

COLEÇÃO MEDIAÇÃO INTERCULTURAL



REPÚBLICA
PORTUGUESA



ACM
ALTO COMISSARIADO PARA AS MIGRAÇÕES, I.P.

Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural

Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação
Intercultural

Alto Comissariado para as Migrações, I.P. (Coord.)

COFINANCIAMENTO:



FUNDO
ASÍLO, MIGRAÇÃO
E INTEGRAÇÃO



SGMAI
SECRETARIA
GERAL
MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA



UNÃO EUROPEIA

Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural
Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural
Alto Comissariado para as Migrações, I.P.

TÍTULO
ENTRE IGUAIS E DIFERENTES: A MEDIAÇÃO INTERCULTURAL
ATAS DAS I JORNADAS DA REDE DE ENSINO SUPERIOR PARA A MEDIAÇÃO
INTERCULTURAL
JUNHO 2016

COORDENAÇÃO
Alto Comissariado para as Migrações, I.P.

PROMOTOR
RESMI – Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural

COLABORARAM NESTA PUBLICAÇÃO (POR ORDEM ALFABÉTICA)

Alcinda Maria Sacramento Costa dos Reis

Ana Maria Silva

Ana Paula Caetano

Ana Piedade

Ana Vieira

Diana de Vallescar Palanca

Emília de Carvalho Coutinho

Inês Guedes de Oliveira

Isabel Freire

José Carlos Marques

Margarida Morgado

Maria Cristina Ferraz Saraiva Santinho

Maria Cristina Gomes

Maria del Carmen Ribeiro

Maria do Rosário Pinheiro

Maria João Hortas

Sandra Antunes

Ricardo Vieira

Rosa Madeira

EDIÇÃO
Alto Comissariado para as Migrações (ACM, I.P.)

RUA ÁLVARO COUTINHO, N.º 14, 1150-025 LISBOA
acm@acm.gov.pt | WWW.ACM.GOV.PT | +351 21 810 6100

ISBN
978-989-685-078-4

A INFORMAÇÃO EXPRESSA NA PRESENTE EDIÇÃO, AO ABRIGO OU NÃO DO ACORDO ORTOGRÁFICO, É DA EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DOS SEUS AUTORES E NÃO VINCUA O ACM, I.P..

ÍNDICE GERAL

Nota de Abertura 6

Pedro Calado, Alto-comissário para as Migrações

1. I Painel – Mediação Intercultural e Território 9

1.1 Mediação Intercultural e Território: estratégias e desafios 9

Ana Maria Costa e Silva, Ana Piedade, Margarida Morgado,
María del Carmen Arau Ribeiro

1.2 O Território como espaço-tempo de (des)encontro entre (in)diferentes e (des)iguais: um olhar crítico sobre as condições de Mediação Intercultural 30

Inês Guedes de Oliveira, Maria Cristina Sousa Gomes, Rosa Madeira

2. II Painel – Mediação Intercultural e Educação 66

2.1 Educação e Mediação Intercultural: experiências e práticas de formação e investigação 66

Ana Paula Caetano, Isabel Freire, Maria João Hortas, Maria do Rosário Pinheiro, Sandra Antunes

2.2 A Mediação Intercultural em contexto escolar: da diferença como deficiência à diferença como ferramenta pedagógica e identitária 98

Ana Vieira, José Carlos Marques, Ricardo Vieira

2.3 Metodologias de formação na fronteira – Narrativas digitais 124

Diana de Vallescar Palanca

3. III Painel – Mediação Intercultural e Saúde 143

3.1 Constrangimentos nos Contextos de Cuidados de Saúde: entre Profissionais de Saúde, Mediadores Interculturais e Imigrantes 143
Alcinda Reis

3.2 Vigilância de gravidez em mulheres imigrantes e portuguesas. O porquê da necessidade de mediação intercultural 158
Emília Coutinho

3.3 Projetos de Mediação Intercultural na Saúde e sua implementação, em Portugal 175
Maria Cristina Ferraz Saraiva Santinho

ÍNDICE DE FIGURAS

- FIGURA 1. População estrangeira que solicitou estatuto de residente **100**
FIGURA 2. População imigrante na escola da Calçada **104**
FIGURA 3. N.º de alunos de “etnia” na escola da Calçada 105
FIGURA 4. Número de alunos NEE **106**
FIGURA 5. Famílias de Histórias Visuais **127**
FIGURA 6. Competências para o Futuro **132**
FIGURA 7. Literacias promovidas pelo *Storytelling* **134**
FIGURA 8. O modelo ADDIE **136**
FIGURA 9. Módulos temáticos **180**
FIGURAS 10, 11 e 12. Módulos assegurados pelos investigadores **181, 182**
FIGURA 13. Modelos de relação do intérprete e sua influência sobre o fluxo e o conteúdo das mensagens **184**

ÍNDICE DE TABELAS

- TABELA 1. *Storytelling* e Aprendizagem – Visão Comparativa **130**
TABELA 2. Motivos para a discriminação sentida pelas mulheres imigrantes em Portugal **162, 163**

Nota de Abertura

Pedro Calado, Alto-comissário para as Migrações

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

A mediação surgiu, desde cedo, como uma metodologia estratégica do Alto Comissariado para as Migrações na implementação de políticas públicas em matéria de migrações, uma vez que facilita, simultaneamente, os processos de integração e o diálogo intercultural. Ao longo dos anos, têm sido implementadas práticas de mediação nos Centros Nacionais e Locais de Apoio à Integração de Migrantes, em serviços públicos essenciais aos cidadãos (saúde, educação, segurança social) e, mais recentemente, na criação de Equipas Municipais de Mediação trabalhando com comunidades migrantes e ciganas.

A centralidade das práticas de mediação intercultural requer que esta área seja aprofundada, enquanto universo concetual e metodológico, e que se estructurem ofertas formativas de qualidade que enquadrem novos profissionais de mediação nos mais variados contextos e campos de ação. É neste âmbito que se constitui a RESMI – Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural, rede dinamizada pelo Alto Comissariado para as Migrações com o

objetivo de congregar esforços e interesses no aprofundamento do conhecimento e implementação de práticas de mediação intercultural, potenciando sinergias nas áreas da formação, da investigação e da consultoria a projetos no terreno.

O presente documento colige as comunicações apresentadas nas I Jornadas RESMI “Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural”, realizadas em Lisboa a 21 de maio de 2015, evento que formalizou a adesão de mais de 20 entidades do ensino superior à RESMI e o primeiro momento conjunto e público de partilha de abordagens em torno do conceito e práticas de mediação intercultural. Esta coleção de textos revela, em si, a diversidade de olhares sobre esta área, explorando temáticas como a necessidade de funções de mediação em vários contextos e ou serviços (como a saúde, a educação, e mesmo o ensino superior); a reflexão em torno da oferta formativa de nível superior no campo da mediação e das várias linhas de investigação nesta área; a abordagem a metodologias e ferramentas pedagógicas que facilitam o conhecimento e o diálogo intercultural; a reflexão em torno da definição de perfil ou perfis de mediadores.

Constitui-se, assim, como o primeiro contributo da RESMI para um maior conhecimento e melhores práticas de mediação, visando, finalmente, a melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos e uma convivência cidadã intercultural nos vários contextos da sociedade portuguesa. De resto, comunicação, coesão, autonomia e integração são processos chave da mediação. Processos chave de uma sociedade democrática e plural como é a portuguesa configu-

Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural
Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural
Alto Comissariado para as Migrações, I.P.

rando-se, igualmente, como valores tão requeridos nos tempos desafiantes que estamos a atravessar na Europa e no Mundo.

Pedro Calado, Alto-comissário para as Migrações

3.2 Vigilância de gravidez em mulheres imigrantes e portuguesas e as razões que justificam a necessidade de mediação intercultural

Emília de Carvalho Coutinho, Escola Superior de Saúde de Viseu/Instituto Politécnico de Viseu

Resumo

A ausência de vigilância de gravidez reflete-se 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 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.

Introdução

A vigilância de gravidez é um indicador de qualidade dos cuidados de saúde de um país. Espelha a saúde de cada mulher grávida, mas também de cada criança que nasce, porquanto condiciona, a saúde individual e coletiva, presente e futura. No estudo realizado por Coutinho (2014), determinou-se que para se

considerar consumada a vigilância de gravidez importa observar, não só o número mínimo de consultas, seis ou mais, como também o início dessa vigilância, a ocorrer antes do fim do primeiro trimestre. O comportamento preventivo ideal em saúde é que todas as mulheres, antes de engravidar, devem realizar uma consulta pré-concepcional. Esta consulta permite conhecer o perfil da mulher e ou casal imigrante para que se tomem as medidas adequadas à prevenção e controle do aparecimento de determinadas doenças. Esta atitude **tem o seu impacto na “ redução da mortalidade e morbilidade materna, neonatal e infantil e promove a saúde de mães e crianças, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento”**(Portugal. DGS, 2015, p. 38)

Apesar dos cuidados de saúde materna serem gratuitos em Portugal, nem todas as mulheres realizam as consultas de vigilância em número e tempos adequados. Essa atitude compromete a sua saúde e a dos seus filhos, e traduz-se em menor qualidade de vida para si próprios, o que obviamente implica mais custos para os contribuintes. Os escassos estudos em Portugal que abordam esta problemática ainda não conseguiram tornar visível e sensibilizar as populações para a importância primordial da vigilância de gravidez.

Atualmente, face ao fenómeno da globalização, as pessoas migram com grande facilidade, muitas vezes à procura de melhores condições de vida. Carregam costumes, práticas e ritos culturais próprios, algumas vezes desconhecidos para os profissionais de saúde, os quais nem sempre conseguem tornar comum o significado que uns e outros atribuem à vigilância de gravidez. Como referem Martín e Phelan (2009) a saúde é olhada com os olhos da cultura de

cada um e a existência de estereótipos e preconceitos pode condicionar fortemente o acesso aos serviços de saúde por parte de muitas famílias.

Esta realidade abre espaço à intervenção de um mediador intercultural, que preventivamente medeia e elucida sobre a importância da vigilância de gravidez.

Neste contexto, de modo a conhecer a realidade do país, surge a necessidade de determinar a prevalência de vigilância de gravidez em mulheres imigrantes e portuguesas em Portugal.

Participantes e métodos

Apresenta-se uma síntese integradora de duas abordagens metodológicas distintas. Uma de carácter quantitativo em que foram envolvidas 3.232 grávidas (2.326 portuguesas e 906 imigrantes), em 32 maternidades e hospitais nos 18 distritos de Portugal Continental e a outra de carácter qualitativo em que foram entrevistadas 82 puérperas (60 imigrantes e 22 portuguesas), em duas regiões distritais na Região Centro de Portugal. No estudo quantitativo participaram 32 equipas de enfermagem e uma psicóloga clínica que ao longo de dois anos colaboraram na recolha de dados (2010-2012), os quais foram tratados com a ajuda do SPSS 20.0. No segundo estudo recorreremos à entrevista semiestruturada para a colheita de dados. Na análise de conteúdo do verbatim das entrevistas, foi utilizado o programa Qualitative Analyses Software Certified Partner (NVivo versão 10). Em ambos os estudos foram respeitados os preceitos éticos, quer com as participantes, como com as instituições envolvidas e com a Comissão Nacional de Proteção de Dados (Processo nº

3128/2010, e Processo nº 191/2011). O que aqui se explana constitui apenas uma parte dos estudos realizados.

Resultados

Podemos constatar que 86,8% das grávidas portuguesas fazem vigilância de gravidez, mas em comparação no caso das mulheres grávidas imigrantes essa percentagem é de apenas 71,7%.

Nas mulheres imigrantes, a barreira linguística apresentou-se como um determinante que concorre para a não vigilância de gravidez. Excetuando as imigrantes de expressão portuguesa, as grávidas referem frequentemente o facto de não falarem português como o principal obstáculo para o acesso aos cuidados de saúde.

As grávidas que sentem mais as dificuldades linguísticas são as oriundas da China, seguidas das dos países de Leste (Roménia e Moldávia) sendo as de S. Tomé, Cabo Verde e Guiné aquelas que menos dificuldades linguísticas referem. Contudo, as grávidas provenientes de países de expressão portuguesa apontam alguns constrangimentos decorrentes dos diferentes significados que são atribuídos aos cuidados, revelando desta forma o seu desconhecimento cultural.

No caso das grávidas oriundas de países de expressão portuguesa, as razões de natureza económica são as que assumem particular relevo, o que não deixa de ser curioso, na medida em que Portugal oferece gratuitamente os cuidados de saúde materna tanto a autóctones como a estrangeiras. Todavia, as grávidas imigrantes consideram Portugal um país acolhedor.

O facto de serem mulheres muito jovens, de terem profissões não qualificadas, menos habilitações literárias, o estado civil de solteira, viúva ou divorciada, a falta de planeamento da gravidez e estarem em Portugal há menos de cinco anos, foram outros fatores que contribuíram para uma menor vigilância de gravidez pelas mulheres imigrantes.

O estudo qualitativo permitiu clarificar algumas questões que se colocaram do estudo quantitativo, do qual emergiram outros constrangimentos vividos e apontados pelas mães imigrantes e portuguesas entrevistadas. Destacamos os constrangimentos manifestados pelas mães imigrantes na categoria “Motivos para a discriminação sentida pelas mulheres imigrantes em Portugal” da qual emergem oito subcategorias: por ser imigrante, por ter dificuldades linguísticas, por se encontrar em situação indocumentada, devido ao défice de cuidados e atenção recebida, por não conseguir médico, pelo facto de não ser o mesmo médico a atender, por não estar inscrita no sistema de saúde, por ser grávida imigrante (cf. tabela 2).

Tabela 2

Motivos para a discriminação sentida pelas mulheres imigrantes em Portugal

			n
Motivos para a discriminação sentida pelas mulheres	Ser imigrante	Por parte da sociedade em geral	16
		No mercado do trabalho	4
		No acesso aos serviços de saúde	3
Ter dificuldades linguísticas	Por parte dos profissionais de saúde	4	
	Por parte da sociedade em geral	2	
Encontrar-se em situação indocumentada	No mercado do trabalho	1	
	Por parte dos profissionais de saúde	4	

Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural
Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural
 Alto Comissariado para as Migrações, I.P.

res imigran- tes em Portu- gal		No acesso aos serviços de saúde	3
	Devido ao défice de cuidados e atenção recebida	Por parte dos profissionais de saúde	4
	Por não conseguir médico	No acesso aos serviços de saúde	3
	Pelo fato de não ser o mesmo médico a atender	Por parte dos profissionais de saúde	1
	Por não estar inscrita no sistema de saúde	Por parte dos profissionais	1
	Ser grávida imigrante	No mercado do trabalho	1

Conclusão

Esta é uma conclusão com alguma discussão. Apesar das diferenças registadas na vigilância entre grávidas portuguesas e imigrantes, o estudo aponta que elas são menos acentuadas que noutros países entre autóctones e estrangeiras.

Concretamente no que se refere à barreira linguística, no seu estudo, também Alderliesten, Vrijkotte, Wal, e Bonnel (2007), identificaram a fraca proficiência linguística, como fator determinante de não vigilância pré-natal, à semelhança dos resultados verificados por Korinek e Smith (2011).

Korinek e Smith (2011) salientam também a situação irregular como sendo um dos preditores de não vigilância de gravidez (OR=2,58 p<0,05). Alude-se também ao estudo de González-Enriquez (2012) que compara a não vigilância de gravidez em vários países da Europa, com imigrantes em situação irregular, o qual expõe as fragilidades de muitos sistemas políticos europeus, em que uns lhes vedam totalmente o acesso à saúde, outros impõem limites e condicio-

nam esse acesso, só permitindo o atendimento em situações de urgência. Mas mesmo nestes casos, a exposição do imigrante é frequente, na medida em que vários mecanismos são acionados para levar à sua denúncia, até pelos funcionários públicos que a isso estão obrigados, como acontece em alguns estados membros.

Em Portugal, esta questão não se coloca, porque todas as grávidas, independentemente de estarem ou não em situação indocumentada, têm o direito a serem atendidas e não há por parte dos serviços de saúde a obrigatoriedade de participar a situação ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

Neste contexto de vulnerabilidade, o mediador intercultural, com um perfil adequado, que analise as situações problemáticas entre as partes, que na sua essência, procure encontrar o que de comum une as partes, e determinar os ganhos decorrentes da sua convivência, pode ser visto como uma estratégia para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde.

Entendemos a mediação intercultural para além da mediação de conflitos. Mediação como uma *forma de transformação social na qual se fomenta o diálogo intercultural e a inclusão social, em que se estimula o respeito e o conhecimento da diversidade cultural existente* (Oliveira & Freire, 2009, p. 25). Uma mediação que como Almeida, Albuquerque, e Santos (2013) expõem consolide os *fundamentos para a construção de uma sociedade mais justa e participativa;*

Que permita consubstanciar condições de desenvolvimento e de democracia mais substantivas e emancipadoras para grupos populacionais mais abrangentes e em menos casos em situações de vulnerabili-

dade e de opressão; em que se prevê a sua expansão aos mais diversos contextos, documentos e discursos que refletem simbolicamente a vida em sociedade e as relações que dela emergem (pp. 135-136).

Na transição para a maternidade a mulher grávida pode viver situações particularmente constrangedoras no que se refere à exposição corporal e à invasão da sua intimidade. Todavia, no que diz respeito aos enfermeiros sabemos que são profissionais com capacidade de transmissão e descodificação de contextos diversificados, e que para além do conhecimento e da competência cultural que lhe são exigidos, assentam a sua prática em modelos estruturados de suporte à competência cultural. Agem com o conhecimento específico inerente aos cuidados culturais e suportados por modelos de cuidados culturais como: a teoria da universalidade e diversidade cultural de Leininger (1991), o processo de competência cultural na prestação de serviços de saúde, de Campinha-Bacote (2006), o modelo dos cuidados culturalmente apropriados de Giger e Davidhizar (2007) o modelo de competência cultural, de Purnell e Paulanka (2010) entre outros.

Atualmente, em variadíssimos contextos é o enfermeiro que acompanha e faz a ponte entre o cliente e o SNS.

O enfermeiro tem um *background* de conhecimentos relativos aos processos gravídicos, à mulher grávida/casal e às diferentes culturas – podendo constituir-se como o terceiro elemento entre o sistema e o cliente. Nesta medida, apresentam-se alguns fundamentos que poderão suportar a perspetiva de, socialmente, se dispor de mediadores interculturais de formação variada, em função dos percursos que poderão eventualmente realizar na procura da

consciência cultural, do conhecimento cultural, da habilidade cultural, do encontro cultural e do desejo cultural (Campinha-Bacote, 2011).

Não são apenas as barreiras linguísticas que se levantam no acesso aos cuidados de saúde materna, pois as mulheres portuguesas também não apresentam a cobertura plena no que se refere à vigilância de gravidez. Apesar do enfermeiro conhecer, acompanhar, de ter formação em gestão de conflitos, falta-lhe a formação em mediação intercultural.

As imigrantes dos PLOP, que falam a mesma língua, revelaram piores níveis de vigilância comparativamente às portuguesas. Não apenas a barreira linguística mas também o conhecimento, a literacia em saúde, condicionam o acesso à saúde materna, comprometendo igualmente a descodificação da mensagem, a capacidade de discernir a informação relevante no que se refere à saúde, como refletem os dados obtidos no estudo relativo às portuguesas. Neste contexto, não nos podemos alhear da influência da comunicação na interação estabelecida entre clientes e prestadores de cuidados como referem Martin e Phelan (2009). A este propósito importa refletir no que afirma Martin (2013):

Dos problemas que sucedem da interação dos profissionais de saúde com os imigrantes a comunicação deficiente é o aspeto central da baixa qualidade do atendimento e a que acarreta uma série de fatores que se traduzem numa série de consequências negativas (pp. 125-126).

Se por outro lado há que compreender o sentido e valor atribuído à vigilância de gravidez pelas mães imigrantes, por outro verificámos que também a perceção de cuidados culturais é influenciada pela condição de imigrante.

O trabalho de mediação pode contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e harmonizadora, em que o mediador suporta a sua intervenção não apenas no domínio da técnica e da arte da mediação, mas como apresentam Oliveira e Freire (2009) procuram igualmente orientar-se por valores universais, respeitando os princípios éticos, a liberdade e a fraternidade.

Essa consciência impõe-se porquanto, como afirma Giménez-Romero (1997), o encontro cultural raramente é entre iguais, mas o que acontece é que as partes se relacionam em situações de *desigualdade, de assimetria, de hierarquização* (p. 155). Desse modo os princípios da mediação intercultural ajudam-nos a fazer o caminho para essa cultura de paz, a qual no entendimento de Munné e Mac-Cragh (2006), deve obedecer a 10 princípios:

1) a humildade de admitir que muitas vezes se necessita de ajuda externa para poder solucionar as próprias dificuldades; 2) a responsabilização dos próprios atos e das suas consequências; 3) o respeito por si mesmo. A procura dos próprios desejos, necessidades e valores; 4) o respeito pelos demais. A compreensão dos desejos, necessidades e valores do outro; 5) a necessidade de privacidade nos momentos difíceis; 6) o reconhecimento dos momentos de crise e de conflitos como algo inerente à pessoa; 7) a compreensão do sofrimento que produzem os conflitos; 8) a crença nas próprias possibilidades e nas do outro; 9) a potenciação da criatividade na base da realidade; e por fim 10) a capacidade para aprender com os momentos críticos (pp99-140).

Também os 7 princípios gerais da mediação intercultural, propostos por Giménez-Romero (1997, 2010) orientam a forma de estar do mediador e de-

terminam o tipo de intervenção mediadora que adota. Esses princípios, alguns adaptados por Oliveira e Freire (2009, p. 21), outros revistos por Giménez-Romero e apresentados em 2014 em Madrid, no Workshop de Métodos e Técnicas na Prática Profissional da Mediação Intercultural, ajudam-nos a situar a ação no campo da mediação e refletem a sociedade que ajudamos a transformar

1) Voluntariedade - Não se pode impor. Condições habituais de assimetria e desigualdade nas relações interétnicas. Deve-se procurar que a parte mais frágil se expresse no processo de mediação; 2) Confiança - Dificuldade e importância de conseguir confiança num ambiente cheio de preconceitos, estereótipos, juízo de valor. A tarefa central é superar essas atitudes; 3) Ajudar às partes - Necessidade de assegurar às partes que o “que se faz” constitui uma ajuda na procura de uma solução; 4) Neutralidade, Imparcialidade, Equidistância - Construção dinâmica de espaço. A usual assimetria relacional e a importância dos componentes emotivos e sócio afetivos. Necessidade de discutir a imparcialidade e o que esta supõe; 5) Coprotagonismo das partes - Negação habitual das comunidades étnicas dominantes. Esforço suplementar que o mediador deve fazer neste sentido (reconhecimento e fortalecimento de ambas as partes); 6) Todos Ganham - Porque todos falam. Todas as partes devem sentir que ganharam e perderam com o processo de mediação. Deve haver uma atenção particular aos casos em que a relação vincula instituições públicas com indivíduos ou grupos minoritários. Tenho que perguntar o que ganha cada um: seja re-

conhecimento, acordo, uma parte social; 7) Legitimação – PIN – reconhecer a Posição, os Interesses, e as Necessidades do outro. Supõe que as diferentes posições das partes encontrem espaço para se poderem expressar. Tem que se criar um ambiente para se prosseguir. O que parece a um, não quer dizer que pareça a outro.

O respeito pelos princípios apresentados veicula uma certa forma de estar, na sua essência transformadora. Neste sentido, Martin (2013) enfatiza a necessidade de existência do mediador intercultural em saúde. Contudo, entende que há entraves ao seu reconhecimento nas equipas de saúde sendo que atualmente o seu papel é ainda inconsistente apresentando os motivos para essa condição

Falta de definição do papel de mediador intercultural em saúde, os múltiplos e diferentes perfis derivados da variedade na sua denominação, o escasso reconhecimento por parte dos profissionais de saúde e equipas de saúde, e especialmente o aumento que pressupõe em termos de gastos económicos com a introdução de uma nova figura profissional nas equipas de saúde (pp. 125-126).

Entende ainda que *os escassos estudos de investigação que se dedicaram à avaliação dos projetos de mediação intercultural não deram grandes contributos na evidência dos aspetos positivos e nas repercussões económicas, que os mediadores interculturais acarretam aos sistemas de saúde (ibidem).*

De modo a colmatar estes constrangimentos equacionam-se outros atores que reinventem a mediação intercultural. O enfermeiro encontra-se em situação privilegiada para poder vir a assumir esse papel de mediador intercultural,

assegurada a devida formação; pelo conhecimento que possui em literacia em saúde; pela competência cultural com que exerce as suas funções, ao mobilizar e recontextualizar o conhecimento que adquiriu no seu processo formativo, acerca dos diferentes modelos de cuidados culturais, numa perspetiva pragmática, tendo em conta a especificidade da cultura migrante e a singularidade do cliente, enquanto alvo dos seus cuidados. Também o conhecimento transversal, em diversas áreas das ciências sociais, potencia o enfermeiro para que possa vir a ser um mediador intercultural. Ao desenvolver o conhecimento em mediação intercultural, poderia tornar-se num profissional de primeira linha, na assunção das funções de mediador intercultural nos serviços de saúde, o que para além de diversificar e consolidar a figura e o papel de mediador intercultural em Portugal, traria ganhos em saúde às populações e promoveria uma cultura de paz e de convivência social integradora.

Sugestões

Face aos resultados, como sugestão para minimizar as dificuldades apresentadas pelas mulheres imigrantes, entendemos que devem ser criados protocolos entre todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde, no âmbito da maternidade, que promovam e facilitem o acesso, através de um interface informático que minimize a barreira linguística, a divulgação das linhas de acesso a tradutores do Alto Comissariado para as Migrações, mas, principalmente, a inclusão do mediador intercultural, enfermeiro ou outro profissional com formação em mediação intercultural como parte integrante da equipa de

cuidados de saúde e como garante do acesso e da qualidade de cuidados às mães e outros imigrantes.

Referências bibliográficas

ALDERLIESTEN, M., VRIJKOTTE, T., WAL, M. V. D., & BONSEL, G. (2007). Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114 , October(10), 1232-1239.

ALMEIDA, H. N., ALBUQUERQUE, C. P., & SANTOS, C. C. (2013). Cultura de Paz e Mediação Social. Fundamentos para a construção de uma sociedades mais justa e participativa. *Mediaciones Sociales*, (12), 132-157. Acedido em <http://revistas.ucm.es/index.php/MESO/article/view/45266> doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_MESO.2013.n12.45266

CAMPINHA-BACOTE, J. (2006). Cultural Competence in Nursing Curricula: How Are We Doing 20 Years Later? . *Journal of Nursing Education*, 45(7), 243-244.

CAMPINHA-BACOTE, J. (2011). Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* 16(2), Manuscript 5. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man05.

COUTINHO, E. (2014). *Vigilância de gravidez e perceção do cuidado cultural em enfermagem: Estudo em mulheres imigrantes e portuguesas*. PhD, University of Porto, Porto. Acedido em

http://sigarra.up.pt/icbas/pt/teses.tese?P_aluno_id=100767&p_processo=17404&P_LANG=0

GIGER, J., & DAVIDHIZAR, R. (2007). Promoting Culturally Appropriate Interventions Among Vulnerable Populations. *Annual Review of Nursing Research*, 25(1), 293-316.

GIMÉNEZ-ROMERO, C. (1997). La naturaleza de la mediación intercultural. *Revista de Migraciones*(2), 125-159.

GIMÉNEZ-ROMERO, C. (2010). *Interculturalidade e Mediação* (Vol. 04 Cadernos de Apoio à Formação). Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural-ACIDI.

GONZÁLEZ-ENRIQUEZ, C. (2012). La atención sanitaria a los inmigrantes irregulares: una comparación europea *ARI Real Instituto Elcano*, 53/2012

KORINEK, K., & SMITH, K. R. (2011). Prenatal care among immigrant and racial-ethnic minority women in a new immigrant destination: exploring the impact of immigrant legal status. *Soc Sci Med*, 72(10), 1695-1703. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.046

LEININGER, M. (1991). *Culture Care diversity and Universality: a theory of Nursing. The theory of culture care diversity and universality*. . New York: National League for Nursing Press.

MARTIN, M. A. (2013). *La mediación intercultural en el ámbito de la salud. Manuals de la Universitat Autònoma de Barcelona: 59*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona Servei de Publicacions.

MARTÍN, M. C., & PHELAN, M. (2009). Interpreters and Cultural Mediators – different but complementary roles. *Translocations: Migration and Social Change, An Inter-Disciplinary Open Access E-Journal*.

MUNNÉ, M., & MAC-CRAGH, P. (2006). *Los 10 Principios de la Cultura de Mediación*. Barcelona: Editorial Graó.

OLIVEIRA, A., & FREIRE, I. (2009). *Sobre... a mediação Sócio-Cultural* (Vol. Cadernos de apoio à formação:3). Lisboa: ACIDI.

Portugal. DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância de Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

PURNELL, L., & PAULANKA, B. (2010). *Cuidados de saúde transculturais: Uma abordagem culturalmente competente*. Loures: Lusodidacta.

Biografia

Emília de Carvalho Coutinho – Professora na Escola Superior de Saúde de Viseu/Instituto Politécnico de Viseu (ESSV/IPV), na unidade científico-pedagógica de saúde materna obstetrícia e ginecologia, desde 1997.

Mestre em 2000, em Ciências de Enfermagem, pela Universidade do Porto com a Dissertação “Uma perspetiva cultural de cuidar no parto”.

Doutora em 2014, em Ciências de Enfermagem, pela Universidade do Porto com a Tese “Vigilância de gravidez e perceção do cuidado cultural em enfermagem: estudo em mulheres imigrantes e portuguesas”

Investigadora no Centro de Estudos em Tecnologia, Educação e Saúde, Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Viseu, desde 2007, em temáticas

Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural
Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural
Alto Comissariado para as Migrações, I.P.

como: imigração e maternidade, cuidados culturais no parto, mediação intercultural, vigilância de gravidez, o pai no parto, relação precoce mãe-filho, prematuridade, vivências de mulheres mastectomizadas, fertilidade feminina, amamentação, violência doméstica na mulher grávida, entre outros.