

MEDIAÇÃO INTERCULTURAL EM CONTEXTOS DE CUIDADOS DE SAÚDE – Projeto MEiOS

Intercultural Mediation in Health Care Contexts – MEiOS Project

Alcinda Reis

ESSS-IPSantarém, Portugal
alcinda.reis@essaude.ipsantarem.pt

Ana Spínola

ESSS-IPSantarém, Portugal
ana.madeira@essaude.ipsantarem.pt

Cláudia Chaves

ESSViseu-IPV, Portugal
claudiachaves21@gmail.com

Conceição Santiago

ESSS-IPSantarém, Portugal
mconceicao.santiago@essaude.ipsantarem.pt

Emília Coutinho

ESSViseu-IPV, Portugal
ecoutinhoessv@gmail.com

Neila Karimo

ACM I.P, Portugal
neila.karimo@acm.gov.pt

Teresa Dénis

ESTSL-IPL, Portugal
teresa.denis@estesl.ipl.pt

RESUMO

A necessidade de se considerarem especificidades étnicas e culturais, para além da barreira da língua nos cuidados com as pessoas migrantes, é hoje uma realidade para os profissionais nos contextos de cuidados de saúde. Visando o suprimento destas necessidades para profissionais e migrantes, o Alto Comissariado para as Migrações desenvolveu em Portugal (2009-2012) o Projeto de Mediação Intercultural em Serviços Públicos, colocando mediadores interculturais nos contextos: profissionais que intervêm na resolução de tensões. Em 2015 é criada a Rede de Ensino Superior

em Mediação Intercultural e o grupo temático da Saúde: propõe-se o desenvolvimento de um estudo de desenho indutivo com orientação etnometodológica, para identificação de resultados de Mediação Intercultural em Serviços Públicos. Pretende-se evidenciar os resultados obtidos no projeto, de acordo com a etapa do estudo desenvolvida. Conclui-se da importância da inclusão de mediadores e do potencial de desenvolvimento da sua atividade nas equipas em contextos multiculturais de cuidados.

Palavras-chave: cuidados de saúde, mediação intercultural, migrantes, multiculturalidade

ABSTRACT

The need to consider ethnic and cultural specificities, in addition to language barrier in interaction and care for migrant people, is now a reality for professionals in healthcare contexts. Aiming at the supply of these needs for professionals and migrants, High Commissioner for Migration developed in Portugal (2009-2012), the Intercultural Mediation Project in Public Services, placed intercultural mediators in the contexts: professionals who intervene in the resolution of tensions. In 2015, the Higher Education Network is created at Intercultural, Mediation and the thematic health group: it is proposed the development of an inductive design study with ethnometodological orientation, to identify the results of the Intercultural Mediation Project in Public Services. It is intended to highlight some of the results obtained, according to the stage of the study developed. It is concluded the importance of the inclusion of mediators and the potential for the development of their activity in multicultural care contexts teams.

Keywords: health care, intercultural mediation, migrants, multiculturalism

1 INTRODUÇÃO

A supremacia cultural do ocidente no mundo levou à sua globalização e exclusão de outras culturas no desenvolvimento da humanidade (González, 2016). Essa condição coartou a humanidade de uma visão de abertura, aceitação, compreensão e respeito pelo diferente. Tal privação impôs uma valorização da cultura ocidental e uma incompreensão das que o não eram, abrindo caminho a sentimentos de inferioridade, à xenofobia, ao racismo, ao terrorismo, às guerras, às mortes. O relatório de 2017 dá conta dessa preocupação da Organização da Nações Unidas com o combate a manifestações de nazismo, neo-nazismo racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância (United Nations Organization, 2017). Também Farah (2018) afirma que assistimos a uma conjuntura de crescente xenofobia, racismo, discriminações e generalizações contra migrantes e refugiados, realçando a importância de se desenvolverem iniciativas que punam aqueles que incitam ao ódio e à violência, mas sendo também necessário que se desenvolvam ações educativas e de consciencialização e capacitação tendo em vista a humanização.

A proposta de uma interculturalidade como alternativa à globalização visa a “universalização progressiva de valores culturais não impostos, mas consequentes do diálogo intercultural e confrontação de uma pluralidade de culturas, com vista à criação de uma cultura mundial de dignidade e de solidariedade” (González, 2016, p.22).

A mediação intercultural pretende resgatar os valores pré-hegemónicos da ocidentalização cultural no mundo e nesse sentido é assumida por Giménez-Romero (2010) como a intervenção de um terceiro elemento orientada para o reconhecimento do outro, unindo as partes numa comunicação e entendimento mútuos, aprendendo e desenvolvendo a coexistência, gerindo os conflitos e promovendo a adaptação, entre atores com diferenças culturais, sociais e institucionais.

No seu artigo “construindo pontes e travessias: das mediações sociais à mediação intercultural” Vieira e Vieira (2017, p. 44) destacam a mediação intercultural por ser a de “dentro de todas as mediações sociais a que mais investe na prevenção, transformação, educação e reabilitação. Criticam o uso abusivo do conceito de tolerância e propõem o de respeito como pilar da convivência entre diferentes. Assumem a mediação intercultural como tendo potencialidade para atravessar todas as mediações socioculturais (familiar, comunitária, pessoal, laboral, escolar...) se se assumir o intercultural como paradigma que rompe com o culturalismo. Desta forma, a mediação intercultural

não está presente apenas em contextos de forte multiculturalidade como é o exemplo da coexistência de pessoas migrantes. A este respeito Campinha-Bacote (2002) sublinha o facto de existir maior variação cultural no seio de uma mesma cultura, no interior dos grupos étnicos, do que entre eles (variação intra-étnica).

Atualmente sem regulamentação em Portugal, o perfil de mediador intercultural encontra-se em discussão pública. Discute-se a formação adequada ao desenvolvimento do profissional mediador intercultural, de que nível, que condições de acesso, duração da mesma, entre outros aspetos.

Nos contextos da prática clínica multicultural, no seu quotidiano, os profissionais de saúde confrontam-se com realidades desafiantes para as quais nem sempre sentem estar devidamente preparados. Destacam-se alguns estudos que evidenciam a importância de os profissionais de saúde terem formação em mediação intercultural.

É tendo em conta a importância destes desafios que têm sido levados a cabo alguns projetos, na área da saúde transcultural em Portugal, que engloba vários atores da sociedade civil e instituições estatais, nomeadamente o projeto Mediação Intercultural em Serviços Públicos [MISP] do Alto Comissariado para as Migrações [ACM], desenvolvido entre 2009 e 2012. Para estabelecimento de uma parceria entre o ACM e diferentes instituições de ensino superior politécnico e universitário concretiza-se a assinatura de uma Carta de Compromisso para a formação da Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural (RESMI, 2015). Esta rede tem a finalidade de criar sinergias para a produção de conhecimento em torno das questões e práticas de mediação, na qualificação de profissionais na área da mediação intercultural, bem como na monitorização e disseminação dos resultados obtidos a partir das intervenções na área da mediação intercultural em serviços públicos, de onde se destacam os contextos de cuidados de saúde (RESMI, 2015): aqui se insere o projeto MEiOS (Mediação Intercultural e *Outcomes* em Saúde), desenvolvido pelo grupo temático RESMI/Saúde, cujos resultados se apresentam parcialmente neste artigo. Este grupo integra na sua composição diferentes elementos, afetos a diversas instituições e de diferentes áreas disciplinares.

Definiu-se como objetivo principal do estudo desenvolvido no âmbito do projeto MEiOS – avaliar os *outcomes* em saúde obtidos com a intervenção de mediadores interculturais com atores chave nos contextos de cuidados; considerando-se estes “atores”, os migrantes/sujeitos dos cuidados, profissionais de saúde e mediadores interculturais que integraram o projeto MISP (2009-2012), caracterizando-se a sua intervenção em serviços de saúde.

Define-se como objetivo para este artigo: evidenciar os resultados obtidos no projeto MEiOS, de acordo com a etapa do estudo desenvolvida.

O conceito de *outcomes* (resultados) em saúde é no contexto deste estudo associado à perspetiva de Donabedian (2003), considerando-se que um resultado de saúde se refere ao efeito do cuidado/intervenções sobre o estado de saúde das pessoas migrantes cuidadas.

Leininger (2001) defendeu que o cuidado é uma atividade fundamental nas sociedades humanas e sublinha o significado e a importância da cultura para a explicação das respostas humanas dos indivíduos relacionadas com a saúde-doença ou sistemas de assistência, sendo que não poderá haver cura sem cuidado apesar de poder haver cuidado sem cura. É nessa interação entre quem cuida e quem é cuidado que o significado dos gestos e das palavras pode assumir outro sentido, que não o pretendido.

Dissonância nos sentidos atribuídos são desocultados em diversos estudos. Coutinho (2016) salienta que a ausência de vigilância de gravidez se reflete negativamente na saúde e qualidade de vida das populações. A falta de informação e ou a ausência de um intérprete que conheça a sua cultura, as suas crenças e valores reforça esta realidade sociocultural. O mediador intercultural pode constituir a solução estratégica para que numa mediação intercultural preventiva possa partilhar-se um sentido comum, dar um sentido ao significado cultural atribuído à vigilância de gravidez e, ainda, através da preservação, acomodação ou repadronização dos cuidados contribuir para os ganhos em saúde, qualidade de vida e bem-estar das pessoas, famílias e comunidades.

Também Coutinho, Amaral, Parreira, Chaves, Amaral, & Nelas (2019) concluíram que apesar das enfermeiras, ao nível discursivo, afirmarem que cuidam de forma personalizada, emerge que nem sempre as enfermeiras foram eficazes nas interações com as puérperas, de forma a demonstrarem a competência cultural, num estadio considerado culturalmente inconsciente.

Constrangimentos nos contextos de cuidados de saúde – entre profissionais de saúde, mediadores interculturais e migrantes são caracterizados por Reis (2016), que partindo da análise de diversos estudos essencialmente focados na área da prática clínica dos enfermeiros com migrantes, bem como do seu enquadramento normativo-legal, identifica três áreas de reflexão distintas, cuja articulação resulta clarificadora dos referidos constrangimentos: - O que é a multiculturalidade nos contextos de cuidados de saúde - Os enfermeiros e os contextos multiculturais de cuidados - O que acontece nos encontros com migrantes. Conclui igualmente sobre a necessidade de mobilização de mediadores interculturais nos contextos multiculturais de cuidados, bem como da criação de unidades de saúde culturalmente recetivas.

Vários estudos têm sido realizados problematizando a necessidade de mediação intercultural nos contextos de saúde e a necessidade de formação por parte dos profissionais de saúde. Diferentes projetos internacionais de investigação-ação têm sido desenvolvidos nos quais se pretendeu sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da formação em mediação intercultural, realçando a função do mediador cultural como agente facilitador de comunicação entre profissional de saúde e cliente (Santinho, 2016).

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Na sequência da reflexão teórica desenvolvida, visando a avaliação dos *outcomes* em saúde obtidos com a intervenção de mediadores interculturais e atores chave nos contextos de cuidados a migrantes, traçou-se o percurso deste estudo, considerando a perspetiva indutiva e interpretativa de acordo com Yin (2015) e Stake (2012).

Legitimou-se o fenómeno em estudo – *outcomes* em saúde com a mediação intercultural. Enquadrada pela pertinência social e científica reiterada pela parceria estabelecida entre o ACM e as outras entidades integrantes do estudo a desenvolver; orientou-se o seu desenvolvimento numa perspetiva de investigação naturalista e etnometodológica, encarando-se a sua focalização não apenas no significado das interações entre os diferentes atores envolvidos, mas para além disso também na sua estrutura, não as tomando *a priori* como definidas (Chevrier, 2003; Flick, 2005).

Numa fase inicial do estudo, contemplaram-se as pesquisas e leituras de ordem teórico conceptual, tendo-se recorrido a entrevistas exploratórias a dois peritos na área da mediação intercultural em contextos de cuidados de saúde. Este processo viabilizou desde logo na concretização da fase exploratória da investigação, o acesso a elaborações subjetivas dos participantes entrevistados – considerados informantes privilegiados na área da problemática (Flick, 2005; Quivy & Campenhoudt, 2008). Identificaram-se nesta primeira fase algumas pontes conceptuais que foram organizadoras da estrutura cognitiva que se pretendia nesta primeira fase, estabilizando a questão de investigação – Como se caracterizam os *outcomes* em saúde obtidos nos contextos de cuidados onde os mediadores interculturais intervêm com atores chave?

Nesta perspetiva desenvolve-se um estudo de natureza qualitativa, procurando-se os significados e o processo para a compreensão do fenómeno em estudo. Dada a relação multidimensional com os diferentes atores nos contextos de cuidados de saúde, é exigida a compreensão da experiência vivida pelos sujeitos no espaço que ocupam e perceber-se o desenvolvimento do processo dos acontecimentos (Streuber & Carpenter, 2013).

De acordo com o que nos referem Yin (2015) e Stake (2012), desenvolve-se uma metodologia de pesquisa – o estudo de caso, estratégia de análise fundamentada, que permite através da organização cognitiva inicial perspetivar a interação nos diferentes contextos, ilustrando o movimento metodológico e estratégico que se desenvolveu, conforme se apresenta na Figura 1.

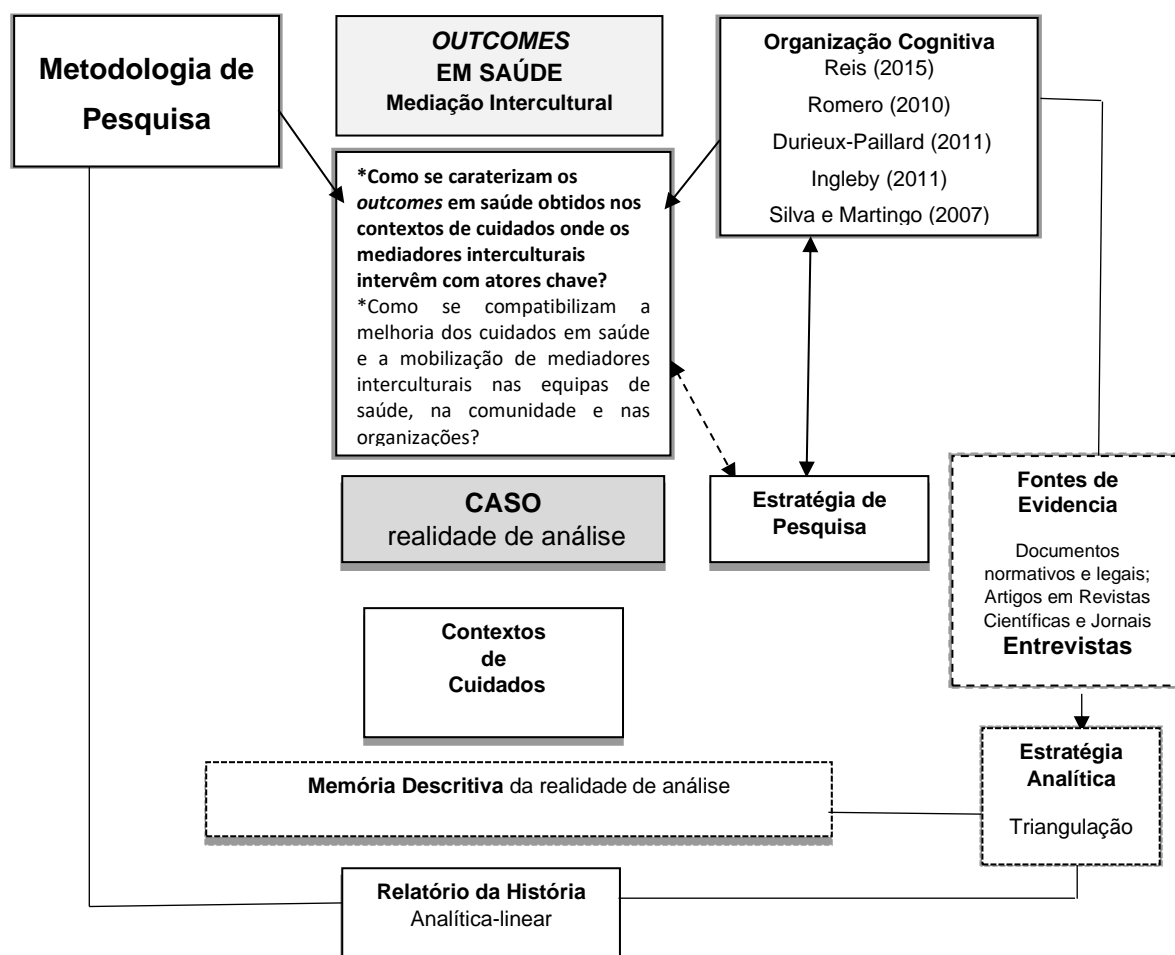


Figura 1: Do movimento metodológico à estratégia de pesquisa adotada no estudo

De acordo com a metodologia de pesquisa adotada – estudo de caso – o planeamento desenvolvido teve subjacente as questões de investigação bem como a organização conceptual. Esta organização foi construída através das estruturas cognitivas que permitiram a recolha, análise e interpretação dos dados na procura da triangulação.

Ao definir-se no desenho do estudo a estratégia de pesquisa (Figura 1), tiveram-se presentes as fontes de evidência para a caracterização dos *outcomes* em saúde obtidos com a intervenção de mediadores interculturais nos contextos de cuidados. Destas fontes salientam-se: os documentos normativos e legais, artigos em revistas científicas, jornais e entrevistas semidirigidas. Desenvolveu-se a estratégia analítica – um processo de triangulação: dos dados empíricos, teórico-conceitual, metodológica das técnicas e métodos. Os participantes do estudo – dois (2) enfermeiros, um (1) mediador cultural, dois (2) juristas e um (1) administrativo foram selecionados privilegiando uma amostra intencional (Flick, 2005), possibilitando a escolha dos respondentes por possuírem um conhecimento pertinente relativamente ao fenómeno em estudo e serem capazes de o verbalizar. Mobilizaram-se como técnicas de recolha de dados: a análise de documentos e as entrevistas semidirigidas. O planeamento das entrevistas, teve subjacente um *guião de entrevista*, que integrou três considerações, como sugerem Streubert e Carpenter (2013), de ordem conceptual, de ordem relacional e de ordem material. Relativamente à ordem de desenvolvimento, o seu planeamento teve subjacente o enquadramento teórico-conceitual construído.

As considerações de ordem relacional entre investigadores e participantes garantiram-se através de contactos prévios, modo presencial, divulgando o âmbito do estudo e o objetivo da entrevista. Relativamente às considerações de ordem material, assegurou-se o registo do material recolhido quando das entrevistas, com recurso a gravação em formato áudio sendo posteriormente transcritas e datilografadas em folhas A4.

A abordagem interpretativa adotada, com a utilização das diferentes técnicas permitiu o desenvolvimento do processo de triangulação dos dados, assegurando-se a validade da metodologia de pesquisa (Yin, 2015; Stake, 2012).

Definida a estratégia compreensiva de pesquisa, tiveram-se presentes os argumentos que sustentaram as preocupações éticas como investigadores, que se centraram nos sujeitos e nos contextos envolvidos. A equipa de investigadores, garantiu a obtenção de parecer favorável de Comissão de Ética de Unidade de Investigação de Instituição do Ensino Superior, bem como da Comissão Nacional de Proteção de Dados [CNPD], com o registo nº 12293/ 2016, proferido em 16-11-2016.

No que se refere à proteção dos participantes envolvidos, teve-se em consideração a anonimização dos dados e a obtenção de consentimento informado.

Na sequência dos dados obtidos através das técnicas apresentadas, desenvolve-se uma estratégia de análise global do material empírico obtido, numa abordagem sistemática; procuraram-se significados no conjunto dos dados como nos sugerem Yin (2015) e Stake (2012).

Ocorreram duas fases: 1ª fase – Exploratória - análise de documentos; 2ª fase (a que se reporta este artigo) – Análise do material empírico – entrevistas, operacionalizadas numa perspetiva evolutiva de complexidade crescente em busca do significado na análise. Desenvolveu-se desde a primeira fase a análise compreensiva do fenómeno assumindo a descrição detalhada da triangulação das técnicas e métodos realizados.

Na 1ª fase desenvolve-se a fase exploratória, procedendo-se a análise documental, conduzida segundo as dimensões mobilizadas na intervenção de mediadores interculturais valorizando o sentido semântico do texto nos documentos analisados. Na 2ª fase, realizou-se a análise do material empírico, procedendo à codificação dos dados com base na análise temática do *corpus* obtido a partir das entrevistas aos peritos referenciados. Foi estabelecida de acordo com Bogdan e Biklen (2013) e Bardin (2016), acautelando-se a possibilidade de reconhecimento dos participantes com a codificação estabelecida.

A análise de conteúdo foi desenvolvida a partir do *corpus* obtido, tendo-se procedido de acordo com Bardin à “manipulação das mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem” (2016, p.48).

A entrevista foi desenvolvida com uma estrutura semidirigida, de acordo com os autores adotados (Bogdan & Biklen, 2013; Bardin, 2016), procurando-se a focalização no relato de situações sobre e de mediação intercultural, em contextos de cuidados de saúde. Respeitou-se o equilíbrio entre o modo de condução da entrevista, os indicadores estabelecidos no guião e o respeito pela sua função de enquadramento das questões.

Desenvolveu-se análise documental e análise temática em profundidade, realizada às entrevistas, partindo de uma amostra intencional (Bogdan & Biklen, 2013) de seis entrevistas, distribuídas pelos diferentes atores em contextos de cuidados de saúde.

Assumi-se a análise de conteúdo como técnica de análise a integrar o processo de triangulação nesta segunda fase do estudo. Adotou-se a perspetiva de Bardin (2016) sabendo-se que na interseção da palavra e de unidades semânticas é fundamental procurar-se fazer o recorte de natureza puramente formal na maioria das práticas. A partir da identificação das expressões significativas, procedeu-se à codificação dos dados para chegar à categorização, tendo sido a sua construção efetuada pela combinação dos dois processos *a priori* e *a posteriori*, porque se pretendia a triangulação da análise documental, com o referencial teórico e os objetivos deste estudo.

No decorrer da análise, foi fundamental o processo de decomposição-reconstrução, para determinar a indicação de correspondências entre as mensagens dos participantes e a realidade subjacente aos contextos de cuidados onde os mediadores interculturais intervêm como atores chave. Para o processo de categorização teve-se presente, algumas qualidades para uma “boa categoria”, a *homogeneidade*, porque num mesmo conjunto categorial só se pode funcionar com um registo e com uma dimensão de análise, ou seja, diferentes níveis de análise devem ser separados em outras análises sucessivas. A *pertinência*, porque as categorias têm que estar adaptadas ao material de análise escolhido e integrar o quadro teórico definido. A *objetividade e a fidelidade*, porque as regras que definimos foram aplicadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises. A *produtividade*, porque permite dados novos para outros significados (Bardin 2016).

3 RESULTADOS

Para a identificação dos resultados foram construídos quadros com os termos-chave “categorias”, indicadores e as unidades de registo, aos quais se acrescentaram observações ou comentários sobre possíveis relações com os conceitos organizadores à intervenção dos mediadores interculturais nos contextos de cuidados.

Nesta fase, “tratamento dos resultados e interpretações” foi fundamental analisar os dados, através do quadro de codificação do corpus das entrevistas, encontrar uma linha semântica, relacionar uns conceitos com os outros, organizá-los de modo a enquadrar a temática à intervenção dos mediadores interculturais nos contextos de cuidados em três temas representativos: *conceção de mediação intercultural*; *intervenção do mediador intercultural*; *avaliação do processo de mediação intercultural*. Teve-se presente as qualidades da análise de conteúdo e identificar as categorias e indicadores (Flick, 2005; Bardin, 2016), que permitiram a codificação das entrevistas. No quadro abaixo selecionam-se algumas unidades de registo, ilustrativas das categorias emergentes na análise do material empírico obtido.

Quadro 1 - Sistema de categorias - das entrevistas dos participantes

TEMA	CATEGORIAS	Unidades de registo
1- CONCEÇÃO DE MEDIAÇÃO INTERCULTURAL	1.1- Facilitar a Comunicação	E1.60 “técnicas de comunicação, seria, portanto, o sentido (...) do segredo profissional, (...) levantar esta questão que é muito importante e sobretudo, portanto às vezes há fugas de informação” E1.164 “ações de sensibilização para a população migrante, sobre a dinâmica do serviço nacional de saúde” E2.37 “estigma que às vezes uma pessoa vai sentindo (...) senti muito a necessidade de me colocar no papel do outro e tudo fazer para ajudar.” E2.40 “facilitar a comunicação de desbloquear preconceitos, de fazer pontes, enfim.” E1.47 “eram precisamente facilitar a comunicação, ajudar na melhoria nas condições de vida da população migrante” E2.149 “facilitar a comunicação entre os profissionais e os serviços.”
	1.2- Desbloquear Barreiras	E1.48 “eventual confiança dos cidadãos com mediador, portanto há aqui uma possibilidade de uma figura que é muito específica” E1.162 “mediadores são um agente promotor de saúde...” E1.172 “estes mediadores que estão nos sítios sabiam muito melhor identificar” E2.42 “desbloquear todas as barreiras que existiam, portanto... ajudar a aproximar as partes.” E4.222“(...) porque falando crioulo ele [guineense] ficou mais à vontade.”
	1.3- Estabelecer Redes Acesso	E1.74 “serem capazes de fazerem os encaminhamentos adequados, darem informação correta” E4.304 “nunca deixámos de tratar de regularização, porque com a regularização a gente encontra um mundo de problemas que está a assolar a pessoa por trás”
2- INTERVENÇÃO DO MEDIADOR INTERCULTURAL	2.1- Momentos de interação	E1.151 “telefone e digo “Posso ir ter consigo, ah sim pode e tal”
	2.2- Diálogo Intercultural	E2.146 “promover o diálogo intercultural através da facilitação compreensão e respeito mutuo, colaborar na prevenção e resolução de referendos etnoculturais”
	2.3-Tomada de Decisão	E1.126 “eu acho que é facilitador informador, deve ter uma atitude pedagógica” E2.351 “ajudar na prevenção e gestão de conflitos”
3- AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE	3.1- Potencialidades	E1.54 “eu penso que tendo um mediador, a formação adequada (...) fundamental será uma mais valia também para o cidadão migrante”

MEDIAÇÃO INTERCULTURAL	3.2- Fragilidades	E1.92 “o mediador, portanto tem a sua função, muito bom definir também quais são as funções” E4.44 “maior problema, o maior obstáculo, em Portugal é o não reconhecimento das competências e das habilitações das pessoas. Isto realmente é péssimo. Até hoje realmente não me sinto completamente integrado por causa disso. Não me sinto mesmo.”
	3.3- Oportunidades	E1.134 “as pessoas vão colocar duvidas se têm dificuldades no acesso, as pessoas fazem queixas, reclamações, portanto, eu penso ser um sítio correto para estar o mediador (...) o gabinete do cidadão” E1.88 “saberem também muito bem a legislação do acesso à saúde dos cidadãos estrangeiros, até para poder também facilitar não só o acesso do cidadão, mas também o trabalho do próprio profissional administrativo” E4.428 “seria bem melhor se isto culminasse com um ... título académico, porque o que nos dá profissão nesse sentido, é realmente...”

4 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A discussão dos resultados encontra-se aqui orientada pelos três temas representativos no sistema de categorias do estudo. Pretendeu-se evidenciar parte da interpretação e qualificação das codificações estabelecidas a partir do corpus obtido: Conceção de mediação intercultural; Intervenção do mediador intercultural; e Avaliação do processo de mediação intercultural.

Relativamente ao tema Conceção de mediação intercultural, pretendeu-se compreender a perceção dos diferentes participantes do estudo sobre mediação intercultural, nomeadamente na particularização das categorias que identificaram como importantes em contextos de cuidados de saúde. Neste tema foram codificadas as categorias: Facilitar a Comunicação, Desbloquear Barreiras e Estabelecer Redes Acesso.

Facilitar a Comunicação

Nesta dimensão os participantes do estudo entendem a comunicação como um processo interativo e pluridirecional, que depende das aptidões, atitudes e comportamentos dos intervenientes e da utilização adequada de estratégias de comunicação.

A utilização de técnicas de comunicação para melhor gestão da complexidade das interações interculturais com a população migrante surgiu como uma forma de garantir o sigilo profissional e a fuga de informação:

E1.60 “técnicas de comunicação, seria, portanto, o sentido (...) do segredo profissional (...) levantar esta questão que é muito importante e sobretudo, portanto às vezes há fugas de informação”.

Este testemunho também reflete o respeito pelo outro, indo ao encontro dos achados de Reis et al. (2018), em que a comunicação é um modo de partilha não só de informação, mas também de opiniões e sentimentos entre enfermeira-cliente, que se complexifica quando existem diferenças de valores, preferências, origens culturais, religiosas, sociais e de afetividade de ambos os intervenientes como também aponta Durieux-Paillard (2011).

Por sua vez, o confronto do profissional de saúde com a diversidade cultural da pessoa migrante pode resultar numa comunicação com base em perceções e juízos etnocêntricos, preconceitos e modelos estereotipados, que poderão refletir negativamente em todo o processo terapêutico (Coutinho et al., 2019; Reis, 2015). O seguinte testemunho, sugere uma consciencialização da importância de uma comunicação sensível e adequada a regras, valores e costumes sociais desconhecidos para os profissionais de saúde:

E2.40 “facilitar a comunicação de desbloquear preconceitos, de fazer pontes, enfim.”

Ao nível dos contextos de cuidados de saúde, a evidência científica mostra que os estereótipos incorporados nos sistemas de saúde podem limitar ou prejudicar a qualidade, a eficiência e a eficácia dos cuidados, especialmente quando direcionados para a população migrante, visto que as orientações culturais, identidades e sistemas de valores podem sofrer mudanças consideráveis ao longo do processo de migração (Giménez-Romero, 2010).

Sabe-se que uma organização de saúde multicultural, é consciente de que os próprios profissionais de saúde podem pertencer a culturas diferentes, numa abordagem sensível à cultura, mas que o acolhimento da pessoa terá que estar liberto de pré conceitos e de juízos de valor (Reis et al., 2018; Silva & Martingo, 2007), procurando compreender e respeitar os seus valores, crenças e práticas religiosas e fazer valer os seus direitos. Evidencia-se, nos testemunhos a uma outra particularidade, especialmente associada aos modelos estereotipados para determinados grupos étnicos:

E2.37 “estigma que às vezes uma pessoa vai sentindo (...) senti muito a necessidade de me colocar no papel do outro e tudo fazer para ajudar.” Sentimentos de discriminação durante os cuidados de saúde são resultados encontrados em estudos dirigidos a migrantes, sentimentos que se tornam mais intensos e difíceis de gerir quando se acresce condições de vida mais precárias e falta de uma rede de apoio (Giménez-Romero, 2010; Farah, 2018).

A mediação intercultural pode, ainda, facilitar a compreensão dos impactos da migração e marginalização na saúde e bem-estar dos migrantes, nomeadamente pela influência de outros fatores como o nível socioeconômico, idade, etnia, sexo, práticas de cuidados de saúde, cultura, entre outros, colocando esta população em risco de desigualdades na saúde, como revelam estes participantes:

E1.47 “eram precisamente facilitar a comunicação, ajudar na melhoria nas condições de vida da população migrante”;

E1.164 “ações de sensibilização para a população migrante, sobre a dinâmica do serviço nacional de saúde”

Desbloquear Barreiras

A dimensão identifica funções e competências do mediador intercultural na gestão da diversidade cultural nos contextos de saúde.

Com enfoque no termo Mediação (Giménez-Romero, 2010) define como um processo de comunicação, onde os temas de “diálogo” devem surgir do interesse das pessoas implicadas permitindo-lhes a utilização das suas capacidades de decisão. Neste sentido, o processo de mediação intercultural implica os princípios da igualdade, do respeito pela diferença e da interação positiva, aspetos que são evidenciados pelos participantes do estudo quando referem:

E2.42 “desbloquear todas as barreiras que existiam, portanto... ajudar a aproximar as partes”;

Ao nível dos cuidados de saúde, o mediador intercultural possibilita o atenuar das diferenças linguísticas e culturais e das barreiras institucionais e estruturais no acesso à saúde (Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 de 3 de maio), aspetos que foram identificados pelos participantes quando referem:

E4.222 “(...) porque falando crioulo ele [guineense] ficou mais à vontade.”

Atendendo que as próprias instituições/organizações de saúde têm um papel determinante face à diversidade cultural dos seus clientes (Reis, 2015; Silva & Martingo, 2007), estas devem providenciar condições para fornecer cuidados de saúde de qualidade, nomeadamente com a implementação de diferentes tipos de estratégias que permitam atenuar a barreira linguística (material informativo em diferentes línguas, uso da sinalética, intérpretes e mediadores interculturais), atenuando os custos dos cuidados de saúde da população migrante (uma população vulnerável e com necessidades específicas) e promover uma abordagem sensível à cultura na promoção da saúde e prevenção da doença e no lidar com os problemas de saúde específicos (Farah, 2018).

Considerando este último ponto, cabe ao mediador intercultural colaborar na integração social das pessoas migrantes e no facilitar o atendimento, o acompanhamento, na sensibilização cultural e na comunicação com os profissionais de saúde, aspetos identificados pelos participantes quando referem:

E1.162 “mediadores são um agente promotor de saúde”;

E quando se reportam à confiança no mediador intercultural:

E1.48 “eventual confiança dos cidadãos com o mediador, portanto há aqui uma possibilidade de uma figura que é muito específica”.

Sabe-se que a confiança é um pré-requisito essencial para se agir em sociedade, para se iniciar uma ação significativamente orientada para os outros e ultrapassar a fragilidade inerente às relações sociais (Campinha-Bacote, 2011).

Ou, ainda, quando reconhecem o mediador intercultural como elemento que pode intervir nas diversas áreas da vida humana como a social, familiar, educação, trabalho, justiça e não apenas na área da saúde:

E1.172 "estes mediadores que estão nos sítios sabiam muito melhor identificar".

Estabelecer Redes de Acesso

Dimensão que complementa o tema Conceção de mediação intercultural, onde se distingue o mediador intercultural como um elemento que revela competências e intervenções no papel de gestor das situações sociais multiculturais:

E1.74 "serem capazes de fazerem os encaminhamentos adequados, darem informação correta"

E4.304 "nunca deixámos de tratar de regularização, porque com a regularização a gente encontra um mundo de problemas que está a assolar a pessoa por trás".

Corroborando com a premissa de a saúde ser uma das principais dimensões da vida humana e geradora de bem-estar individual, de famílias e populações, a saúde torna-se um fator essencial na integração e coesão sociais (Machado, Pereira & Machaqueiro, 2010; Santinho, 2016). Nesta conjuntura, o mediador intercultural surge como um recurso necessário nos contextos de cuidados de saúde para evitar mal-entendidos provocados pela falta de sensibilidade cultural, de respeito pelo Outro ou por desconhecimento do processo de regularização do migrante, promovendo a construção de soluções satisfatórias no âmbito da saúde e bem-estar dos migrantes.

Relativamente ao tema Intervenção do mediador intercultural, foram codificadas as categorias, Momentos de interação, Diálogo Intercultural e Tomada de Decisão.

Momentos de interação

Os momentos de interação, foram neste estudo interpretados com base no conceito de "Encontro cultural", um dos cinco constructos do Modelo de Competência Cultural de Campinha-Bacote (2011), definido como o ato de interagir diretamente com os clientes/doentes de origens culturalmente diversas. Neste sentido, os momentos de interação do mediador com o cliente/doente migrante podem ser combinados utilizando-se diferentes meios de comunicação, assim como podem surgir em diversos contextos sociais:

E1.151 "telefone e digo "Posso ir ter consigo, ah sim pode e tal"

De acordo com Giménez-Romero (2010), as intervenções dos mediadores interculturais na saúde promovem a melhoria dos cuidados de saúde, à redução de erros de diagnóstico, a uma melhor adequação terapêutica e maior adesão ao tratamento, à melhoria dos resultados clínicos, ao aumento da satisfação dos atores envolvidos e a uma maior afluência aos serviços.

Diálogo Intercultural

O diálogo intercultural pressupõe o respeito mútuo, que acontece quando existe uma relação recíproca de respeito entre dois ou mais indivíduos. Num contexto de cuidados de saúde multiculturais, o respeito pela pessoa funciona como um princípio de equidade, equilibrador (Durieux-Paillard, 2011) para a conduta ética dos prestadores de cuidados, respeitando-se o cliente como pessoa com direitos, na sua dignidade e promovendo a sua autonomia e bem-estar, como se depreende neste testemunho:

E2.146 "promover o diálogo intercultural através da facilitação compreensão e respeito mutuo, colaborar na prevenção e resolução de referendos etnoculturais".

O mediador intercultural ao ser um facilitador da comunicação entre pessoas culturalmente diferenciadas, procura estabelecer um diálogo entre as partes envolvidas.

Tomada de Decisão

A tomada de decisão em cuidados de saúde exige conhecimento, informação esclarecida e reflexão sobre o ato realizado pelo profissional de saúde, que se traduz em resultados em saúde mais

efetivos e com impacto positivo no profissional de saúde como na pessoa cuidada (Durieux-Paillard, 2011).

Do mesmo modo, o mediador intercultural para a sua tomada de decisão necessita de formação assente em conhecimento específico e científico e modalidades de intervenção que possam ser aplicadas em contextos multiculturais e nas especificidades das relações interétnicas, orientada para o reconhecimento do “outro” e para uma abordagem de comunicação e entendimento mútuo, regulação de conflitos e adequação institucional (Campinha-Bacote, 2011; Farah, 2018). A tomada de decisão do mediador intercultural é reconhecida pelos participantes:

E1.126 “eu acho que é facilitador informador, deve ter uma atitude pedagógica”;

E2.351 “ajudar na prevenção e gestão de conflitos”

Relativamente ao tema Avaliação do processo de mediação intercultural, analisaram-se as seguintes categorias: Potencialidades, Fragilidades e Oportunidades.

A World Health Organization (WHO, 2010) argumenta que a incorporação da consciência cultural na formulação de políticas é fundamental para o desenvolvimento de sistemas de saúde adaptáveis, equitativos e sustentáveis e para a melhoria geral em muitas áreas da saúde e bem-estar da população. Trata-se da exploração de três áreas-chave onde crenças, práticas e valores convencionais compartilhados podem ter impactos na saúde e bem-estar: nutrição, onde dar e receber a nutrição é profundamente social; o ambiente, onde os espaços são diversamente compreendidos e compartilhados; e migração, sendo que o convencional entendimento de saúde e bem-estar convergem ou divergem em contextos multiculturais.

Potencialidades

Uma dimensão favorecedora das funções do mediador intercultural, como são exemplo o facilitar a comunicação entre profissional de saúde e a pessoa migrante durante a prestação de cuidados, apoiar o migrante no seu direito de ser ouvido e participar no seu processo terapêutico, mediar tensões e resolver conflitos, promover cuidados culturalmente sensíveis e promover a equidade nos cuidados de saúde, como sugere Farah (2018). Valorizam os participantes:

E1.54 “eu penso que tendo um mediador a formação adequada (...) é fundamental, será uma mais valia também para o cidadão migrante”

Fragilidades

As fragilidades evidenciam a importância da regulamentação do perfil do mediador intercultural e definição do seu nível e curriculum de formação em Portugal, indo ao encontro do que se já verifica noutros países da União Europeia (Durieux-Paillard, 2011; Coutinho, 2016).

As fragilidades apontadas pelos participantes são especialmente dirigidas ao desapontamento sentido pela desvalorização de um elemento que sugere ser essencial para a qualidade dos cuidados de saúde da população onde a diversidade cultural é significativa:

E1.92 “o mediador, portanto, tem a sua função, muito bom definir também quais são as funções”;

E4.44 “maior problema, o maior obstáculo, em Portugal é o não reconhecimento das competências e das habilitações das pessoas. Isto realmente é péssimo. Até hoje realmente não me sinto completamente integrado”

Oportunidades

Termina-se a discussão do terceiro tema com a exposição de aspetos reveladores de motivação por parte de quem exerceu o papel de mediador intercultural e de aspetos que identificam a necessidade de promover a continuidade destes profissionais nas organizações de saúde multiculturais. Como sugerem diferentes autores (Reis et al., 2018; Santinho, 2016):

E4.428 “seria bem melhor se isto culminasse com um ... título académico, porque o que nos dá profissão nesse sentido, é realmente...”;

E1.134 “as pessoas vão colocar dúvidas se têm dificuldades no acesso, as pessoas fazem queixas, reclamações, portanto, eu penso ser um sitio correto para estar o mediador (...) o gabinete do cidadão”;

E1.88 “saberem também muito bem a legislação do acesso à saúde dos cidadãos estrangeiros, até para poder também facilitar não só o acesso do cidadão, mas também o trabalho do próprio profissional administrativo”.

5 CONCLUSÃO

Nesta fase do estudo, a mediação intercultural configura-se como um conceito relacionado a intervenções de orientação de pessoas envolvidas em conflitos, eminentes ou instalados, que possam ocorrer em diversos contextos sociais, onde coabitem pessoas de diferentes grupos socioculturais ou étnicos. A mediação intercultural surgiu associada às intervenções que conduzem à resolução de conflitos na equipa de saúde, concretizando um espaço efetivo ao poder de decisão de quem cuida e de quem é cuidado nas diferentes organizações. As intervenções dos mediadores proporcionam ajuda a dois níveis: na compreensão dos motivos de tensão e/ou conflitos culturais e bem assim na identificação de opções para acordos satisfatórios para as partes envolvidas.

No mesmo sentido emerge a necessidade de melhor definição das áreas profissionais de intervenção no que respeita à interação com migrantes. Esta clarificação salvaguarda situações pouco claras entre profissionais de saúde e mediadores interculturais, referenciadas por diferentes autores e coadjuvada no discurso dos participantes, como também associada a tensões em contextos de cuidados.

Por outro lado inerente à profissionalização da atividade dos mediadores interculturais emerge a possibilidade de avaliação do processo de mediação intercultural e no seu decurso, a necessidade de se continuarem a explorar em outros estudos – quais as principais características que quer profissionais de saúde quer a população migrante, valorizam nesta modalidade de intervenção e qual o seu potencial de evolução, em e sobre situações de processos de saúde-doença nos diferentes contextos de cuidados de saúde.

Cabe aqui a explicitação de que já numa fase inicial, o presente estudo destacou os seguintes elementos na definição dos *outcomes* obtidos com a intervenção dos mediadores interculturais: “Apoio na comunicação entre migrantes e profissionais de saúde; Elemento neutro entre as partes (profissionais e migrantes); Promoção da sensibilidade cultural nos profissionais de saúde; e Necessidade de formação profissional em mediação intercultural” concluindo-se ser importante a inclusão de mediadores nos contextos, do reconhecimento do seu estatuto de neutralidade e da promoção da sensibilidade cultural (Reis et al, 2018). Para além disso Coutinho, Parreira, Martins, Chaves e Nelas (2017) realçam que alguns profissionais de saúde têm também procurado formação em mediação intercultural assumindo-se em variadíssimos contextos como mediadores interculturais informais.

A necessidade da formação específica dos mediadores interculturais e da sua integração nas equipas de saúde, surge assim como um resultado não apenas pertinente na conjuntura das organizações de saúde de hoje, mas fundamental para a qualidade dos cuidados produzidos nas organizações de cuidados de saúde. As evidências encontradas mostram que se por um lado é importante que existam mediadores interculturais formais nestes contextos, também por outro lado os profissionais na sua prática clínica mobilizam competências de mediação intercultural; ora sabendo-se que a comunicação se assume como central no desempenho profissional, a mediação intercultural em saúde vai para além disso, posto que se constitui como uma estratégia que contribui para a diminuição do sofrimento dos migrantes mas também redutora da tensão nos próprios profissionais de saúde, ao constituir-se como um recurso adequado para a melhoria da própria capacidade de gestão da imprevisibilidade das situações nos contextos multiculturais.

6 REFERÊNCIAS

Alto Comissariado para a Integração e Diálogo Intercultural. ACIDI (2011). *Relatório de Políticas de Integração de Migrantes*. ACIDI: Presidência do Conselho de Ministros. Recuperado de:

http://www.acidi.gov.pt/noticias/visualizar-noticia/4d6b77b1c7065/portugal_maisperod1onaspoliticade-integracao-de-migrantes

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- Bogdan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*, (M.J. Alvarez, S. B. Santos e T.M. Baptista, Trans.). Porto: Porto Editora.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. doi: 10.1177/10459602013003003
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *The online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8.
- Chevrier, J. (2003). A especificação da problemática. In Gauthier, B. (Dir.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N.Salgueiro e R.P.Salgueiro, Trans.) (3ª ed.) (pp. 65-96). Loures: Lusociência.
- Coutinho, E., Parreira, V., Martins, B., Chaves, C., & Nelas, P. (2017). The Informal Intercultural Mediator Nurse in Obstetrics Care. In A. P. Costa, L. P. Reis, F. N. d. Sousa, A. Moreira, & D. Lamas (Eds.), *Computer Supported Qualitative Research. Studies in Systems, Decision and Control* (Vol. 71, pp. 63-74). Switzerland: Springer Publishing Internacional. Retrieved from <http://www.springer.com/gp/book/9783319432700>. doi:10.1007/978-3-319-43271-7
- Coutinho, E. C. (2016). Vigilância de gravidez em mulheres migrantes e portuguesas e as razões que justificam a necessidade de mediação intercultural. In Alto Comissariado para as Migrações (Coord.) (Ed.), *Entre iguais e diferentes: A mediação intercultural: Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural* (Vol. Coleção Mediação Intercultural, pp. 158-174). Lisboa: ACM.
- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, M. V. B. d. C., Chaves, C. B., Amaral, O., & Nelas, P. (2019). Nurses-puerperal mothers interaction: searching for cultural care. *Revista brasileira de enfermagem*, 72, 910-917. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0216>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford, NY: University Press.
- Durieux-Paillard, S. (2011). Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services. In Rechel, B., Mladovsky, P., M., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (Eds). *Migration and health in the European Union* (pp. 203-212). Berkshire, USA: McGraw Hill.
- Farah, P. D. (2018). Combates à xenofobia, ao racismo e à intolerância. *Revista USP • São Paulo, Dossier interculturalidades*(114 - julho/agosto/setembro), 11-30.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*, (A. M. Parreira, Trad.). Lisboa, Portugal. Monitor.
- Giménez-Romero, C. (2010). *Mediação Intercultural* (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural Ed. Vol. 04 Cadernos de Apoio à Formação.). Lisboa: ACIDI.
- González, Ignacio Delgado (2016). La interculturalidade-alternativa a la globalización. *Rivista Internazionale di Scienze Filosofiche, Pedagogiche e Sociali*. Numero 19, I Semestre 2016. Luigi Pellegrini Editore. p.22-27 ISSN: 2036-5683.
- Ingleby, D. (2011). Good practice in health provision for migrants. In Rechel, B., Mladovsky, P., M., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (Eds). *Migration and health in the european union*. (pp. 227-241). Berkshire: McGraw Hill.
- Leininger, M.M. (2001). A mini journey into transcultural nursing with its founder. *Nebraska Nurse*, 32(4), 16-17.
- Machado, M.C., Pereira, F. & Machaqueiro, S. (2010). Approaches to Migrant Health in Portugal. *Eurohealth*, 16(1), 30-31. Recuperado de <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL16No1/Machado.pdf>

- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*, (J.M. Marques e M.A. Mendes, Trans.) (5ª ed). Lisboa: Gradiva.
- Reis, A. (2015). *Da multiculturalidade em cuidados às competências nos enfermeiros*. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas.
- Reis, A. (2016). Constrangimentos nos Contextos de Cuidados de Saúde: entre Profissionais de Saúde, Mediadores Interculturais e Migrantes. In Alto Comissariado para as Migrações (Coord.) (Ed.), *Entre iguais e diferentes: A mediação intercultural: Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural* (Vol. Coleção Mediação Intercultural, pp. 143-157). Lisboa: ACM.
- Reis, A., Spínola, A., Backström, B., Chaves, C., Santiago, C., Santinho, C., Coutinho, E., Quintela, M. M., Karimo, N. & Dénis, T. (2018). Projeto meios: da estratégia aos resultados preliminares identificados em contextos de cuidados de saúde. *Revista UIIPS*, VI (2), 13-19.
- Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007 de 3 de maio. Diário da República nº 85 – I Série. Plano para a integração dos imigrantes. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.
- RESMI – *Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural* (2015), Recuperado de <http://www.acm.gov.pt/-/resmi-rede-de-ensino-superior-para-a-mediacao-intercultural>
- Santinho, M. C. F. S. (2016). Projetos de Mediação Intercultural na Saúde e sua implementação, em Portugal. In Alto Comissariado para as Migrações (Coord.) (Ed.), *Entre iguais e diferentes: A mediação intercultural: Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural* (Vol. Coleção Mediação Intercultural, pp. 175-188). Lisboa: ACM.
- Savoi-Zajc, L. (2003). A entrevista semidirigida. In Gautier, B. (Dir.) *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N. Salgueiro e R.P. Salgueiro, Trans.) (3ª ed.) pp279-301. Loures: Lusociência.
- Silva, A.C. & Martingo, C. (2007). Unidades de saúde amigas dos migrantes – uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal. *Revista Migrações*, 1, 155-159.
- Stake, R. E. (2012). *A arte da investigação com estudos de caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. Loures, Portugal: Lusociência.
- United Nations Organization. (2017). Report of the Special Rapporteur on contemporary forms of racism, racial discrimination, xenophobia and related intolerance (Vol. A/72/291). New York: United Nations. A/72/291. General Assembly.
- Vieira, R., & Vieira, A. (2017). Construindo pontes e travessias: das mediações sociais à mediação intercultural. *Mediações revista Online*, 5 (1), 44-56.
- World Health Organization. (2010). How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Briefing on policy issues produced through the WHO/European commission equity project (2010). Copenhagen, Denmark: WHO.
- Yin, K. R. (2015). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. (5ª ed.). (A. Thorell, Trad.) Porto Alegre, Brasil: Bookman.