



FAMÍLIAS DI KÁ

AGRADECIMENTOS

Queremos deixar o nosso agradecimento às instituições que tão gentilmente contribuíram para chegarmos às famílias do Casal da Mira, de Lisboa, do Lumiar, de Queluz, da Quinta da Fonte e da Tapada das Mercês.

Um agradecimento caloroso às famílias que tão abertamente partilharam as suas sensibilidades e vivências. Um enorme reconhecimento aos vários profissionais e instituições de saúde, que se disponibilizaram em contribuir e partilhar as suas experiências e os seus saberes.

Muito obrigada à Professora Doutora Beatriz Padilla pela sua disponibilidade e pelo seu apoio a este projeto. A nossa gratidão, também, a todos os que de alguma forma contribuíram para estas Famílias di Ká...

ÍNDICE

-  INTRODUÇÃO
-  BONS COMEÇOS
-  FAMÍLIA É.
-  BEM-ME-QUERES
-  UM INGREDIENTE, MIL SABORES
-  AFETOS A COMUNICAR
-  DE PROFISSIONAIS PARA PROFISSIONAIS
-  RECURSOS DISPONÍVEIS

FICHA TÉCNICA:

© Fundação Aga Khan Portugal, 2015
Conceção de Imagem: Ana Pessoa e Pedro Bento
Gráfica e Impressão: A Cor Laranja

PREFÁCIO

Portugal, desde 1970, tem sido um país de imigração, com pessoas a chegarem, principalmente, de países de língua oficial Portuguesa, com culturas similares mas não idênticas. Mais recentemente, os imigrantes em Portugal proveem de uma maior variedade de países, com culturas e línguas muito diferentes.

Para aqueles que chegam a Portugal, os serviços de saúde representam um importante ponto de contacto com a sociedade Portuguesa. Os pais migrantes familiarizam-se com a cultura Portuguesa, com as concepções de cuidar de uma criança e as diferentes crenças dos sistemas de saúde. A distância entre os dois mundos culturais em que se encontram pode ser muito ampla e exige compreensão e pontes, a fim de se criar um ambiente onde as crianças de origem ou descendência migrante e suas famílias possam receber serviços de saúde adequados às suas necessidades.

As famílias precisam de compreender os conceitos, a estrutura e o sistema de cuidados de saúde para saber como recorrer a estes corretamente e cumprir as suas responsabilidades. Os profissionais de saúde precisam de estar atentos às diferenças culturais nas práticas de cuidados infantis, de modo a compreender e prestar um bom serviço.

As orientações presentes nesta brochura foram desenvolvidas ouvindo os pontos de vista e experiências de pais com migração recente de países de fora da Europa e os profissionais de primeira linha dos serviços de saúde na Grande Lisboa. Consubstanciada em investigação existente nesta área, esta brochura tem por base vivências e experiências na primeira pessoa, nutridas de emoções e realidades.

Em conjunto, estes olhares proporcionam uma introspeção sobre a riqueza da diversidade do Portugal contemporâneo, do enriquecimento que a compreensão de outras formas de cuidados infantis pode trazer para todos nós, e para a construção da nossa identidade coletiva.

Anne Harrop
Diretora de Inclusão Social
Fundação Aga Khan

INTRODUÇÃO



“ Conhecimento é como um jardim.
Se não for cultivado, não se pode colher. ”

A cultura é um processo dinâmico que orienta a forma como uma pessoa vê o mundo, influenciando as suas decisões e ações, com padrões sobre diferentes âmbitos. É um fenómeno complexo, constituído pela idade, lugar de nascença e de vivência, género, crenças espirituais ou religiosas, etnia, orientação sexual, e muito, muito mais. Não há Certo nem Errado, existem simplesmente inúmeras formas de ver e perceber o mundo.

A cultura molda as perceções, decisões e formas de nos relacionarmos com os outros. Perceber a história, as tradições, as formas de organizar a sociedade, os valores que uma família proveniente de outro país traz consigo, fornece informação e oportunidade para um relacionamento de maior sucesso e eficácia, salvaguardando um conhecimento mútuo mais profundo e prevenindo discrepâncias e iniquidades acrescidas na sociedade, especialmente no acesso a e nos próprios cuidados de saúde¹. Basta pensar que a cultura pode influenciar concepções sobre estruturas familiares, atribuição / reconhecimento de autoridade, formas de comunicar, alimentação, perceção da resiliência e do stress, gestão das emoções, mas também orienta crenças sobre a causa de uma doença, a sua cura e quem envolver para solucionar o problema de saúde, e influencia a forma como uma pessoa procura, interage, e responde a um serviço de saúde.

Um exemplo disso, apesar de generalista, é como em algumas regiões do mundo as condições de saúde são vistas como resultado de fenómenos cientificamente explicáveis, recorrendo-se a tecnologias e tratamentos interventivos; enquanto noutras atribuem-se as enfermidades a causas sobrenaturais, promovendo orações e influências espirituais, ou procurando em elementos naturais soluções para equilibrar as condições de saúde. Acresce, ainda, pensar nas questões de saúde mental, em que diferentes interpretações da própria condição (espetro), diferentes noções de autocontrolo e de vergonha², preponderam sobre a própria assunção da situação e o futuro da própria família.

As diferenças culturais motivam, também, atitudes sobre papéis e expectativas na saúde: existem diferentes expectativas ou falta de conhecimento em relação ao sistema de saúde do país de acolhimento, por ter uma organização distinta ou por ser menos autoritário que o sistema do país de proveniência; por disponibilizar tempos mais ou menos alargados; por ser mais focado na prevenção quando esta não é prática habitual no sistema do país de proveniência. Há pessoas que vêm de realidades onde não há uma estrutura/sistema de saúde similar ao português; onde os medicamentos não são acessíveis ou habituais; em que podem desconhecer a existência de algumas doenças em que, em Portugal, é aconselhada a vacinação (podem não cumprir

1. Sutton, M. (2000). Improving Patient Care: Cultural Competence. *Family Practice Management*. Oct. Vol 7(9):58-60.

2. "How culture influences health beliefs" www.euromedinfo.eu, consultado em Junho 2015.

por não terem tido contacto nem conhecimento sobre a doença em questão); ou, pelo contrário, são de regiões do mundo onde há um sistema de saúde altamente especializado e/ou com infraestrutura de topo. Em todos estes casos, e de igual forma, a imagem/representação que transportam das experiências anteriores molda as expectativas sobre o sistema, o acesso, as estruturas e as abordagens de saúde em Portugal.

Portanto, o conhecimento e a apreciação de diferentes valores, crenças e expectativas pode ajudar um profissional de saúde a perceber melhor determinados comportamentos em relação à prevenção, saúde, cuidados e, assim, oferecer um serviço mais adequado. Comportamentos associados às respostas à doença, tais como o medo, a dor, a ansiedade; as atitudes em relação à amamentação, aos cuidados da criança, à medicação, ao processo de tomada de decisão com a família, às crenças sobre dietas, os complementos e práticas alternativas; a própria definição e percepção sobre a doença; são determinadas pela cultura de uma pessoa ou família.³

A sensibilização para as diferentes heranças culturais e culturas individuais em presença começa com o conhecimento e a abertura para a compreensão das razões históricas, sociais, contextuais que motivam um comportamento ou crença. Requer reflexão não só sobre perspetivas guiadas por especificidades étnicas e culturais mas, também, sobre a multiplicidade de outros elementos que fundamentam um comportamento ou escolha, com a intencionalidade de criar compreensão entre todos. Deixar a lente de ver o mundo de forma etnocêntrica e colocar-se na realidade e contextos do Outro, questionando percepções e o que não compreende, de forma a poder calçar os sapatos do Outro, permite criar empatia. Porque a diversidade humana é um facto da vida e criar diálogo e conhecimento a partir dela é uma parte essencial de qualquer prática de saúde familiar.⁴

Ao mesmo tempo, é fundamental lembrar que há inúmeras variações dentro de uma mesma cultura, que os hábitos mudam entre diferentes culturas mas também dentro de um mesmo (dito) grupo cultural. É tão simples como: nem todos os portugueses têm o mesmo número de filhos, a mesma composição familiar, tomam o (mesmo) pequeno-almoço, ou amamentam durante o mesmo tempo ou com o mesmo conforto; o mesmo aplica-se a qualquer grupo de outra proveniência. Apesar de parecer óbvio, é preciso cuidado para não “eticizar”, pois são estas generalizações que ajudam a construir estereótipos e potenciais preconceitos. Não somos todos iguais: o bacalhau ser reconhecido como um alimento nacional não quer dizer que qualquer família coma bacalhau em casa, a todas as refeições, da mesma forma em que nem todas as famílias de Angola têm família alargada ou comem *Funji*. Não existe uma medida igual para todos, um “*one size fits all*”, nem intervenções que possam ser iguais ou aplicáveis a todos. A percepção e significado atribuído por uma família a ocorrências e questões da vida, juntamente com fatores pessoais, sociais, económicos, ambientais, contextuais, afetam a adaptação das intervenções de saúde que pretendem ser eficazes e duradoras.⁵

No fundo, a diversidade é uma forma de enriquecer conhecimentos e desenvolver sensibilidade, e, apesar de requerer um esforço contínuo de consciência, reflexão e diálogo, alcançar o bem-estar da família é um objetivo comum a todas as culturas. Construir pontes é um processo que profissionais e famílias podem percorrer em conjunto, aprendendo mutuamente.

É caminhar junto do outro.

3. Chang, M. & Kelly, A. E. (2007). Patient Education: Addressing Cultural Diversity and Health Literacy Issues. *Urologic Nursing*. Vol 27(5):411-417.

4. Hoffmann, F. W., Pardeck, J. T., Skibinski, G. J., Yuen, F. K.O. & Pardeck, J. A. (2002). *Family Health Social Work Practice*. NY: Routeledge.

5. Hoffmann, F. W. et al (2002). – *Ibid*

BONS COMEÇOS



**"O mais
importante
é ouvir."**

"Somos uma soma
de muitas culturas.
Têm que ter consciência
de que também
somos Africanos e
não só Portugueses."

"Se pretendermos
chegar à pessoa,
temos que pensar
no que estamos
a dizer."

"Dar-nos as
boas vindas,
perguntando
sobre nós."

**"Elas fazem um
esforço para que
eu perceba e
me sinta acolhida."**

"Mesmo que não
tenhamos a mesma
língua, através de um
sorriso e de uma palavra
amável pode haver
comunicação...."

**Como recebo
uma nova família?**



“ Se quer saber o final, preste atenção ao início. ”

As boas vindas têm inúmeras expressões, de local para local e de pessoa para pessoa. O acolhimento vai para além de um espaço físico e de procedimentos. Contempla uma postura que expressa uma aproximação, o estar com, e perto de⁶.

Há diferentes formas e atitudes, conscientes ou espontâneas, que usamos para acolher. O sorriso ou uma pergunta afável pode ser inerente à postura pessoal da maioria dos profissionais. No entanto, seria útil ter atenção às diferentes interpretações atribuídas a um mesmo gesto ou a um toque, segundo a personalidade e códigos culturais. Nem sempre o que é natural para uns poderá ser usual para outros. Até uma atitude que consideramos de inclusão poderá ser mal interpretada pelo desencontro com as expectativas do Outro. Conseguir estabelecer bases de empatia e confiança, necessárias para construir um relacionamento positivo entre profissional e família, começa no primeiro contacto. Com o objetivo de conhecer mais a fundo a realidade familiar e as suas especificidades, cultura e vivências, é necessário garantir o seu regresso aos serviços. Assim, acolher a família é um passo essencial para poder construir este diálogo e criar um sentimento de pertença.

Cada pessoa já passou por diversos lugares e tem na sua “bagagem” diferentes experiências que condicionam as suas expectativas, por comparação com os sistemas dos seus países de origem, ou que lhes são familiares, e não sabendo o que pode esperar do Português. Tal resulta no desagrado que algumas famílias mostram em relação aos serviços de saúde, enquanto outras sentem uma grande satisfação. Torna-se assim pertinente lembrar que algumas pessoas podem não ter tido contacto com qualquer sistema estruturado ou com um bem estruturado,

em variadas condições, e por isso é essencial que se explique o sistema nacional, direitos e responsabilidades, o seu funcionamento, o que é expectável. Apresentar-se, explicar o seu papel, dar-se a conhecer e conhecer o Outro, informar⁷ de forma simples e concreta como é que funcionam as consultas e marcações (utilizando sempre que possível suportes visuais), são os primeiros passos possíveis para que uma família, com o profissional, possa enquadrar expectativas e iniciar uma relação de confiança.



■ Profissionais ■ Famílias

“É uma grande parte do tempo que eu “perco”/ganho quando falam sobre a vida que estavam habituados a ter, a contar como era (...) e as pessoas poderem partilhar isso.”

“Perceber quem tenho à frente. Qual o seu contexto. Quais as suas circunstâncias.”

“Apresentar-me e explicar como funciona o serviço e quem sou eu, pois por vezes eles não sabem qual é a função do profissional que têm à frente.”

“Sinto-me mais bem-vinda quando o médico e os enfermeiros falam calmamente.”

“Termos espaço para colocar as nossas dúvidas.”

“As enfermeiras dão abraços aos meus filhos e são carinhosos com eles... Quando tratam bem o meu filho eu fico bem.”

6. Ministério da Saúde (2009). Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília: Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS.

7. Fonseca, M. & Goracci, M. (2007). Mapa de Boas Práticas de Acolhimento e Integração de Imigrantes em Portugal. Organização Internacional para as Migrações.

FAMÍLIA É.



“Em algumas culturas o sentimento de comunidade é muito maior; a educação das crianças é uma responsabilidade partilhada.”

“Não tenho outra família por perto. É na vizinha que confio para cuidar da minha criança quando vou trabalhar.”

Quem é “família”, para as pessoas com quem me cruzo no meu dia-a-dia?



“ Para educar uma criança é precisa toda uma aldeia. ”

Família varia muito na sua composição e não há uma única forma de entendimento sobre o que é família. Família assume diferentes formas e tem dinâmicas distintas em diferentes culturas.

As pessoas em várias culturas organizam-se, por exemplo, em grupo, designado por família, em que o cuidador principal pode não ser um dos progenitores ou onde os cuidados com a criança são partilhados por vários indivíduos. São inúmeras as circunstâncias em que a família adquirida: tias/os biológicas/os e tias/os amigas/os, primas/os em segundo grau, vizinhas/os ou comunidade, se consideram parte da vida de uma criança. Em alguns casos, estes são envolvidos nas dinâmicas diárias e na tomada de decisões da família. Em culturas em que a família funciona como grupo, todos assumem responsabilidades efetivas, partilhadas e que podem ser rotativas, relativas às crianças. Pelo contrário, na família entendida como nuclear a responsabilidade sobre as crianças é do cuidador primário, embora outros membros da família (inclusive amigos) poderão pontualmente tomar conta e colaborar nestas tarefas.

Nas famílias em que a comunidade é valorizada, a criança é encorajada a criar laços com múltiplas pessoas, o que contribui para o desenvolvimento da capacidade de se relacionar com os outros⁸, tendo mais agentes de socialização e ganhando, assim, mais competências com os saberes de cada um. Em muitos casos, é uma unidade coesa que fornece

uma segurança social, económica e psicológica a todos os seus membros⁹. É importante que o profissional de saúde reconheça o papel atribuído aos membros de uma família, qualquer que seja a sua composição, e que seja valorizada a atenção que estes poderão proporcionar no quotidiano e no desenvolvimento da criança.



■ Profissionais ■ Famílias

“O irmão mais velho ou o tio trazem a criança ao serviço de saúde. Cada vez mais, entre as famílias de outros países, é o pai que acompanha.”

“Em algumas culturas o sentimento de comunidade é muito maior; a educação das crianças é uma responsabilidade partilhada... Sentir que os filhos são também da comunidade e não apenas dos pais.”

“Não tenho outra família por perto. É na vizinha que confio para cuidar da minha filha quando vou trabalhar.”

“Tive receio de ir ao centro de saúde quando voltei a engravidar, pois era o 4º... e quando lá fui, disseram-me “já está cá outra vez?””

8. Ontai, L., Mastergeorge, A. & Families with Young Children Workgroup (2006). Culture and Parenting: A Guide for Delivering Parenting Curriculums to Diverse Families. *Journal of Extension*, Vol.44 (4).

9. Martinez, I., Camino, L., Camino, C. & Cruise, E.- Family Socialization in Brazil. In Selin, H. (2014). *Parenting Across Cultures: Childrearing, Motherhood and Fatherhood in Non-Western Cultures*. New York: Springer Science. P.293-306.



“Onde reina o amor o impossível pode ser alcançado.”

A educação dos filhos é uma visão socialmente construída e influencia as escolhas de parentalidade¹⁰. Padrões culturais, tradições, sistemas instituídos no meio, acesso a diferentes oportunidades, contribuem para práticas de cuidados infantis¹¹.

Isto inclui, também, diferentes abordagens nos hábitos de saúde, onde algumas tradições, por exemplo, não desassociam o corpo do espírito; onde diferentes práticas se focam mais na prevenção; onde usam métodos tradicionais orientais ou práticas ligadas a crenças espirituais. Diferenças ligadas ao próprio sistema de saúde, tal como: a obrigatoriedade ou não de vacinação de pais para pais; o acesso a determinados medicamentos (que num país pode ser facilitado ou de compra livre, e noutro não existir ou ser proibido); diferentes percepções de níveis de urgência pediátrica, levam, por vezes, a uma avaliação condicionada do papel da parentalidade, sem ter por base a compreensão das especificidades do outro sistema, o que facilitaria um entendimento mútuo.

Existe sempre uma razão que justifica a forma como os pais / cuidadores agem, porque todos têm o mesmo propósito de protegerem e promoverem o bem-estar da sua criança. No desenvolvimento de maior conhecimento de outras abordagens culturais, a apreciação da finalidade subjacente e do significado dos comportamentos, ajuda a reconhecer diferentes estilos de parentalidade. Além disso, quando o profissional procura que a família tenha acesso à informação adequada, para poder

efetuar escolhas informadas, demonstra querer chegar ao Outro, sabendo que os modelos de saúde nacionais não incluem o sistema e as práticas com os quais as famílias oriundas de outros países possam ter tido contacto anteriormente. Mostrar disponibilidade para escutar a família sobre as práticas com as quais se sente confortável, procurando conhecer e conciliar estas práticas sempre que for viável, é mais um passo para poder fortalecer o sentido de confiança e respeito mútuo.



■ Profissionais ■ Famílias

“O consentimento informado é transversal à nossa prática profissional, a forma como é posto em prática pode ser subjetiva. No fundo, temos que explicar os riscos, mas a escolha é deles.”

“Têm um produto que usam para o tratamento do umbigo. Está escrito noutra língua e não conseguimos perceber as especificidades do produto.”

“Não há verdades absolutas. A nossa função é apoiar as famílias a tomarem as suas decisões.”

“É importante para nós que as crianças usem o cordão à volta da barriga pois vai protegê-los para a vida toda.”

“Onde morava antes de vir para Portugal, uma mulher não podia sair de casa durante pelo menos um mês após a gravidez. [Está ligado com proteção e fertilidade].”

10. Evans, J. & Myers, R. (1994). Childrearing Practices: Creating Programs Where Traditions and Modern Practices Meet. *Coordinators' Notebook* No. 15.

11. Siraj-Blatchford, I. & Clarke, P. (2000). Supporting Identity, Diversity and Language in the Early Years. Buckingham: Open University Press.

APRENDER sobre o **SER**

NÃO HÁ

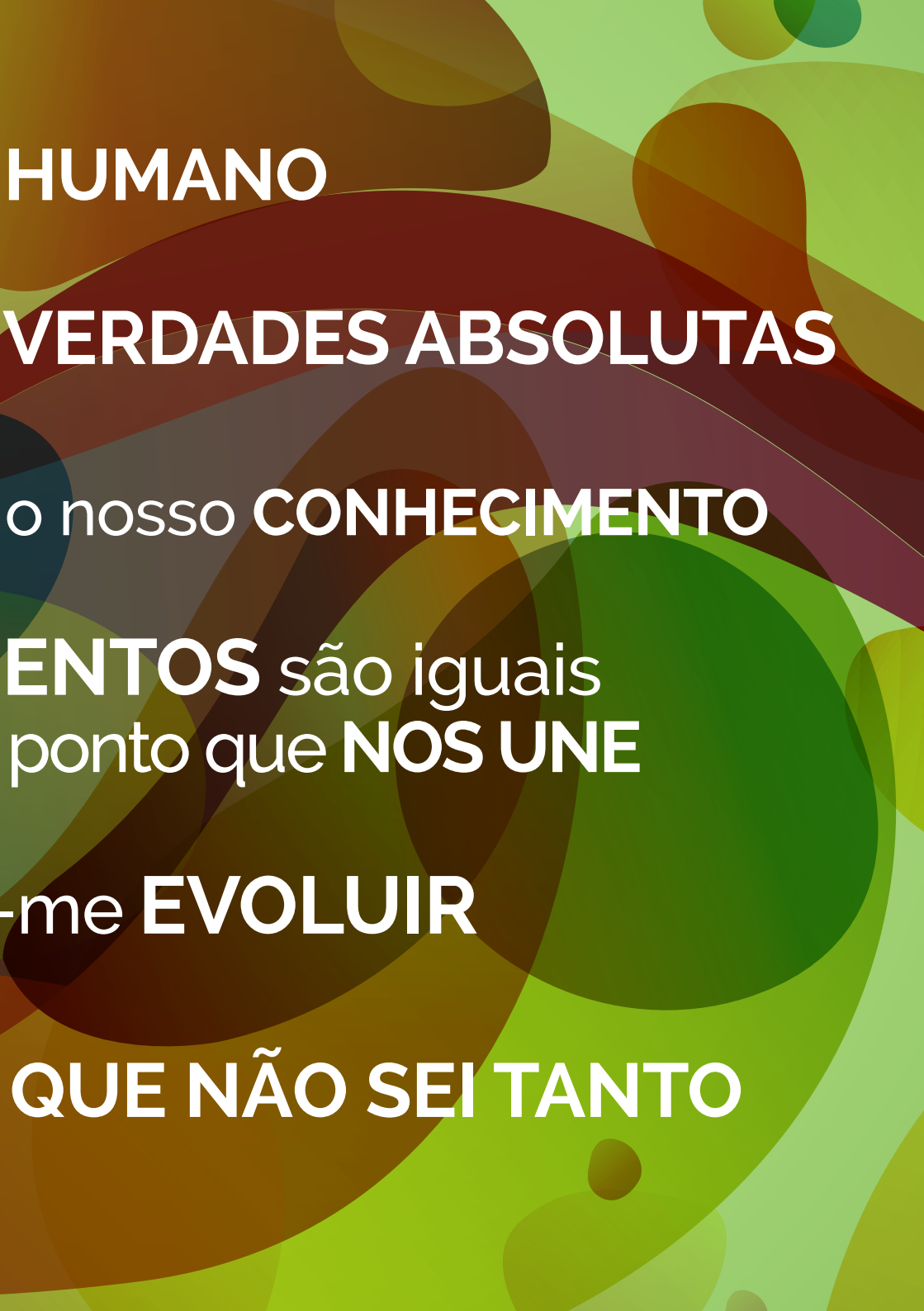
OPORTUNIDADE de alargar

SENTIM
e isso é o

Ter **ABERTURA** permite-

SÓ SEI

*As frases acima são contributos de profissionais da área de saúde
ao perguntarmos sobre trabalhar em sociedades multiculturais.



HUMANO

VERDADES ABSOLUTAS

o nosso **CONHECIMENTO**

ENTOS são iguais
ponto que **NOS UNE**

-me **EVOLUIR**

QUE NÃO SEI TANTO

UM INGREDIENTE, MIL SABORES



“ Quando a boca tropeça,
é pior que o pé. ”

Os hábitos alimentares variam consideravelmente consoante a região, a cultura e o acesso aos produtos em diferentes partes do mundo, com dietas baseadas em arroz, peixe, leguminosas, farináceos, entre outros. Cada um destes ingredientes pode ser confeccionado de várias formas segundo as tradições gastronómicas, ou servido em diferentes horários do dia, o que não significa que seja mais ou menos nutritivo. Em Portugal, é comum o pequeno-almoço com leite e cereais. No entanto, a maioria dos cereais comercializada e consumida por crianças hoje-em-dia contem um alto teor de açúcar, o que não corresponde ao aconselhado.

Nalguns casos, diferentes dietas correspondem a valores nutricionais similares, garantindo uma alimentação saudável; a escolha passa por hábitos familiares ou questões culturais. A preocupação de aconselhar alimentos que se consideram mais saudáveis no padrão nacional tem que estar em equilíbrio com os hábitos guiados pelo contexto cultural e familiar. Mesmo que um alimento seja invulgar em Portugal, pode ser saudável e adequar-se à alimentação reconhecida naquele contexto, onde a orientação do profissional passará por uma ótica de resposta às necessidades nutricionais em vez de impor um hábito desconhecido para a família.

Será então incorreto dar arroz à criança ao pequeno-almoço, sendo considerado um alimento saudável em geral? No fundo, os filhos comem o que os pais comem. Isto começa logo na gestação, em que estudos remetem para a “aprendizagem pré-natal de sabores”¹², explicando que os bebés costumam ter preferência por paladares a que foram expostos ainda *in útero*.

Em relação à amamentação, embora seja uma prática extremamente difusa no mundo, tem uma duração variável, indo, nalguns casos, desde o nascimento aos 3 meses e, noutros, até os 5 anos de idade, conforme os padrões de diferentes países¹³.

Acreditando genuinamente que não há apenas uma resposta certa e que nada precisa de ser modificado à partida, a aceitação e o respeito dos hábitos alimentares de cada família (quer por ideologias ou culturas de origem) fluirão naturalmente. Será conveniente procurar conhecer as crenças e hábitos de uma família e colocar-se a questão: “Será que um determinado hábito alimentar tem mesmo que ser alterado?”.

Por exemplo, para pessoas que costumam comer *cachupa* ao pequeno-almoço, dificilmente o deixarão de fazer; o desafio aqui, será adequar a quantidade e adaptar alguns dos ingredientes usados de forma a garantir o equilíbrio nutricional, em vez de impor uma prática desajustada às suas rotinas.

Poderá ser mais eficaz, então, regular o défice que advenha da prática alimentar do que impor uma refeição do padrão nacional, concluindo-se que em muitos casos trata-se apenas de compensar uma determinada carência. Muitas vezes as famílias descrevem uma dieta dentro do padrão nacional por se sentirem pressionadas em proporcionar às suas crianças refeições comuns em Portugal, mesmo que a alimentação em casa não reflita isto.

Ir ao encontro dos hábitos alimentares de cada um contribuiria para um diálogo livre de julgamentos.

12. Wollan, M. & Whitaker, H. (2014). Rise and Shine: What kids around the world eat for breakfast. *The New York Times Magazine*, 8th October.

13. Payne, E. (2011). Cross-cultural Perspectives on Infant Care and Infant Feeding. Conference Presentation. Utah: State University, 3th of April.

Que diferentes tipos de pequeno-almoço reconheço?

"Fazemos pães ázimos diferentes juntos, *chamurki, chapati*, ... Gosto de dar às crianças a possibilidade de variar os pequenos-almoços."

"[...] Têm hábitos indianos, mas desde que seja uma alimentação diversificada, sem erros alimentares, não vejo razão para estarmos a interferir."¹⁴

"No nosso país há muita coisa que os bebés não podem comer. Aqui os bebés comem tudo. Nós não pomos sal, nem açúcar... assim é mais saudável."

"Muitos médicos não conhecem *Funji*. Fazemos com quiabo e farinha de milho, é uma alimentação bem saudável".

"*Cachupa* faz parte do seu dia-a-dia; vamos então diminuir a quantidade de milho na confeção para que não seja prejudicial à sua saúde."

- Profissionais
- Famílias

14. Padilla, B., Rodrigues, E. & Ortiz, B. - Saúde e Cidadania em Tempos de crise: Disparidades e necessidades nos cuidados de saúde às mães imigrantes. In Padilla, B., Hernández Plaza, S., Rodrigues, E. & Ortiz, B. (2014). Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno-infantil em tempos de crise. Centro de Investigação em Ciências Sociais, Universidade do Minho. P.10-46.

Envie-nos os seus contributos:
familiasdika@akfportugal.com

AFETOS A COMUNICAR



“ Se alguém está tão cansado que não te possa dar um sorriso, deixa o teu. ”

O respeito pela cultura do Outro permite criar empatia, essencial para encetar uma relação de confiança e de diálogo entre a família e o profissional de saúde. O conceito do tempo e os rituais de cortesia variam de uma cultura para outra. O que é priorizado numa conversa para uns, tal como iniciar por saber o bem-estar da família inteira, é dispensável para outros; o seu desconhecimento pode inviabilizar o sucesso do encontro.

A comunicação é muito mais do que língua: o corpo também fala, de diversas formas. Tal como acontece com a expressão verbal, os mesmos gestos ganham significados diferentes conforme a cultura¹⁵. Por exemplo, em algumas partes da Ásia Central abanar a cabeça de lado a lado indica anuir; mesmo algo tão simples como o “sim” e o “não” pode ser expressado por gestos muito diferentes.

As nossas emoções expressam-se com o corpo. O olhar, sorriso e choro, proximidade física, tom de voz, também afetam o entendimento de um diálogo. O ultrapassar da barreira de comunicação vai para além do encontro linguístico. O entendimento não é travado por não se ter um idioma comum, nem é garantido quando a língua de comunicação é a mesma. Onde existem fatores que interferem na transmissão eficaz de uma mensagem, não será apenas um idioma comum a resolver os desentendimentos, pois a comunicação analógica e a comunicação transcultural vão muito além da língua e oferecem infinitas possibilidades.

Ouvir também é uma ferramenta de comunicação de importância fundamental. Sistemas de saúde culturalmente competentes assentam na escuta

ativa¹⁶, de forma a conhecer as representações relativas à saúde e doença da pessoa ou da família. Estar atentos ao que o Outro nos quer transmitir e não nos está a dizer por palavras, faz frequentemente parte dos “diálogos” em âmbito profissional. É importante tentar estabelecer um ponto de encontro, o que qualquer família irá apreciar. O sorriso é um instrumento poderoso de relação.



■ Profissionais ■ Famílias

“Eu estou de um lado da mesa e o utente está do outro... há muitas barreiras físicas.”

“Se ao longo da conversa eu for ao encontro é mais fácil.”

“O toque também é importante, mas com o devido respeito.”

“Socorri a imagens do que tinha ao meu alcance para me fazer entender.”

“Mesmo que não falem português, um olhar de conforto, o tocar nas mãos, dá a perceber que queremos oferecer proteção.”

“Tenho um médico que sabe falar francês, que eu também falo, e ele fala francês comigo.”

“Gosto imenso do hospital X porque as enfermeiras lá fazem sempre um esforço para falar inglês comigo.”

15. Pauwels, A. (1997). Cross-Cultural Communication in the Health Science: Communicating with Migrant Patients. Australia: MacMillan Education.

16. Santinho, C., Masanet, E. & Padilla, B.-. O Acesso à Saúde das Mulheres Imigrantes Grávidas: Para Além das Barreiras Linguísticas. In Padilla, B., Hernández Plaza, S., Rodrigues, E. & Ortiz, B. (2014). Saúde e Cidadania: Equidade nos Cuidados de Saúde Materno-Infantil em Tempos de Crise. Centro de Investigação em Ciências Sociais, Universidade do Minho. P.72-85.

DE PROFISSIONAIS PARA PROFISSIONAIS



“ As pegadas das pessoas que andam juntas nunca se apagam. ”

Muitos profissionais dedicam-se de corpo e alma ao seu papel, num meio onde chegar ao Outro é um passo fundamental para se começar um caminho juntos. Na área da saúde este relacionamento é feito de pequenos passos, em que a continuidade é um desafio em si. É o empenho prestado individualmente e em equipa que, muitas vezes, garante a qualidade deste trabalho. Procura-se que não haja falhas na interpretação das situações e da comunicação com pessoas de outras proveniências. O maior esforço para procurar garantir um diálogo respeitoso reflete-se em colocar-se no lugar do Outro e evitar atribuir significados ou interpretar os seus comportamentos e atitudes, pois as expectativas e culturas do Outro resultam do seu percurso de vida noutras “paragens”.

Sustentando a importância de cada pessoa ter o direito de expressar as suas especificidades

culturais, ocorrem (naturalmente ou por necessidade) dinâmicas de adaptação. É frequente, quando uma pessoa se familiariza com alguns costumes do país de acolhimento, já não estranhar as diferenças. Se ao chegar a Portugal não estivesse habituado a certo tipo de comportamento (ex. dar beijinhos na saudação), depois de interiorizar este hábito pode sentir-se magoado se, num grupo com nacionais, não receber o mesmo tratamento. Ou seja, seria igualmente sensato não estereotipar ou assumir um comportamento diferenciado com base numa falta de adaptação.

Reconhecendo o empenho e a entrega pessoal, para além da ética e deontologia profissional, partilham-se sugestões oferecidas por diversos profissionais, que gentilmente cederam o seu tempo para refletir os seus percursos e saberes nas áreas mencionadas nesta publicação.

“[...] é tão importante saber mais sobre a população local e as suas necessidades, como é envolvê-la no planeamento, de forma a identificar as necessidades a colmatar. Este processo deve ser contínuo e originar serviços mais eficazes. Pode ser conseguido de diferentes formas, tais como conversar com indivíduos e famílias, visitar as comunidades locais, organizar encontros públicos locais [...]”¹⁷

17. Tradução livre dos autores. No original “[...] it is as important to know more about the local populations and their needs as to get them involved in the planning as a way to ascertain which the unmet needs are. This process should be on-going and enable the provision of more effective services. These could be achieved by different means: talking to individuals and families, visiting local communities, holding public local meetings [...]” (Machado et al, 2009, p.15)

Machado, M.C., Fernandes, A., Padilla, B., Dias, S., Gomes, I., Dias, A. & Oliveira da Silva, M. (2009). Maternal and Child Health Care for Immigrant Populations. Lisbon: International Organization for Migration.

DE PROFISSIONAIS PARA PROFISSIONAIS



O que é que eu poderei fazer...

...Para ultrapassar dificuldades linguísticas

- ☐ Recorrer a instrumentos de tradução *online*
- ☐ Recorrer a imagens para facilitar a comunicação na consulta
- ☐ Sugerir que a pessoa possa ir à consulta acompanhada por alguém de confiança ou fazer um telefonema para um/a amigo/a da pessoa que possa apoiar na tradução
- ☐ Valer-se do *staff* que tem saberes em outras línguas

...Para garantir contínuo desenvolvimento da sensibilidade cultural

- ☐ Estimular momentos para a reflexão entre pares, de forma a trocar experiências, debater sobre abordagens e formas de lidar com as diferenças
- ☐ Questionar-se sobre pressupostos e ideias pré-concebidas
- ☐ Ampliar os conhecimentos por diversos meios sobre o país de origem, o que permite contextualizar as situações que aparecem no serviço de saúde
- ☐ Perguntar diretamente à pessoa sempre que tiver dúvidas

...Para conhecer mais sobre o Outro

- ☐ Dispensar algum tempo para perguntar à pessoa/família sobre o seu país, hábitos, costumes, sistema de saúde, práticas de cuidado, etc.
- ☐ Recorrer ao *staff* que tem experiências de vivências ou saberes de outros países para ajudar a decodificar especificidades culturais
- ☐ Procurar entre a comunidade local (ex. Associações, Grupos Comunitários, etc.) conhecimentos sobre diferentes realidades e sistemas nos países de origem

...Para assegurar respeito

- ☐ Colocar-se nos sapatos do Outro e tentar perceber as razões que motivam as suas ações
- ☐ Dar ferramentas para que a família possa tomar a sua decisão em consciência

Que outras estratégias estou a descobrir ao longo do caminho?

**"Ter a capacidade de escutar
os Outros e as alternativas
que nos indicam.
As pessoas vão dando
caminhos."**

RECURSOS DISPONÍVEIS



Linha de Apoio ao Imigrante e Serviço de Tradução Telefónico (STT) – Alto Comissariado para as Migrações

Presta apoio telefónico em variadas línguas, respondendo a perguntas mais frequentes e encaminhando as chamadas que sejam de competência do ACM, através de uma bolsa de tradutores.

808 257 257 (a partir da rede fixa, custo de chamada local); 21 810 61 91 (a partir de rede móvel e para quem efetua a ligação do Estrangeiro). Dias úteis, entre as 09h00 e as 19h00.

CNAI - LISBOA Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante

Dá resposta a diferentes desafios dos imigrantes no seu processo de integração em Portugal. Disponibiliza equipas de terreno para esclarecer cidadãos estrangeiros em várias áreas.

Rua Álvaro Coutinho, nº 14, 1150-025 Lisboa
Tel: 21810 6100 – E-mail: informacoes@acm.gov.pt
Site: www.acm.gov.pt

Serviço Jesuíta aos Refugiados

Realização de consultas de medicina geral e familiar, exclusivamente a imigrantes irregulares.

Rua Rogério de Moura, Lote 59 1750-342 Lisboa
Tel: 217 552 790 – Tlm: 937 541 620

Site: www.jrsportugal.pt

Semanalmente, das 9h30 às 13h e das 14h às 17h30.

Manual de Procedimentos “Acesso à Saúde de Cidadãos(as) Estrangeiros(as)” (2013)

Esta ferramenta advém duma necessidade identificada pelos profissionais de saúde do ACES do Seixal e Sesimbra, na sequência do Grupo de Trabalho da Saúde, do Pacto Territorial para o Diálogo Intercultural do Seixal. Visa simplificar o seu trabalho, através da descrição de procedimentos fundamentados na legislação vigente em Portugal. Disponível na Divisão de Desenvolvimento Social e Cidadania da Câmara Municipal do Seixal ou através de www.acm.govpt

Formação em Migração e Saúde para Profissionais de Saúde

A Organização Internacional para as Migrações (OIM), Missão em Lisboa, desenvolve ações de formação em Migração e Saúde para Profissionais de Saúde, no âmbito do Projeto Equi-Health: “Fostering health provision for migrants, the Roma and other vulnerable groups”, com o objetivo de sensibilizar para as inter-relações entre saúde e mobilidade, diversidade cultural, bem como encorajar a reflexão sobre o que poderá ser feito para melhor responder às necessidades específicas da população migrante e promover o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Cultural Competence and Training in Mental Health in Europe: Strategies to Implement Competence and Empower Practitioners¹⁸

Encontram-se neste documento elementos para implementar competências interculturais dentro da área da saúde mental. Acesso através da página da **Equi-Health: Fostering Health Provision for Migrants, The Roma and other Vulnerable Groups** em: <http://equi-health.eea.iom.int/> - “Access publications” em que também há uma lista de outros recursos úteis para a saúde do imigrante.

Médicos do Mundo – Saúde Móvel

Carrinha móvel que presta cuidados de saúde a populações mais vulnerável da cidade de Lisboa.

Av. de Ceuta (Sul), Lote 4, Loja 1, 1300-125 Lisboa

Tel: 213 619 520 / 21 - Tlm: 939 508 859

E-mail: mdmp-lisboa@medicosdomundo.pt

¹⁸ Bennegadi, R, Peiro M & Benedict, R. (ed.). (2009). Cultural Competence and Training in Mental Health in Europe: Strategies to Implement Competence and Empower Practitioners. Background Paper. France: Françoise Minkowska Centre. International Organization for Migration.

CEPAC - Centro Padre Alves Correia

Acolhimento dos imigrantes e acompanhamento do seu processo de integração.

Rua de Santo Amaro à Estrela, n.º 43,
1200-802 Lisboa
Tel: 213 973 030 - Tlm: 962 979 900
E-mail: cepac.geral@gmail.com
Site: www.cepac.pt

Eil E (i) migrante

Prestação de serviços a todos níveis.

Av. Visconde de Valmor, n.º 20 D
1000-292 Lisboa
Tel: 217960436 - Tlm: 962409237
E-mail: geral@eimigrante.pt
Site: www.eimigrante.pt

In Other Words... Communicating about Health with New Immigrants¹⁹

O artigo partilha instrumentos e dicas sobre como tornar a comunicação mais efetiva. Acesso através de www.healthliteracy.com. Coleção completa de artigos em www.healthliteracy.com/articles

Kuma di Kurpu

Publicação da Câmara Municipal de Cascais (Divisão de Intervenção Sócio Territorial; Sofia Figueiredo, 2011) com a Cáritas. http://www.cascais.pt/site/lisboa/attachments/406_KUMA_DI_KURPU_V2.pdf

Embora não se dirija a profissionais de saúde, esta brochura permite conhecer algumas perceções de mulheres principalmente provenientes da Guiné-Bissau, em relação a cuidados de saúde.

Examples of Positive Developments for the Rights of Children in the Context of International Migration: 2012 Day of General Discussion of the Committee on the Rights of the Child

Oferece diferentes exemplos de políticas e práticas que contribuem para a realização dos direitos da criança e sua integração num novo contexto. www.unicef.org

Good Practices on Health and Migration in the EU Final draft²⁰

Diferentes práticas na União Europeia relacionada com a melhoria da saúde e cuidado de migrantes.

Working with Immigrant-Origin Clients: an Update for Mental Health Professionals²¹

Útil para refletir sobre diferentes abordagens na saúde mental e como integrar uma visão culturalmente mais sensível. www.apa.org

19. Osbourne, H. (2015). In Other Words... Communicating about Health with New Immigrants. Health Literacy Consulting

20. Portugal R, Padilla, B., Ingleby, D., Freitas, C., Lebas, J. & Miguel, J. (2007). Good Practices on Health and Migration in the EU Final draft. Lisbon: Conference Health and Migration in the EU: Better Health for all in an Inclusive Society. 27th and 28th of September. DG SANCO.

21. APA (2013). Working with Immigrant-Origin Clients: an Update for Mental Health Professionals. Washington: American Psychological Association.



COMO É QUE ESTÁ?

<i>Jambo, Habari Gani? / Jinsi Njema?</i>	Quissuaíli	África do Sul, Burundi, Quênia, Moçambique, Omã, Somália, Tanzânia, Uganda,
<i>Ua mu kuiva kié?</i>	Kimbundu	Angola
<i>Kedu kaj dij?</i>	Ibo	Nigéria
<i>Corpu sta dreto?</i>	Crioulo de Santiago	Cabo Verde
<i>Kuma di kurpu? / Kuma ku bu na sinti?</i>	Crioulo da Guiné	Guiné Conacri e Guiné-Bissau do Norte
<i>Hi dha selly? / No wai?</i>	Fulani / Pular (do mesmo macro grupo linguístico do Fula)	Guiné Conacri, Congo Atlântico e outros países da África Ocidental (em diferentes variantes)
<i>Behal bila? / Je shuwa ba?</i>	Burushaski	Índia, Paquistão
<i>Tamari tabiath kem che? / Tame kem cho?</i>	Gujarati	Índia, Paquistão, Quênia, Singapura, Tanzânia, Zâmbia
<i>Aap ke Tabiath tick hai? / Aap Kaise hein?</i>	Urdu	África do Sul, Bangladeche, Índia, Maurícias, Nepal, Paquistão
<i>Bhalo acheen? / Bhalo achho?</i>	Bengali / Bangla	Bangladeche, Índia
<i>Anh có khoẻ không? (masculino) Ch ị có khoẻ không? (feminino)</i>	Vietnamita	Vietname, China do Sul

As frases acima foram recolhidas junto das populações envolvidas no projeto, sendo estas línguas faladas também em Portugal.

MEMÓRIA DESCRITIVA “FAMÍLIAS DI KÁ”

A conceção gráfica do “Famílias di Ká”, com o principal enfoque na ligação conceptual e de imagem, fundamenta-se nos principais momentos do projeto:

1. *Focus Groups* realizados a profissionais de saúde e a famílias não europeias;
2. Processo de escuta ativa em que emergem palavras-chave: sorriso; olhar; toque; escuta ativa; comunicação (verbal e não verbal); respeito; disponibilidade; abertura pelo Outro; sensibilidade; flexibilidade; criatividade;
3. Análise de conteúdos dos vários *Focus Group*, em que torna-se clara a fusão e interligação entre os temas;
4. Conceção dos produtos a disseminar.

Procurou-se, assim, chegar a um discurso visual que permitisse a leitura para além do texto.

O desafio em criar coerência na mensagem entre os vários produtos a conceber (brochura, cartazes e vídeo multimédia), com intencionalidade de comunicar eficazmente e de forma apelativa, foi ultrapassado delimitando uma sinalética específica:

Foi escolhida uma linha simbólica de ligação entre as inúmeras temáticas ao longo do projeto (quer na brochura quer no vídeo), para representar a criação de ligações e do fio de encontro entre pessoas, que vivem, que se cruzam e que se reinventam nos seus percursos;



Paleta de cores que pretende remeter para diversas heranças culturais presentes em Portugal;



Para abordar expressões culturais, foram contemplados padrões de tecidos de vários países como elemento de representação, assim como, a inclusão de provérbios de diversas origens, que se encontram em várias tradições e que deixam espaço para múltiplos imaginários;



O hexágono assume-se como elemento pictórico estruturante para a representação da família: uma unidade da colmeia como analogia de cooperação, união, coesão;



Balões representam diálogos de encontro, incluindo várias citações de profissionais de saúde como de famílias ouvidas ao longo do processo.



ACM
ALTO COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES



FUNDAÇÃO AGA KHAN
Portugal



FEINPT

PARCELO EUROPEU
PARA A INOVAÇÃO
E O DESENVOLVIMENTO
DO PACTO DE LISBOA

