes não prestam qualquer apoio a este nível.” (E6)</p> <p>-“ Há embaixadas que quase não vale a pena contactar, no entanto fazemo-lo sempre para se averiguar se os Acordos estão conforme, ou seja perceber se vieram com tudo tratado do seu país. Já nos chegaram aqui crianças da Guiné só com um relatório do médico de lá, não tendo passado por Junta Médica, nem nenhum dos procedimentos estipulados.” (E6)</p> <p>-“ Apesar dos transportes ser algo que está incluído nos Acordos de Cooperação de saúde, na realidade nem todos os países dão esses apoios.” (E6)</p> <p>- “A embaixada nem sempre dá o suporte desejável” (E7)</p> <p>-“ As embaixadas têm muitas limitações na apresentação de uma resposta imediata. Não é no tempo mais indicado e nem sempre é aquilo que desejaríamos” (E7)</p>		
--	--	--	--	--	--



**Eixo II - Práticas e Processos de intervenção em Serviço Social**

Dimensões	Subdimensiones	Categorias	Unidade de contexto	Unidade de registo	Nº de entrevistados que abordaram a categoria
<p><b>C: Ação de Serviço Social com doentes e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação</b></p>	<p align="center">C1. Funções/Metodologias</p>	<p>C1.1 Acolhimento, avaliação e definição do plano de intervenção</p>	<p>-“ O assistente social tem um papel fulcral na relação com os utentes e com a família, fazendo o estudo e avaliação social, planeamento da intervenção, gestão de caso, aconselhamento, apoio social e articulação com entidades externas.” <b>(E1)</b></p> <p>- “Eu faço o acolhimento, a todas as famílias que vêm pela primeira vez, e depois é traçado com cada uma individualmente o seu plano de intervenção” <b>(E2)</b></p> <p>- “As minhas principais funções, logo numa primeira instância, são acolher e avaliar a situação socioeconómica e familiar. É premente apurar as suas</p>	<p align="center">12</p>	<p align="center">7</p>

			<p>principais carências, de que forma é que chegam ao nosso país, bem como se têm alguma família de retaguarda e se vêm por conta própria ou ao abrigo dos Acordos. [...] Depois de constatar as carências que nos são transmitidas tentamos dar resposta através dos vários apoios possíveis” <b>(E3)</b></p> <p>-“ Inicia-se a intervenção com uma entrevista para conhecer a família, orientar para os seus direitos, verificar como está todo o processo de evacuação para Portugal ao nível dos vistos e todas as restantes questões inerentes. Posteriormente, é necessário perceber quais são os apoios de que já estão a usufruir.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ É por norma este tipo de intervenção que se realiza em termos de verificação de apoios, de recursos, de contactos com as embaixadas ou instituições.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ sim eu vou lá, falo com as mães, ou com os familiares, e com os pequenitos...Não vou lá sempre, até porque tenho outros serviços. Mas sempre que é possível vou. Falo com os familiares e dou as informações que necessitam. Dou apoio psicossocial, sempre que necessário.” <b>(E5)</b></p> <p>-“ As minhas funções aqui são, maioritariamente, apoiar as famílias, com necessidades sociais” <b>(E6)</b></p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>-“ Quando recebemos estas famílias temos de começar por perceber que apoios têm aqui em Portugal, quer a nível familiar quer a nível económico. A maioria das crianças que eu acompanho, evacuadas dos PALOP, vem para tratamento na Unidade de Transplantação Hepática. Vindo para esta unidade, geralmente são situações que chegam já numa fase aguda e raramente não necessitam de fazer um transplante.</p> <p>Deste modo, de uma forma geral, necessitam de todo o tipo de apoio [...]”</p> <p><b>(E6)</b></p> <p>-“Depois de fazermos a avaliação social e verificarmos quais são as necessidades da família, passamos ao passo seguinte e o plano pode começar com o contacto com a embaixada. Dependendo das necessidades das famílias em primeira mão é fundamental este contacto para perceber se está a dar os apoios devidos, o que também depende dos países em questão” <b>(E6)</b></p> <p>-“ Muitas vezes é necessário, e nós pedimos, que esses familiares venham a Coimbra para os podermos conhecer, para eles compreenderem quais são as necessidades desta família e especialmente da criança doente. Como nestes casos, normalmente, não pode regressar ao seu país de origem, verificarmos se realmente</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>têm ou não capacidade para prestar este apoio.” <b>(E6)</b></p> <p>-“normalmente faço uma avaliação diagnóstica das situações, inicialmente através de um estudo não formal. Depois numa segunda e terceira abordagem vou me apercebendo das dificuldades (ou não dificuldades) que as pessoas possam ter em determinado campo, e faço as orientações de acordo com aquilo que fui analisando” <b>(E7)</b></p> <p>-“ Enquanto metodologia começo no acolhimento por uma primeira abordagem que permite conhecer e dar-me a conhecer, recolhendo assim as principais informações. Posteriormente, numa segunda abordagem, faço o Estudo Diagnóstico e a análise da situação. Nesse processo é fundamental uma articulação intra-hospitalar.” <b>(E7)</b></p>		
		C1.2 Capacitar	- “Depois na parte pedagógica, tratar das suas competências, para depois conseguir que esta família enfrente a doença, consiga dar a resposta, consiga estar bem não só na sua parentalidade como na sua conjugalidade” <b>(E2)</b>	1	1
		C1.3 Participação em Grupos de Trabalho	- “Participação num grupo de trabalho de Assistentes sociais que trabalham em pediatria oncológica (IPO de Lisboa , IPO do Porto e Hospital Pediátrico ) no sentido	1	1

			de refletir práticas profissionais, uniformização de procedimentos de atuação, instrumentos de trabalho e análise de legislação.” <b>(E2)</b>		
		C1.3 Papel Negociador e Mediador	-“ O Serviço Social tem um papel negociador. É preciso conhecer muito bem em que território se move, é preciso ter capacidade negociadora, mas esta só tem algum efeito se conhecermos bem o que existe sob o ponto de vista Macro. Temos de negociar percebendo os três níveis: micro, meso e marco. Perceber a relação, a instituição e aquilo que existe sobre o ponto de vista das políticas sociais. A comunidade no nível meso, as políticas sociais no nível macro. É premente uma noção bem clara do que cada um deles pode oferecer.” <b>(E1)</b>	1	1
	C2. Modalidades de apoio	C2.1 : Articulação com entidades externas para efeitos de regularização ou ativação de protocolos	-“ Tivemos de negociar com muitas entidades para conseguirmos fazer orientação destes doentes. [...] Entretanto, existiram algumas negociações internas e depois externas com a ARS e conseguiu-se fazer uma colocação com o hospital assumindo estes doentes, dado haver um protocolo com o hospital que os tinha enviado. Este assumiu o pagamento de residenciais, para estes na altura 5 ou 6 doentes. Eu e a minha colega fomos à procura de residenciais e fizemos toda a	16	7

			<p>ligação com as entidades de alojamento, os doentes e o hospital.” <b>(E1)</b></p> <p>-“ Até havia um dos administradores que dizia que nós tínhamos relações internacionais, porque de facto falávamos com varias entidades, andávamos «<i>para trás e para a frente</i>»” <b>(E1)</b></p> <p>-“ A menina foi crescendo, era seguida na APPACDM. Houve uma altura em que ela não estava a cumprir o que era pedido na escola e foi posta a questão do caso à CPCJ. Ainda cheguei a ir à CPCJ, sempre defendendo o pai e a mãe até perceber que não dava mesmo.! <b>(E1)</b></p> <p>- “Todo o processo de encaminhamento de doentes para a <i>Casa Acreditar</i> é feita através do Serviço Social [...] A associação apoia famílias com alguma carência económica, através de cabaz de alimentos, apoio económico, apoios eventuais, ou até em ajudas de produtos de apoio” <b>(E2)</b></p> <p>- “Uma rede também de suporte importante tem sido a fundação <i>Make a Wish</i> na realização dos desejos e sonhos das nossas crianças.” <b>(E2)</b></p> <p>-“No que respeita ao alojamento, importa verificar quais as respostas existentes, e tentar articular com as embaixadas para que os doentes recebam os apoios necessários” <b>(E3)</b></p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>-“ Tivemos também de contactar várias IPSS, para conseguir equipar minimamente a casa que alugaram, com bens de primeira necessidade, como roupas de cama e equipamentos de cozinha” <b>(E3)</b></p> <p>-“Situações houve em que tivemos de integrar as famílias na Casa Acreditar, nomeadamente esta família de Moçambique [...], porque não tinham qualquer referência familiar em Portugal” <b>(E3)</b></p> <p>-“ A principal modalidade de apoio é, no fundo, fazermos com que as embaixadas cumpram o protocolo...Que frequentemente não cumprem. Quando não cumprem, nós tentamos articular com as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), com as Organizações Não Governamentais (ONG), que lhes vão dando algum apoio. ” <b>(E3)</b></p> <p>-“ A articulação é mais com as embaixadas, no entanto, há situações em que é necessário articular com outras entidades de acordo também com o período de permanência em Portugal” <b>(E4)</b></p> <p>- “ “Para estes doentes de S.Tomé, contamos muitas vezes com o apoio do Cônsul em Coimbra, que se desloca ao Hospital, apoiando aquando a alta do internamento, nomeadamente no apoio nos</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>transportes e na comparticipação nalguma medicação, quando necessário.” <b>(E4)</b></p> <p>-“Fora do protocolo temos agora o apoio a da responsável da Casa Santa Zita. As mães destes doentes, como disse ficam geralmente a dormir na casa Santa Zita, enquanto as crianças estão aqui internados cerca de 6 a 7 dias. Mas depois têm de vir a duas ou três consultas de controlo, e para não irem para Lisboa e depois virem para a consulta, temos o apoio da responsável da Casa Santa Zita, e os doentes podem permanecer ao pé das mães. Elas arranjam lá quarto e depois quando está tudo em ordem já podem ir para Lisboa. É mais um circuito que temos já montado” <b>(E5)</b></p> <p>-“As famílias vindas através dos acordos deveriam ter o apoio das embaixadas conforme está definido na legislação. Como tal, a primeira fase da intervenção é fazer o contacto com estas entidades e confirmar quais são os apoios que as mesmas poderão atribuir” <b>(E6)</b></p> <p>-“ Sempre que possível pedimos apoio a uma instituição, e às vezes até são as nossas próprias colegas dos hospitais de Lisboa [<i>n.d.r</i> assistentes sociais] que fazem visita domiciliária. Não sendo as colegas os hospitais poderão ser as da Segurança Social ou mesmo da Santa Casa da</p>		
--	--	--	---	--	--



			<p>Misericórdia em Lisboa que fazem esse levantamento das condições familiares.”</p> <p><b>(E6)</b></p> <p>-“ Depois a partir daí, temos de articular com as colegas dos hospitais, ou de outras instituições em Lisboa, para perceber se já conhecem estas famílias, e a partir de que ponto é que podemos continuar a fazer a nossa intervenção.” <b>(E6)</b></p> <p>-“ A Casa de Santa Zita, a Liga Portuguesa contra o Cancro que pagou o alojamento já daquele jovem [<i>n.d.r</i> Caso referido antes da entrevista]. A Associação Acreditar que deu também várias vezes cabazes de alimentação e também proporcionou alojamento para um Cabo-verdiano que estava dentro da idade de admissão na Casa Acreditar, que continua ainda a beneficiar deste apoio lá, porque não tem cá família.”</p> <p><b>(E7)</b></p>		
		<p>C2.2 : Articulação com organizações de proximidade local para garantia da continuidade de cuidados</p>	<p>-“ Quando eles chegaram acabámos por negociar o internamento deles com o apoio da Comunidade São Francisco de Asis.”</p> <p><b>(E1)</b></p> <p>- “também articulo com as outras estruturas da comunidade na preparação da alta, seja com as escolas, com a segurança social, com a CPCJ, com os centros de saúde para garantir a continuidade dos cuidados, com os bombeiros.” <b>(E2)</b></p>	6	5

			<p>- “Há pouco tempo, a Fundação João XXIII lançou um repto à Universidade de Coimbra, ao departamento de relações internacionais, porque há estudantes universitários da Guiné, no sentido de serem eles a ligação, fazendo algum trabalho de tradução e darem algum apoio.” <b>(E2)</b></p> <p>-“procuramos apoio de IPSS, de quem podia ajudar. Portanto, nós estamos aqui e ajudamos em tudo, até na Procura de um Banco de Livros” <b>(E3)</b></p> <p>-“ com estas famílias evacuadas dos PALOP, há sempre a necessidade de articulação com a comunidade e com estruturas, como fazemos também com os outros nossos doentes portugueses. No entanto, os doentes portugueses tem acesso a outro tipo de apoios.!” <b>(E4)</b></p> <p>-“ Após a cirurgia, como havia algumas dúvidas quanto ao cumprimento da medicação, e sendo a mãe analfabeta, e ainda como ela não tinha apoio de familiares em Lisboa tentámos que ficasse em Coimbra. Foi integrada numa instituição com a criança, mas ficou muito contrariada. Entretanto consegui que fosse possível uma vaga, em Miranda do Corvo numa instituição onde dariam apoio à mãe</p>		
--	--	--	--	--	--

			e à criança com integração na comunidade.” <b>(E6)</b>		
		C2.3: Aconselhamento	<p>-“ Há um aconselhamento dentro daquilo que existe e é possível” <b>(E1)</b></p> <p>- “Porque as mulheres têm muitos papéis, [...]. Então tendem a centralizar-se, naquele momento, no papel de mãe, com aquele filho que está doente, [...] Elas têm o direito de amar, de serem amadas, enquanto mulheres. Importa demonstrar-lhes que isso também um direito que lhes assiste! [n.d.r Realça]. E têm de estar bem para puderem também dar, e portanto eu pessoalmente acho que é isso que nós temos de lhes inculcar: esta força, esta coragem, esta esperança.” <b>(E2)</b></p> <p>-“ Às vezes eu até aconselho para irem ao SEF em Coimbra, mas há mães que não entendem e dizem «<i>não, o meu SEF é em Lisboa</i>» e eu explico que é a mesma coisa. Porque aqui é mais fácil, conseguimos marcar de uma semana para a outra, enquanto em Lisboa a marcação é normalmente para passados dois meses.” <b>(E6)</b></p>	3	3
		C2.4: Mediação de Conflitos	-“ Somos um ponto de referência, e depois temos linhas para trás e para a frente. Não é só numa direção. Não sei que nome atribuir, mas é um papel de mediador. Claro que a mediação pressupõe também	2	2

			<p>outro tipo de procedimentos. Mas somos um negociador – temos de negociar com todos e todos negociam connosco. Não somos só nós que negociamos.” <b>(E1)</b></p> <p>-“ Eu tento criar forma que eles sintam um a vontade de falar sobre isso, para que possamos de alguma forma prevenir essa disfunção. Essa gestão de conflitos familiares...” <b>(E2)</b></p>		
		C2.5: Trabalho em equipa	<p>-“ Os doentes vêm ter com o serviço social e a partir daí nós temos de negociar com a comunidade e com a equipa médica, que também negoceiam connosco. Nós trabalhamos em conjunto, e somos no meu entender negociadores natos em determinadas áreas. Negociamos com a família, negociamos com a comunidade. [...]. Somos um ponto de referência, e depois temos linhas para trás e para a frente. Não é só numa direção.” <b>(E1)</b></p> <p>- “Nós trabalhamos muito em equipa. É uma boa estratégia e boa metodologia de trabalho que existe neste serviço. Um trabalho de equipa e respeito por todos os elementos da equipa, nos seus pareceres, nos seus saberes. É conjugando os diferentes saberes que podemos dar uma melhor resposta.” <b>(E2)</b></p> <p>- “A nossa intervenção e integradas em equipas multidisciplinares torna-se fulcral</p>	9	6

			<p>para que a garantia da continuidade dos cuidados , dos direitos de cidadania a integração na comunidade, potencializando todos os recursos da rede formal e informal seja uma realidade.” <b>(E2)</b></p> <p>-“ Sim, existe esse trabalho em equipa multidisciplinar. Por norma, temos conhecimento do dia em que o doente se deve apresentar no hospital, e temos conhecimento de todas as situações. Numa 1º fase, o próprio secretário informa-nos do dia da marcação da consulta e do nome da criança. Posteriormente, o médico, por regra, informa sempre o serviço social da presença de uma nova criança evacuada ou quando vai ter alta [...]. Tem funcionado, normalmente, de uma forma correta e geralmente esta relação com a equipa já está estabelecida, pelo menos com estes doentes evacuados dos PALOP, e com as suas famílias.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ Quando as famílias são menos orientadas, ou não tem familiares de suporte, ou que se verifica que o acompanhante não dá grande segurança em termos da prestação dos cuidados terapêuticos, e enquanto aguardam por intervenções clínicas, já se optou, por vezes, em equipa multidisciplinar, que</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>estes doentes aguardem internados no hospital.” <b>(E4)</b></p> <p>-“Se vêm diretamente para o Pediátrico, muitas vezes é a colega assistente social de lá que me contacta. Se não vêm do pediátrico vêm diretamente para aqui, e é a enfermeira que me contacta a dizer que recebeu um doente que precisa de alojamento e alimentação para a acompanhante, habitualmente as mães” <b>(E5)</b></p> <p>-“ A nível interno funciona bem. Eles têm alojamento quase sempre. Nós temos poucas camas, e não é só para o serviço, é para o hospital todo. Mas houve uma exigência do Professor [<i>n.d.r</i> <i>Cirurgião</i>], de ter sempre camas para aqueles doentes, e isso tudo funciona muito bem. “ <b>(E5)</b></p> <p>-“ Pelo que tem de haver um trabalho em equipa para os integrar cá, e não é fácil.” <b>(E6)</b></p> <p>-“ É fundamental a articulação com a equipa e especialmente com a administração. Veja que aquelas situações que lhe descrevi [<i>n.d.r</i> consulta e discussão de processos] têm um apoio muito forte da administração do hospital. Se não fosse a administração não conseguiríamos a</p>	
--	--	--	---	--

			<p>transição entre o internamento e o ambulatório.” (E7)</p> <p>-“ A equipa médica também se vai apercebendo de tudo sem que seja preciso formalizar e dizer claramente que é necessário esperarem pela alta social, porque nós vamos estando atentos e temos tempo para essas diligências todas. Temos de nos antecipar e colocar questões antes de tempo para depois podermos ir respondendo.” (E7)</p>		
	C3. Advocacy efetivo		<p>-“ Fiz muitas chamadas para Lisboa para ver se conseguia: «a senhora está grávida, o bebé está para nascer, eles estão em Inglaterra, se não sai a nacionalidade ela não terá direito a ir para um hospital público” [n.d.r Recorda os contactos para Lisboa]. E entretanto conseguimos e saiu a nacionalidade. Portanto tenho uma grande afetividade por estes casos.” (E1)</p> <p>-“ Quais são os passos a dar, o que é preciso dizer, qual o discurso... Temos de resolver, apelar aos direitos. Daí a advocacy.” (E1)</p> <p>- “É um papel de facto extremamente importante na nossa intervenção. A advocacia social.[...]Eu explico-lhes tudo e digo por exemplo que «este documento posso enviar para a embaixada» e se eles preferem assim ou se têm a família que</p>	9	7

			<p>faça. [...] Há este facilitar também que eles exerçam os seus direitos de cidadania, junto das suas embaixadas. “ (E2)</p> <p>-“ Reiteramos os contacto com a embaixada, no sentido da providencia do apoio a que têm direito, no âmbito dos protocolos” (E3)</p> <p>-“[...] Apesar de o Serviço Social não conseguir sozinho, julgo que deveríamos assegurar o regresso destes doentes. Assegurar mesmo. A partir do momento em que estes doentes têm alta nós comunicamos á embaixada, mas sabemos que muitas vezes não regressam, e essas condições de necessidade mantêm-se, agravando-se ainda mais pelo facto de a partir daí alguns deles até perdem o contacto com o hospital.” (E3)</p> <p>-“ [...] por norma informamos sempre dos direitos, da necessidade de se deslocarem à embaixada, para tratar de toda a burocracia relacionada com a sua estadia em Portugal e posteriormente o seu regresso. Alertamos ainda que necessitam de entregar um relatório clínico que justifique a necessidade de permanência em Portugal, para renovação dos vistos e posteriormente de um relatório final aquando do seu regresso.” (E4)</p>		
--	--	--	---	--	--



			<p>-“ Nós aqui tentamos informa-los, mas são eles que depois fazem. Nós muitas vezes contactamos as colegas da embaixada, dizemos as dificuldades que eles têm e depois são elas que tratam. Não somos nós aqui. Por exemplo com a questão dos vistos, se há uma mãe que diz que o seu visto está a caducar, eu contacto a colega e depois são elas que tratam. São elas também que marcam as passagens de regresso. Nós aqui tentamos orientar enquanto eles estão internados. Tentamos dar-lhes o melhor apoio possível.” <b>(E5)</b></p> <p>-“Eles habitualmente não conhecem os seus direitos. Uma das coisas com que nos preocupamos de imediato é compreender qual é o ponto de situação a nível legal. [...] Fazemos regularmente esta chamada de atenção [...]. Além disso, como sabemos que estes doentes normalmente não podem regressar ao seu país devido à situação de saúde, vamos informando quais os direitos que virão a ter a nível da Segurança Social para que possam ir tratando de tudo aqui em Portugal.” <b>(E6)</b></p> <p>-“ É principalmente com as embaixadas, e depois a nível de serviço vemos o que é que é possível, que respostas são viáveis. Quando as embaixadas não respondem e são situações muito particulares por vezes</p>		
--	--	--	---	--	--

			temos de expor á administração do hospital.” (E7)		
	C4. Aplicação de normativos		<p>-“ Fazíamos também um trabalho em termos de legalização de toda a documentação.” (E1)</p> <p>-“ Eu explico-lhes tudo e digo por exemplo que «<i>este documento posso enviar para a embaixada</i>» e se eles preferem assim ou se têm a família que faça. Regra geral acabo por ser eu a fazer.” (E2)</p> <p>-“ Vamos também articulando com o SEF para resolver as situações legais de renovação de visto e, posteriormente, quando eles não podem regressar, é necessário tratar da situação de permanência [...]” (E3)</p> <p>-“Quando eles não estão orientados para tal, temos nós de informar e ajudá-los a tratar [...]. Contatar com as embaixadas, SEF ou outras estruturas de apoio... Se os acompanhantes/familiares forem autónomos, conseguem resolver estes assuntos sem ajuda. Os que ficam alojados nas pensões é mais difícil, mas também contam com o apoio dos outros doentes, que já permanecem em Portugal há mais tempo, e tentam também desbloquear esses apoios” (E4)</p>	9	7

			<p>-“Para as senhas, temos de fazer um pedido ao Conselho de administração e depois à área hoteleira para ser autorizado” <b>(E5)</b></p> <p>-“ Nós temos de orientar as famílias para regularizarem a situação. E portanto a embaixada para nós é um ponto de referência, pelo menos para eles saberem que têm a criança cá e que a mesma está em Coimbra.” <b>(E6)</b></p> <p>-“ Já aconteceu eu fazer a marcação no SEF, em situações com internamentos prolongados. Quando eles estão em Lisboa há sempre alguém de família, amigos ou conhecidos, que vão com eles às instituições para os ajudar e orientar.” <b>(E6)</b></p> <p>-“ a administração tem respondido favoravelmente a todos os pedidos para apoio não só aos doentes como às suas famílias. Quando estas estão numa situação delicada, que é por exemplo uma situação de operação em que é necessário a família estar presente, e quando não tem meios para poder pagar um alojamento, expondo a situação a resposta tem sido positiva.” <b>(E7)</b></p> <p>-“ Às vezes, quando as famílias não têm outro suporte, temos de ser nós a tratar do que é necessário. Por exemplo, aquela situação de que lhe falei á pouco [<i>n.d.r</i> situação abordada antes da entrevista], tive</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>de ir com a doente ao SEF, tratar precisamente da regularização do Visto. Primeiro falei aqui á médica pela necessidade de passar o relatório médico.”</p> <p><b>(E7)</b></p>		
	<p>C5. Estratégias de intervenção (meios e intencionalidade)</p>	<p>C5.1 Voluntariado</p>	<p>- “[...]estando sempre atenta á vulnerabilidade destes doentes e suas famílias, foram-se criando outras estratégias ao longo dos anos. Em 2000, o chefe de serviço, Doutor Rui Batista, desafiou-me para criarmos o voluntariado no serviço [...]”<b>(E2)</b></p> <p>- “ Nós temos de intervir solicitando o apoio da escola, alguma explicação através da Acreditar que também tem tido voluntários que podem vir dar algumas aulas até às próprias mães. Assim, para ser muito mais fácil a comunicação, temos feito essa intervenção junto das crianças e da própria família.” <b>(E2)</b></p> <p>-“ Por exemplo, para as crianças oriundas da Guiné, quando estão sem acompanhante, já tivemos que recorrer a voluntários estudantes guineenses, para tentar ajudar a desbloquear esta parte da comunicação”</p> <p><b>(E4)</b></p> <p>-“ Quando há dentro do hospital outra família que fale Criolo que é, maioritariamente, a sua língua mãe,</p>	<p>4</p>	<p>3</p>

			pedimos o seu auxílio de modo a que nos ajude nesta compreensão.” <b>(E6)</b>		
--	--	--	---	--	--

		C5.2 Explicar procedimentos (implícito)	<p>-“ Depois a relação de ajuda próxima tem a ver com a entrevista. Dar informações, delinear e explicar sempre a intervenção: <i>“vamos ter isto, e isto...temos esta possibilidade e aquela”, “o que é que vamos fazer?”</i>, e esclarecer isso com a família.” <b>(E1)</b></p> <p>-“ As pessoas confiam, eu tento-lhes explicar tudo, desmontar o <i>puzzle</i> todo de qualquer coisa que seja necessário para fazer a intervenção. É muito importante que sintam confiança. <i>«Isto faz-se assim porque é assim, e assim»</i>, há uma explicação de todo o processo, tenho muito esse cuidado.” <b>(E2)</b></p> <p>- “Quando eles não falam muito bem português ou quando demonstram um bocadinho de vergonha dos termos ou de não saberem eu procuro mete-los à vontade [...] Então a estratégia que eu tenho é dizer-lhes: <i>«olhamos para a cara um do outro, vamos falar pausadamente, aquilo que não perceber é para me dizer, para tentar arranjar uma outra palavra que seja mais fácil»</i>” <b>(E2)</b></p>	3	2
		C5.3 Empatia	<p>-“ Eu considero que a estratégia que tem mais eficácia é a empatia que podemos ter com estas famílias. Porque, penso que além de todo o trabalho que nós fazemos e que os faz sentirem-se apoiados, quando eles</p>	1	1

			<p>sentem empatia mútua é mais fácil aceitarem os nossos apoios, o apoio psicossocial, o nosso aconselhamento, nomeadamente para não serem influenciados por crenças e mezinhas que possam prejudicar a criança.” (E6)</p>		
		<p>C5.4 Fomentar o contacto entre doentes/familiares /grupos de interajuda</p>	<p>- “ [...] grupos de interajuda com pais que estavam em consulta ou internamento, ou em hospital de dia [...] Os objetivos desta iniciativa de intervenção, eram criar ambientes em que os pais pudessem estar livremente a expor as suas emoções, os seus sentimentos, a tirar dúvidas, a dar sugestões para o funcionamento do próprio serviço, poderem ajudar-se mutuamente com a partilha de como cada um encarou determinada situação e que estratégias teve de desenvolver para melhor enfrentar o seu problema interno, ou o problema da própria criança. Esta partilha é extremamente importante, evita o isolamento social, emocional, de pensarem «isto só sou eu» , «eu estou a ficar louco». [...] Tínhamos esta conversa com os pais, que se começou a chamar “<i>porque algo nos une – o nosso filho</i>”.” (E2)</p> <p>-“ Outra das principais estratégias passa pelo contacto de outras pessoas oriundas do mesmo país. Aqui em Coimbra é frequente haver comunidades de pessoas vindas de</p>	3	2

			<p>África, quer sejam estudantes, quer sejam outras pessoas, e nós vamos passando a palavra no sentido de haver alguém que possa vir visitar. Recorremos também muito ao voluntariado e outras associações que possam ajudar além da embaixada.”</p> <p><b>(E7)</b></p> <p>-“ O passar a palavra é muito importante, e o facto de existirem outras pessoas, até doentes que frequentam o hospital e que são oriundos daquele país, é muito relevante. Dentro da enfermaria, especialmente na ortopedia, eles fazem imediatamente conhecimentos uns incluindo com os de cá. A partir do momento em que estão hospitalizados, eles solidarizam-se com os amigos que entretanto fizeram e que estiveram internados na mesma altura, dentro da mesma faixa etária. Fazem mesmo amizades!” <b>(E7)</b></p>		
		<p>C5.5 Outras atividades</p>	<p>- “Organizaram-se exposições de trabalhos, pegando na arte de cada criança ou cada jovem que estava internado. [...] Foi uma forma de valorizar e criar autoestima nestas crianças e jovens. [...] Atividades destas fizeram-se algumas vezes. Algumas também com os trabalhos dos pais, porque muitas vezes para passarem algum do seu tempo e para de facto arranjamem</p>	1	1



			estratégias de <i>coping</i> , utilizam o croché para toalhas, o picot nos paninhos, ponto cruz, arraiolos, entre outras técnicas. [...] era uma forma de distrair a mente e poderem sair do pensamento exclusivo à volta da doença” (E2)		
	C6. Especificidades da prática do Serviço Social com doentes e famílias dos PALOP	C6.1 Respeito pelas Crenças	-“ Não é por acaso que tenho aqui estas fotografias todas. Aquela jovem [ <i>n.d.r indica foto na parede</i> ]. conseguiu ser mãe ao fim de oito ou nove abortos espontâneos. No oitavo já foi nato morto e não um aborto, e nós ficámos muito preocupados pensando que ela ia deprimir...Mas ela não deprimiu. Porque quando saiu de casa tinha visto um carreiro de formigas, e aquilo tinha sido um mau-olhado, para ela. É extremamente importante a compreensão das crenças nestes casos. Nós preocupados, encaminhamo-la para o psicólogo. No entanto deprimiu mais tarde, na altura em que não conseguia ter forma de trabalhar por motivos de saúde [...]. Como deixou de trabalhar deixou de conseguir pagar a casa e acumulou dívidas.” (E1)	1	1
		C6.2 Respeito pela diversidade Cultural	“O apoio tem que ser muito reforçado, para enfrentar toda a doença, ainda por cima num país diferente, numa cultura completamente estranha. Integrá-los na nossa cultura sem fazer perder os seus	5	4

			<p>valores! [<i>n.d.r Realça esta necessidade</i>].  [... ] temos de estar extremamente atentos a pormenores.” (E2)</p> <p>-“ Sabendo que o clima é completamente diferente, procuro perceber se a roupa é adequada ou não. As vezes vêm numa estação e depois de repente já estamos noutra.” (E2)</p> <p>-“ A principal diferença é exatamente o facto de eles estarem deslocados, de não estarem enquadrados e por vezes a dificuldade que têm com a língua.” (E3)</p> <p>-“ É uma intervenção relativamente diferente, mas apenas por não termos no imediato os apoios disponíveis e necessários para estes doentes e familiares.  [... ] É diferente porque é um doente evacuado dos PALOP, vem para um país diferente, não conhece ninguém, vem mais fragilizado, são culturas diferentes...” (E4)</p> <p>-“ considero que é fundamental a articulação com as embaixadas e o conhecimento das características da pessoa e do país de origem, de modo a enquadrar o doente no país a que pertence e perceber um pouco a dinâmica e características muito próprias que eles têm em relação a nós.”  (E7)</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>-“ todos os doentes que são transplantados passam por mim. Não por serem dos PALOP, mas por serem transplantados, independentemente da situação social. Temos de trabalhar a informação nos vários níveis. É muita informação. Quanto ao facto de sermos negociadores importa realçar que somos o elo de ligação entre todos.” <b>(E1)</b></p> <p>- “Como tal, nós temos de investir muito no acolhimento, nesta família vulnerável que nos está a chegar, temos de a saber acolher. Investir muito no acolhimento!” <b>(E2)</b></p> <p>-“ Por exemplo, nestas famílias, se uma criança vai a uma intervenção cirúrgica, eu sei que não vai lá estar mais ninguém, e eu faço questão de ir ter com a mãe nem que seja um bocadinho, porque está na sala de espera sozinha. Nos casos das outras famílias eu disponibilizo-me mas sei que muitas vezes, ou praticamente sempre têm alguém, [...]. Estas [<b>n.d.r</b> <i>Famílias oriunda do PALOP</i>] não têm ninguém.” <b>(E2)</b></p> <p>- “Procuro fomentar que haja ligação com a família. Há famílias que vêm sem telemóvel, sem nada, e portanto aí eu peço autorização superiormente para que em determinados momentos chave, por exemplo antes de uma intervenção cirúrgica, ou para a decisão, ou no pós ato</p>		5
		C6.3 Necessidade de maior acolhimento e intervenção		8	

			<p>cirúrgico, tenham autorização de falar com a família no seu país de origem. [...]</p> <p>Nestas situações eu tento estar mais presente mesmo quando não me procuram.” <b>(E2)</b></p> <p>-“ A especificidade no contexto da intervenção com os doentes oriundos dos PALOP, é ao recebe-los. Eles vêm totalmente orientados a nível de saúde. Vêm completamente orientados através do Ministério da Saúde. No entanto, a nível social nós aqui é que temos que orientá-los.” <b>(E5)</b></p> <p>-“ Para estes casos dos doentes oriundos dos PALOP, como não estão integrados no sistema de saúde de cá, não têm isenção. De maneira, que temos de ser nós a fazer o pedido para ser autorizado [entrega de senhas de alimentação]. Portanto, é através da enfermeira chefe ou da enfermeira responsável, que recebe o doente e nos contacta ou através do pediátrico.” <b>(E5)</b></p> <p>-“Esta intervenção exige que a pessoa de imediato se ponha em campo, pelo facto de o doente vir de um país distante e ficar mais vulnerável estando longe, não tendo aqui enquadramento social, e muitas vezes nem enquadramento familiar” <b>(E7)</b></p> <p>-“ Ao nível de Serviço Social, quando começamos uma intervenção com uma</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>família dos PALOP, podemos contar com tudo. Podemos encontrar uma família que até tem uma vida estabilizada e que o marido até consegue enviar algum dinheiro e tendo algum apoio da embaixada conseguem equilibrar-se. Mas também podemos encontrar as famílias que vêm sem absolutamente nada. E temos de estar a contar com tudo isto e fazemos o nosso plano de intervenção tentando minimizar algumas destas vulnerabilidades.” <b>(E6)</b></p>		
<p><b>D. Perspetivas de intervenção no domínio em análise</b></p>	<p>D1. Referências teóricas</p>		<p>- “Claro que o ideal é autonomizar, dando relevância ao <i>empowerment</i> na família” <b>(E2)</b></p> <p>- “É fundamental este modelo holístico de intervenção, de ver a família como um todo e que cada família é um ser único e particular. Cabe ao assistente social também estar atento e sempre motivado a novos desafios de intervenção.” <b>(E2)</b></p> <p>- “Temos que os encarar de uma forma biopsicossocial, e pensar em todos os pormenores para que possam estar bem em Portugal.” <b>(E6)</b></p>	<p>3</p>	<p>2</p>
	<p>D2. Constrangimentos na intervenção</p>	<p>D2.1 Sem constrangimentos</p>	<p>- “Não noto grandes constrangimentos de intervenção junto da família. [...] Julgo é que a embaixada deveria assumir os seus doentes de outra forma, e serem muito mais céleres nas respostas.” <b>(E2)</b></p>	<p>2</p>	<p>2</p>

			-“ A nível interno funciona bem. Eles têm alojamento quase sempre. [...] Portanto, a nível interno tudo funciona porque temos estes circuitos já montados”. <b>(E5)</b>		
		D2.2 Legislação limitativa	-“ Se a legislação diz que o doente só pode andar de ambulância, e o doente não gosta de andar de ambulância e quer andar de táxi, mesmo que me justifique que o táxi é mais barato, e mesmo que eu esteja eventualmente de acordo, aqui é a regra que temos. [...]Podem ser constrangimentos, mas se existe é um constrangimento relativo. Porque é uma solução. Na relação com a instituição teremos de discutir isso. Mas se eu tenho apenas isto, não posso “inventar”. Temos de ter noção do que existe, e tratar das coisas para que se alcance o objetivo dentro da realidade.” <b>(E1)</b> - Portanto, há aqui grandes divergências, sobre o ponto de vista da perspectiva das políticas sociais, serem ou não impeditivas do trabalho do Serviço Social. Eu acho que não! Podem ser limitativas, mas não impeditivas. E isso é mais uma questão de posicionamento político do que da atividade do Serviço Social.” <b>(E1)</b>	2	1
		D2.3 Falta de respostas/apoios da embaixada	-“ O maior constrangimento é a falta de respostas! É nós querermos resolver os problemas e nem sempre termos os	6	5

			<p>recursos necessários. Neste momento o meu maior constrangimento com esta família de Moçambique é a embaixada não apoiar, e assim não cumprir o protocolo.”</p> <p><b>(E3)</b></p> <p>-“Não há uma forma de nós dizermos «<i>eu tenho uma resposta para si</i>», mas sim «<i>eu vou procurar uma resposta para esta situação</i>»! E muitas vezes desdobramo-nos em contactos, e pedidos a instituições para conseguir minimizar as dificuldades destas famílias.</p> <p>Portanto, os principais constrangimentos relacionam-se com o incumprimento das embaixadas, com questões da legalidade e a falta de respostas.” <b>(E3)</b></p> <p>-“ O maior constrangimento é a falta de recursos e apoios para estas famílias, nomeadamente verbas para fazer face aos cuidados essenciais que é a alimentação, a necessidade de aquisição da terapêutica e transportes.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ Surgem algumas dificuldades porque a embaixada nem sempre está disponível e eles tem de ficar aqui mais um dia ou outro até terem carrinhas disponíveis.” <b>(E5)</b></p> <p>-“ Além disso, também não é fácil estas famílias chegarem aqui e não terem dinheiro para as coisas básicas. Dar-se a alta e não terem direito a transporte nem</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>dinheiro para regressar a Lisboa que é onde eles têm tudo, pelo menos o pouco que trazem está lá. [...] Apesar dos transportes ser algo que está incluído nos Acordos de Cooperação de saúde, na realidade nem todos os países dão esses apoios” <b>(E6)</b></p> <p>-“ Eu acho que é a dificuldade da resposta atempada das embaixadas. As embaixadas têm muitas limitações na apresentação de uma resposta imediata. Não é no tempo mais indicado e nem sempre é aquilo que desejaríamos.” <b>(E7)</b></p>		
		D2.4 Barreira Cultural/ Comunicação	<p>-“ A nível interno, o maior constrangimento é a barreira linguística” <b>(E3)</b></p> <p>-“ No entanto, a questão cultural por vezes dificulta a comunicação com a equipa” <b>(E4)</b></p> <p>-“ É um entrave porque por vezes eles não percebem bem aquilo que nós dizemos. Mas tentamos comunicar de maneira a que eles percebam, e geralmente há boa comunicação e não surgem problemas” <b>(E5)</b></p> <p>-“Especialmente quando estas famílias são de meios rurais, e apesar de serem dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa), por vezes eles não sabem falar português, e isto é um constrangimento muito grande. [...] Se eles</p>	4	4



			não falam de uma forma fluente a língua portuguesa, terão muito mais dificuldade em compreender a situação de saúde da criança, e isto é um constrangimento para toda a equipa.” <b>(E6)</b>		
		D2.5 Recolha de Informações/Estudo social das famílias alargadas para a alta (implícito)	<p>-“ Não é muito fácil a recolha de dados numa 1º fase. Quando solicitamos informação ao acompanhante da criança onde é que está a residir, quem é a família alargada em Portugal, o que é que esta família faz, quantos elementos residem nesse domicílio, alguns muitas vezes não sabem responder e dizem «<i>ah não sei se trabalha...a idade também não sei..</i>».” <b>(E4)</b></p> <p>-“ É lá, em Lisboa, que têm os pontos de referência...seja família ou amigos. Nestes casos nunca sabemos ao certo qual é a organização familiar porque nem sempre os tios são tios, nem sempre os primos são primos....” <b>(E6)</b></p> <p>-“ Normalmente não é fácil fazer este estudo.” <b>(E6)</b></p> <p>-“ Não é fácil, tentamos perceber, e tentamos recolher o máximo de informação acerca da família que o irá receber. O melhor é sempre procurar conhecer a família, se já vêm cá visita-los uma pessoa vai percebendo se é um bom suporte ou não.” <b>(E7)</b></p>	4	3

		D2.6 Recusa de apoio por parte do doente/família (implícito)	-“No entanto, esta mãe apesar de todas estas oportunidades que nem sempre são respostas fáceis de obter, nunca aceitou cá ficar. Regressou para Lisboa, mas conseguimos que fosse então integrada na Santa Casa da Misericórdia. [...]Agora está tudo bem, mas é muito complicado nestas situações em que eles não aceitam nem compreendem as oportunidades que surgem... Mas também temos de respeitar as suas decisões, desde que a criança esteja protegida.” <b>(E6)</b>	1	1
	D3. Potencialidades/principais contributos	D3.1 Humanização das estruturas	-“ A humanização não é um ato isolado, e como tal somos todos responsáveis pela humanização dos serviços. E relativamente ao serviço social, este tem um papel importante, sabe orientar. [...]A humanização não cabe só a nós, mas a todos os profissionais. Mas é claro que temos um papel muito importante. A informação que podemos dar, de facto, por tudo aquilo que sabemos pode facilitar. Somos facilitadores, mediadores, integradores. ” <b>(E1)</b> - “Eu valorizo muito a humanização, como valorizo muito o lúdico, a parte do brincar, a parte pedagógica. [...]Se nós estamos num hospital pediátrico a nossa intervenção tem de ser muito centrada naquela criança e naquela família. Porque cada criança e cada	5	4

			<p>família são seres únicos, são diferentes. Depois temos de ter esta visão holística na nossa intervenção, e portanto valorizando o lúcido, valorizando o brincar, valorizando a humanização e o acolhimento” <b>(E2)</b></p> <p>-“ Quando as crianças vêm sem brinquedos, tenho a preocupação que elas tenham um brinquedo que seja personalizado, que seja delas! Porque uma coisa é terem a sala de atividades, no internamento, outra coisa é saberem que aquele boneco é deles - <i>«este é meu! Esta aqui na minha cama, posso levar para casa...quando tiver alta posso leva-lo. É meu!»</i>” <b>(E2)</b></p> <p>-“ Uma das nossas funções é a humanização! Isto faz parte da nossa génese e quando nós fazemos todo este nosso trabalho, estamos a pensar também na humanização, nos direitos que eles poderão vir a ter e no seu conforto.” <b>(E6)</b></p> <p>-“Tem imenso! Tem porque faz as ligações, vai unir as «pontas» dos diferentes profissionais. As funções de cada profissional têm limites, e depois o assistente social vem de certa maneira colmatar esses espaços entre os diferentes profissionais. Vai fazer a informação circular. Com a divulgação da informação e de certo modo um questionar, vai permitir</p>		
--	--	--	--	--	--

			algumas respostas. O somatório dos vários intervenientes permitem uma resposta humanizada e adequada.” <b>(E7)</b>		
		D3.2 Promoção de acesso às estruturas	<p>-“ A primeira porta a que se tem de bater para se dar uma resposta e a criança não ter de ficar internada até vir o apoio é sempre a Acreditar.” <b>(E2)</b></p> <p>-“ Vamos pedindo apoio às instituições para tentar colmatar estas necessidades, porque de facto nós também não temos recursos próprios para além de roupas que as pessoas vão doando ao hospital” <b>(E3)</b></p> <p>-“ Tratámos da integração na escola, ajudámos a escolher a que estaria, mais adequada á situação clínica do menino e a necessidade de estar perto do hospital porque aguardava o transplante.” <b>(E3)</b></p> <p>-“ com estas famílias evacuadas dos PALOP, há sempre a necessidade de articulação com a comunidade e com estruturas, como fazemos também com os outros nossos doentes portugueses. No entanto, os doentes portugueses tem acesso a outro tipo de apoios.!” <b>(E4)</b></p> <p>-“ Nós informamos e facilitamos o acesso aos outros mecanismos e estruturas de fora.” <b>(E5)</b></p>	5	4
		D3.3 Mobilização ativação de redes de apoio	-“Conseguimos que uma doente fosse a S. Tomé já transplantada. Fizemos um pedido ao laboratório que lhe pagou a viagem. Foi	12	7

			<p>a S. Tomé ver a família, esteve lá um mês. Depois mais tarde ela já não podia ir e os médicos da nefrologia cotizaram-se para a mãe dela cá vir. E a mãe esteve cá com ela”</p> <p><b>(E1)</b></p> <p>-“ Quando podem ter alta, se não têm família cá no país podemos recorrer à Acreditar” <b>(E2)</b></p> <p>- “temos sempre de encontrar redes que ajudem estas famílias a sobreviver com dignidade” <b>(E2)</b></p> <p>-“ Como eu faço parte da comissão do voluntariado [...], ligámo-nos à faculdade [...]. Tivemos duas ou três reuniões com esse grupo de estudantes e convidámo-los a vir cá ao hospital, fizemos-lhes a proposta de uma formação inicial para conhecerem o que é o hospital, conhecerem algumas formas de intervenção, cuidados a ter, toda a questão das relações interpessoais, como comunicar, como ouvir, e como estar com a criança. [...] tivemos já durante esse mês alguns jovens a visitar algumas crianças, em função das competências linguísticas porque aprendemos com eles que há vinte e tal dialetos, e portanto tivemos varias inscrições em vários dialetos para que eles também não percam, durante os meses que estão cá, essa ligação á sua terra, às suas raízes, á sua cultura” <b>(E2)</b></p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>-“Portanto, nós estamos aqui e ajudamos em tudo, até na Procura de um Banco de Livros. Passa por tudo...Mesmo pelas coisas mais simples. As famílias, por vezes, não têm noção das respostas que existem e nós apoiamos no sentido de facilitar o acesso a estas” <b>(E3)</b></p> <p>-“ Para responder à falta de recursos locais e necessários no momento, e à ausência de verbas, temos que recorrer muitas vezes ao apoio da <i>Associação Coração Feliz</i> através do apoio económico, particularmente aquando da alta, para fazer face, principalmente, ao custo dos transportes de regresso sobretudo para Lisboa. Já aconteceu também termos que apoiar na aquisição de medicações urgentes.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ Eles chegam aqui ao hospital e apresentam sempre algumas dificuldades ou necessidade de alguma informação. Aquelas famílias que são mais orientadas, a intervenção é mais fácil...Mas também nos chegam mães menos orientadas, até na prestação de cuidados às crianças [...]. E aí temos de recorrer muitas vezes à família alargada, se a tiverem, ou aos amigos, com quem eles já tiveram, para tentarem ajudar a apoia-los nesse sentido.” <b>(E4)</b></p> <p>- “Nós temos um protocolo com a Casa Santa Zita de Coimbra, para as mães ou</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>familiares que acompanham os doentes”(E5)</p> <p>-“No caso dos doentes de Cabo Verde contactamos a embaixada, as nossas colegas [<i>n.d.r</i> <i>Assistentes Sociais</i>]. A embaixada quando tem disponibilidade até vem buscar, manda uma carrinha. [...] Para aqueles que têm familiares Lisboa, que são bastantes, contactamos os familiares, e eles vão busca-los á rodoviária. Para os de S. Tomé e Príncipe, entramos em contacto com o Cônsul que vem buscar os doentes e os leva, regra geral, à rodoviária, paga-lhes o bilhete e tudo aquilo que for preciso, incluindo alimentação nesse dia, e encaminha-os para Lisboa. ” (E5).</p> <p>-“Relativamente às necessidades básicas, nomeadamente de alimentação e medicação que é aquilo que nos preocupa mais, quando não há resposta por parte das embaixadas, temos de recorrer a outras instituições, e como as famílias ficam em Lisboa, recorreremos muitas vezes à Santa Casa da Misericórdia, à Segurança Social, ou outras alternativas. Já aconteceu algumas famílias terem apoio da <i>Casa do Gil</i>, algumas instituições na «área de residência» em Lisboa que é onde eles ficam com maior regularidade” (E6)</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>-“ Na Unidade de Transplantação temos como recurso a <i>Associação Hepaturix</i> que nos dá apoio a estas famílias, pelo menos alivia um bocadinho estas necessidades.”</p> <p><b>(E6)</b></p> <p>-“ Inicialmente até que eles tenham esse apoio em termos de visitas, temos de ser nós, de certo modo, a movimentar e a tentar dinamizar toda as ajudas possíveis para que os doentes não se sintam isolados.” <b>(E7)</b></p>		
		D3.4 Facilitar bens essenciais no imediato	<p>-“ tentamos colmatar algumas dessas vulnerabilidades, proporcionando-lhes alojamento e bens essenciais.” <b>(E2)</b></p> <p>- “São pessoas que vêm, habitualmente, com roupas desadequadas, sendo premente resolver essa situação. Foram atribuídos apoios muito pontuais em termos alimentares, na medida em que essa necessidade não tem sido a mais premente nos meus casos” <b>(E3)</b></p> <p>-“ Apoiamos com roupas e recorremos, quando necessário, á Casa Acreditar como resposta habitacional” <b>(E3)</b></p> <p>-“ Sempre que surge uma situação nova, fora algumas exceções, a criança normalmente fica internada. Coloca-se nesse mesmo dia, a resolução da questão alimentar do acompanhante, e nesse momento temos que, à partida, intervir, abordando a família, avaliando a situação e</p>	6	4



			<p>fazer o estudo social. A maioria dos acompanhantes, que normalmente, são mães, não trazem verba para fazer face aos custos da alimentação no Hospital Pediátrico.” <b>(E4)</b></p> <p>-“ proporcionamos-lhes também senhas gratuitas de alimentação para o nosso refeitório” <b>(E5)</b></p> <p>-“ O alojamento, habitualmente na Casa de Santa Zita, e a alimentação. Depois a nível de transporte...” <b>(E5)</b></p>		
		D3.5 Participação na resolução de problemas	<p>-“ Este processo foi muito complicado a determinada altura, porque existiam dentro deste grupo pessoas que não queriam ficar no mesmo quarto que os outros. Queriam quartos individualizados. E aquilo que tínhamos era uma resposta para um quarto com casa de banho, para duas pessoas. [...]</p> <p>Deram-se conflitos enormes entre dois doentes, [...]. Mas tivemos muita dificuldade em gerir a relação entre ambos, até que o senhor que estava no quarto individual ficou aqui internado, entrou numa situação de falência orgânica total e ao sair da residência conseguimos colocar os outros dois doentes em quartos separados.” <b>(E1)</b></p> <p>-“ Proporcionaram-se graves problemas para resolver e estávamos constantemente a</p>	8	4

			<p>tratar de casos dos doentes de S. Tomé, do programa regular de hemodialise.” <b>(E1)</b>.</p> <p>“-Sim, tratamos de tudo! As relações entre eles, as relações institucionais, todas as questões relacionadas com a diálise, os transportes para a diálise, tudo sobre o ponto de vista logístico.” <b>(E1)</b></p> <p>-“ É uma história já diferente. Neste momento tem quatro filhos e está na Inglaterra. Há três anos era beneficiário do rendimento social em Portugal, não conseguia fazer absolutamente nada. E agora é chefe dos auxiliares de ação educativa em Inglaterra. [...]Vem cá quando esta menos bem de saúde, mas é seguido lá. Fala comigo por <i>e-mail</i>, e pede-me para eu marcar a consulta com o médico quando tem algum problema. Porque durante algum tempo ele estava numa situação de pré-dialise [...]. Mas ele toma a medicação toda, não foi por falta de adesão.” <b>(E1)</b></p> <p>- “O problema é que a família está muito vulnerável e por vezes temos de ser nós a fazer determinadas coisas, ou a ajudar, porque quase não têm força para «dar um passo». Às vezes basta um pequeno telefonema... Mas sempre que possível é fundamental dotar as famílias dessas</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>competências. Muitas vezes tu até as têm e o difícil é resgata-las.” <b>(E2)</b></p> <p>-“ Nós acabamos por dar todo o tipo de apoios. Desde esclarecer as mais pequenas dúvidas, a ensinar, por exemplo, a como lidar com os transportes, as credenciais, as ambulâncias para virem ao serviço...” <b>(E3)</b></p> <p>“Várias vezes já procuramos aqui as duas juntas [<i>n.d.r Assistente Social e a mãe da criança</i>] respostas habitacionais.</p> <p>Conseguimos uma resposta, ainda que tenha de se mudar em breve porque o preço é alto, e vamos tentar encontrar outra alternativa. Depois disso, encontrámos as coisas básicas que faltavam na casa, procuramos apoio de IPSS, de quem podia ajudar” <b>(E3)</b></p> <p>-“ E quando começam também a deixar de vir a Coimbra com frequência, nós sentimos que fizemos aquilo que deveríamos ter feito na altura certa, e quando eles vêm apesar de não precisarem de nós, vêm apenas dizer «Olá».</p> <p>Isto é muito reconfortante e sentimos que realmente fizemos a nossa parte. Este é o melhor <i>feedback</i> de tudo aquilo que foi feito. Há empatia, e vemo-los a crescer. E quando a situação clínica está estável assim como a situação socio económica, é gratificante.” <b>(E6)</b></p>		
--	--	--	---	--	--

	<p>D4. Perceção sobre o impacto da sua intervenção</p>		<p>-“ Nós conseguimos ser o suporte! Mas tem também muito a ver com a capacidade que as pessoas têm de resolver...Por exemplo, esta jovem [<i>n.d.r jovem que consumiu éter e mais tarde faleceu</i>], aquilo que eu acompanhei, aquilo que nós fizemos...Nada servia! Ela conseguiu ir-se organizando com o marido, mas tornou-se uma dependente dos subsídios.” <b>(E1)</b></p> <p>-“ Importa ter a noção que enquanto profissionais precisamos de mostrar que no meio hospitalar as coisas andam para a frente, e que são necessários assistentes sociais para se resolverem os problemas. Repara, se eu disser que o doente não pode ter alta, ninguém lhes dá alta. A alta social terá de estar sempre coincidente com a alta clínica.” <b>(E1)</b></p> <p>-“ As pessoas, quando vêm para o hospital, não o fazem para resolverem problemas sociais. E por isso, muitas vezes não há noção do trabalho que temos e do peso que isso tem. Mas continuamos...é todo um percurso que tem de ser feito, com a noção de que aquilo que fazemos, temos de fazer bem. Ao fazermos bem, vamos sendo reconhecidos. No caso dos doentes oriundos dos PALOP, que chegam cá por vezes sem grandes meios, perdidos,</p>	<p>10</p>	<p>7</p>
--	--	--	---	-----------	----------

			<p>sozinhos, somos uma grande base de apoio, com um papel importante.” (E1)</p> <p>- “Eu acho que o nosso trabalho é imprescindível, porque nós trabalhamos na defesa dos direitos humanos, na sua dignidade, e portanto toda a nossa intervenção desde o momento em que chegam ao hospital, através do acolhimento e depois todo o processo de acompanhamento até ao final de um tratamento, é fulcral. [...]” (E2)</p> <p>-“Sem o nosso trabalho e o nosso empenho eu acho que estes doentes seriam “perdidos”. <i>Nós somos a bússola destes doentes</i>, vamos orientando em todas as fases: na fase de acolhimento, na fase de integração, e ao longo de todo o processo. Em todas as fases nós estamos aqui para orientar. É ao serviço social que eles vão expor as suas dificuldades, porque ao longo deste processo criam uma ligação com os técnicos. Não imagino situações destas, famílias deslocadas, sem o apoio do Serviço Social. Penso que seria muito mais difícil” (E3)</p> <p>-“ Consideramos que é de grande importância.! É fundamental desbloquear os apoios necessários a estas famílias, embora muito reduzidos.. [...] A intervenção do serviço social também é</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>adaptada ao tipo de família que temos. Há sempre alguma informação a transmitir, independentemente do estrato social” <b>(E4)</b></p> <p>-“ O nosso papel é fundamental, porque se eles chegassem aqui e não fôssemos nós a ter estes circuitos já montados, a orientá-los, eles ficariam um pouco “à deriva”.”<b>(E5)</b></p> <p>-“ Se não fosse a intervenção do Serviço Social para estas famílias as coisas complicar-se-iam muito mais. [...] ” <b>(E6)</b></p> <p>-“ Fica uma relação muito forte! Fica mesmo! [...] A enfermaria também é pequenina, e os profissionais acabam por ter uma ligação muito próxima não só com as pessoas doentes como com as suas famílias, porque os internamentos às vezes são de mês a mês. Tudo isso cria laços!” <b>(E7)</b></p> <p>-“ Eu acho que é um impacto muito grande. Apesar da limitação dos meios, conseguimos sentir-nos importantes no apoio que podemos dar independentemente dos recursos que possamos ter. Só o facto da pessoa fazer essa comunicação, e fazer a viabilização da comunicação é muito importante. Se a assistente social por vezes não tem recursos pode pelo menos dar voz a quem os possa arranjar.” <b>(E7)</b></p>		
--	--	--	--	--	--

## Apêndice X – Quadro Síntese da Análise de Conteúdo

### Eixo 1 – Dimensão A

<b>Eixo I - Realidades e percepções sobre a vulnerabilidade(s) em saúde</b>					
<b>Dimensões</b>	<b>Subdimensões</b>	<b>Categorias</b>	<b>Unidade de registo</b>	<b>Nº de entrevistados que abordaram a categoria</b>	
<b>A. Vulnerabilidades dos doentes e famílias oriundas dos PALOP</b>	A1. Individual	A1.1 Perceção do estado de saúde	4	2 (E2, E6)	
		A1.2 Existência de barreiras de comunicação	3	2 (E2, E3)	
		A1.3 Dificuldades de compreensão	2	2 (E3, E6)	
	Unidades de registo (vulnerabilidade individual):			9	
	A2. Social	A2.1 Existência de estigmas	1	1 (E1)	
		A2.2 Acesso a Condições Sociais/ fatores económicos e habitacionais	7	3 (E2, E3, E4)	
		A2.3 Disponibilidade e usufruto de recursos (acesso a necessidades básicas)	5	4 (E3, E4, E5, E6)	
		A2.4 Desenraizamento	7	4 (E1, E2, E6, E7)	
	Unidade de Registo (vulnerabilidade social):			20	
	A3. Programática/institucional	A3.1 Articulação intersectorial (SEF, Embaixadas, Hospitais..)	5	4 (E3, E4, E6, E7)	
		A3.2 Não disponibilização dos recursos de modo efetivo e democrático	3	2 (E4, E7)	
	Unidade de registo (vulnerabilidade programática/institucional):			8	
	Nº Total unidades de registo			37	
Total de sujeitos (N=7)			7		

**Eixo 1 - Dimensão B**

<b>Eixo I - Realidades e percepções sobre a vulnerabilidade(s) em saúde</b>				
<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>Categorias</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Nº de entrevistados que abordaram a categoria</b>
<b>B. Políticas e serviços Prestados no domínio do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português (Acordos)</b>	B1. Princípios e Procedimentos da evacuação de doentes	B1.1 Estabelecidos	6	3 (E3, E4, E5)
		B1.2 Alternativas	4	4 (E3, E4, E5, E6)
	Unidade de registo (princípios e procedimentos da evacuação de doentes):		10	
	B2. Lacunas e incumprimentos dos Acordos		19	7 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)
	Nº Total unidades de registo			29
Total de sujeitos (N=7)			7	



Eixo 2- Dimensão C

<b>Eixo II - Práticas e Processos de intervenção em Serviço Social</b>				
<b>Dimensões</b>	<b>Subdimensiones</b>	<b>Categorias</b>	<b>Unidade de registo</b>	<b>Nº de entrevistados que abordaram a categoria</b>
<b>C: Ação de Serviço Social com doentes e famílias provenientes dos PALOP ao abrigo dos acordos de cooperação</b>	<b>C1. Funções/Metodologias</b>	C1.1 Acolhimento, avaliação e definição do plano de intervenção	12	7 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)
		C1.2 Capacitar	1	1 (E2)
		C1.3 Participação em Grupos de Trabalho	1	1(E2)
		C1.3 Papel Negociador e Mediador	1	1 (E1)
	<b>C2. Modalidades de apoio</b>	C2.1 : Articulação com entidades externas para efeitos de regularização ou ativação de protocolos	16	7 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)
		C2.2 : Articulação com organizações de proximidade local para garantia da continuidade de cuidados	6	5 (E1, E2, E3, E4, E6)
		C2.3: Aconselhamento	3	3 (E1, E2, E6)
		C2.4: Mediação de Conflitos	2	2 (E1, E2)
		C2.5: Trabalho em equipa	9	6 (E1, E2, E4, E5, E6, E7)
	<b>C3. Advocacy efetivo</b>		9	7 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)
	<b>C4. Aplicação de normativos</b>		9	7 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)
	<b>C5. Estratégias de intervenção (meios e intencionalidade)</b>	C5.1 Voluntariado	4	3 (E2, E4, E6)
		C5.2 Explicar procedimentos (implícito)	3	2 (E1, E2)
		C5.3 Empatia	1	1 (E6)

		C5.4 Fomentar o contacto entre doentes/familiares /grupos de interajuda	3	2 (E2, E7)
		C5.5 Outras atividades	1	1 (E2)
	C6. Especificidades da prática do Serviço Social com doentes e famílias dos PALOP	C6.1 Respeito pelas Crenças	1	1 (E1)
		C6.2 Respeito pela diversidade cultural	5	4 (E2, E3, E4, E7)
		C6.3 Necessidade de maior acolhimento e intervenção	8	5 (E1, E2, E5, E6, E7)
Nº Total unidades de registo			94	
Total de sujeitos (N=7):			7	

## Eixo 2 - Dimensão D

<b>Eixo II - Praticas e Processos de intervenção em Serviço Social</b>				
<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>Categorias</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Nº de entrevistados que abordaram a categoria</b>
<b>D. Perspetivas de intervenção no domínio em análise</b>	D1. Referências teóricas		3	2 (E2, E6)
	D2. Constrangimentos na intervenção	D2.1 Sem constrangimentos	2	2 (E2, E5)
		D2.2 Legislação limitativa	2	1 (E1)
		D2.3 Falta de respostas/apoios da embaixada	6	5 (E3, E4, E5, E6, E7)
		D2.4 Barreira Cultural/ Comunicação	4	4 (E3, E4, E5, E6)

		D2.5 Recolha de Informações/Estudo social das famílias alargadas para a alta (implícito)	4	3 (E4, E6, E7)
		D2.6 Recusa de apoio por parte do doente/família (implícito)	1	1 (E6)
	D3. Potencialidades/principais contributos	D3.1 Humanização das estruturas	5	4 (E1, E2, E6, E7)
		D3.2 Promoção de acesso às estruturas	5	4 (E2, E3, E4, E5)
		D3.3 Mobilização ativação de redes de apoio	12	7 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)
		D3.4 Facilitar bens essenciais no imediato	6	4 (E2, E3, E4, E5)
		D3.5 Participação na resolução de problemas	8	4 (E1, E2, E3, E6)
	D4. Perceção sobre o impacto da sua intervenção		10	7 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)
Nº Total unidades de registo			68	
Total de sujeitos (N=7):			7	