

A imigração e o acesso à saúde. Boas práticas identificadas em dois projectos de intervenção na área da saúde

Paula Fernandes, Ricardo Pereira e João Blasques de Oliveira*

Resumo O presente artigo reflecte dois anos de experiência de Médicos do Mundo Portugal (MDM-P) em projectos de *out-reach*, desenvolvidos em particular na região de Lisboa, especificamente os projectos Noite Saudável e Bairro Feliz. Foram identificadas seis acções, que podem ser reconhecidas como boas práticas e que compõem uma resposta das equipas de MDM-P às necessidades identificadas no processo de acesso a serviços de saúde e de apoio social por parte da população imigrante que recorre a estes dois projectos.

Palavras-chave: imigração, saúde, acesso aos serviços, boas práticas.

Summary The present article reflects two years of experience of Médecins du Monde Portugal (MDM-P) in out-reach projects, developed in particular in the Lisbon region and specifically in the Noite Saudável e Bairro Feliz (Healthy Night and Happy Borough) projects. Six actions were identified which can be recognised as good practices and which make up the MDM-P teams response to the identified needs of the immigrant population, who took part in these two projects, in accessing health services and welfare support.

Key-words: immigration, health, access to services, good practices.

* Médicos do Mundo – Portugal.

A imigração e o acesso à saúde. Boas práticas identificadas em dois projectos de intervenção na área da saúde

Paula Fernandes, Ricardo Pereira e João Blasques de Oliveira

Introdução

Os Médicos do Mundo Portugal (MDM-P) elaboraram, desde há mais de dois anos uma “Carta de posição de princípios básicos sobre a Imigração Irregular na Comunidade Europeia (CE)”.¹ Nesta carta de princípios, as novas vagas de imigração Sul/Norte, em massa, são enquadrados na perspectiva de que: “os fluxos migratórios subsarianos que a Europa tem vindo a acolher são apenas o espelho da busca de equilíbrio que a História sempre assumiu, entre os países desenvolvidos e os em vias de desenvolvimento”.

O mesmo documento sustenta ainda que os movimentos migratórios comportam há séculos dois lados de um mesmo problema complexo, que deve ser ponderado tendo em consideração todos os factores envolvidos e onde se devem evitar apreciações imediatistas. O primeiro problema refere-se à situação dos países de origem, em que as oportunidades são poucas, e o segundo à dos países de acolhimento, que vêem na sua chegada uma potencial ameaça à estabilidade económica. Desde os séculos XVIII e XIX, com a revolução industrial e o começo do desenvolvimento económico e industrial, que a Europa passou a ser um destino apetecível para as populações mais pobres de África. Mas é sem dúvida no século XX que este movimento mais se acentuou, apresentando-se como a solução à miséria de campos inférteis, às nações destruídas pelas guerras ou simplesmente como local de novas e/ou melhores condições de vida. Por estes motivos, milhares de pessoas percorrem o continente africano, atravessando fronteiras, aventurando-se por territórios hostis, e com frequência entregando todas as suas economias a máfias de tráfico de pessoas.

Ao mesmo tempo, sabe-se que os processos de desenvolvimento económico e de urbanização, tal como existem na maioria dos países, acabam por, através de mecanismos vários, criar as condições de alienação dos recém-chegados, reduzindo as possibilidades de integração a áreas de desenvolvimento marginal nessas sociedades. Alguns dos factores determinantes nesses processos são, por exemplo, o corte mais ou menos abrupto das redes de suporte social e o quadro sócio-cultural rural de onde os recém-chegados provêm. Este processo é ainda mais brutal no caso dos imigrantes que muitas vezes ainda não se “urbanizaram” completamente nos seus países de origem e que têm de se adaptar a uma sociedade com normas e referências culturais completamente diferentes, com uma legislação que não conhecem e com preconceitos raciais e religiosos que entre si contribuem para a criação de barreiras à integração. Simultaneamente têm-se

detectado bloqueios no acesso aos serviços públicos nos países de acolhimento destes imigrantes e, em especial, no acesso aos cuidados de saúde.

O quadro conceptual das intervenções

A teoria do Modelo Comportamental de Acesso aos serviços de Saúde por parte de Populações Vulneráveis, desenvolvida e testada por Gelbert desde 2000 (Gelbert *et al.*, 2000), permite definir um quadro conceptual relativo à procura de serviços por parte destas populações. Este quadro conceptual aponta para um conjunto de factores predisponentes e facilitadores que condicionam/determinam os resultados da maior ou menor procura e utilização dos serviços, em particular dos serviços de saúde, por parte dessas populações, onde se incluem pessoas sem domicílio fixo e imigrantes. Embora desenhado nos Estados Unidos, o modelo ajuda-nos a compreender o que se passa na nossa própria realidade, embora seja preferível que se venham a realizar estudos que o validem e adaptem à realidade portuguesa. As boas práticas descritas ao longo deste artigo enquadram-se como soluções práticas dentro do modelo referido. Contribuem, pois, para que os utilizadores dos serviços possam minimizar alguns dos factores predisponentes para a não procura de serviços e aumentar o acesso a factores facilitadores do uso dos mesmos.

A intervenção

Este artigo reflecte cerca de dois anos de experiência e de implementação no terreno de actividades ligadas aos projectos que MdM-P desenvolve em especial na região de Lisboa, em particular os projectos Noite Saudável e Bairro Feliz. Foram identificadas seis acções, que poderemos descrever como boas práticas e que representam uma resposta das equipas de terreno às dificuldades encontradas no processo de ajudar a melhorar o acesso a serviços de saúde e de suporte e integração social.

Os Projectos Noite Saudável e Bairro Quinta da Serra

O projecto Noite Saudável foi iniciado em 2000 com o objectivo de prestar apoio nocturno em termos de encaminhamento e acompanhamento à população sem-abrigo e imigrante. Foi ultimamente reformulado, procurando fornecer aos beneficiários uma resposta mais integrada e abrangente. Desde o início do projecto foi possível contar com uma unidade móvel, onde os utentes podem receber atenção médica e de enfermagem, assim como apoio psicossocial, com alguma privacidade. A partir de 2007, a equipa móvel foi complementada por uma equipa satélite

que se desloca a pé. Com estas equipas é assegurada a prestação de cuidados primários de saúde em horário nocturno, atendimentos em “regime urgente”, acompanhamento diurno a utentes hospitalizados, apoio medicamentoso, apoio psico-afectivo e aconselhamento, encaminhamento de utentes para estruturas complementares de saúde e para outras respostas sociais. É igualmente disponibilizada informação sobre VIH/SIDA e IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis, distribuição gratuita de preservativos e de informação sobre o teste voluntário e despiste de IST. Desde o segundo trimestre de 2007 que se iniciou uma componente de “redução de danos” do projecto, com a distribuição gratuita de seringas a pessoas que usam drogas intravenosas.

O projecto Bairro Feliz está a ser implementado desde 2002 no Bairro Quinta da Serra, Prior Velho, e foi fruto da necessidade de realizar um acompanhamento e monitorização mais próximo do local de residência dos doentes diagnosticados com Tuberculose pelo Centro Diagnóstico Pulmonar (CDP) – Dona Amélia. Durante a intervenção no Bairro foram identificados outros problemas que exigiram uma resposta preventiva, nomeadamente em relação ao VIH/SIDA e outras IST.

Actualmente o designado Projecto Integrado – Componente Prevenção em VIH/SIDA, Tuberculose (TB) e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) surge com o objectivo de reforçar o conhecimento sobre o VIH/SIDA e IST e capacitar a comunidade deste bairro para a prevenção das mesmas ao nível da diminuição de comportamentos de risco. Para tal são desenvolvidas actividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) sobre meios de prevenção, questões de género, discriminação e direitos humanos. É ainda feito o reencaminhamento de pessoas para a consulta de cuidados primários de saúde, distribuição de preservativos e actividades culturais.

A população-alvo

A população-alvo dos dois projectos de MDM-P, apesar de ser geograficamente diferente, apresenta similaridades. Os beneficiários directos do projecto Noite Saudável são predominantemente homens, entre os 30 e os 45 anos, neste sentido em idade activa, normalmente em situação de isolamento (familiar e social). O imigrante que recorre à Unidade Móvel fá-lo quando a doença é já manifesta e com alguma dificuldade acede aos serviços públicos, porque receia faltar ao seu trabalho ou não tem informação sobre os seus direitos e deveres, mas sobretudo demonstra um receio manifesto de ser denunciado. Convém realçar que, embora inicialmente focada na atenção ao imigrante, tem-se verificado que a unidade é cada vez mais utilizada por portugueses em situação de vulnerabilidade, como sejam sem-abrigo, pessoas idosas e sozinhas, entre outros. Os problemas relacionados com o aparelho digestivo, o alcoolismo e as alterações do foro psiquiátrico são os principais motivos de procura de cuidados.

O projecto Bairro Feliz, inserido num bairro de autoconstrução, dirige-se, de uma forma global, a toda a população do bairro, num total de 1559 habitantes,² sendo beneficiários directos os moradores na faixa etária dos 12 aos 60 anos. Nesta comunidade, maioritariamente constituída por imigrantes de Cabo Verde e Guiné-Bissau, as famílias alargadas são predominantes, existindo igualmente “casas de aluguer”, específicas para imigrantes homens que percorrem o país de acordo com a disponibilidade de trabalho. Durante o período de férias escolares a população do bairro, mesmo durante o dia, torna-se predominantemente jovem, criando a necessidade de ter intervenções especiais orientadas para essa realidade.

O acesso à saúde – factores de vulnerabilidade na população imigrante

Segundo os dados do *Relatório Anual do Observatório de Acesso à Saúde nos Imigrantes*, da Rede Internacional MdM (2006),³ “apenas um terço das pessoas que sofrem de um problema de saúde crónico beneficia de um tratamento em curso e (...) Perto de metade das pessoas que declararam pelo menos um problema de saúde sofreu um atraso no recurso aos cuidados de saúde”. O mesmo Relatório (2006) afirma ainda que “os obstáculos mais frequentes ao acesso e à continuidade dos cuidados de saúde, expressos pelas próprias pessoas, dizem principalmente respeito ao desconhecimento dos seus direitos, dos locais onde se devem dirigir para receber esses cuidados, ao custo dos tratamentos, às dificuldades administrativas, ao medo de uma denúncia, à discriminação e às barreiras linguísticas e culturais”. Da nossa experiência no terreno é de destacar, entre os principais obstáculos em primeiro lugar aqueles que podemos associar às condições de vida e que contribuem directamente para a deterioração do estado de saúde, nomeadamente as precárias condições de habitabilidade, alimentação deficitária, baixos rendimentos e as condições precárias de contratualização e segurança no trabalho.

Uma das características que distingue as comunidades imigrantes residentes em Portugal, por comparação com as residentes noutros países da UE, é a sua alta concentração nas zonas urbanas, ou nas suas periferias, onde, se por um lado tradicionalmente há maior concentração de oferta de trabalho, por outro lado são zonas em que o metro quadrado de espaço habitável é mais caro. Acresce ainda o facto de a maior parte das comunidades imigrantes residentes em solo nacional ter-se concentrado, nas décadas de 70 e 80, em terrenos baldios e através da autoconstrução terem dado origem a bairros com pouca organização arquitectónica, com casas feitas com materiais acessíveis, mas que são os que mais rapidamente se deterioram. Para além disso, estes alojamentos são mal arejados e frequentemente não tem saneamento básico, existindo ainda locais sem água potável. O subarrendamento destas casas leva, por sua vez, à maior precarização

das condições já por si difíceis e consequente degradação do estado de saúde da comunidade. Fonseca, Malheiros e Silva (2005) referem igualmente as dificuldades no acesso aos programas de realojamento PER, em constante debate. O Bairro Quinta da Serra, entre outros, reflecte um pouco esta realidade.

Os imigrantes com quem os técnicos do MDM-P contactam têm com frequência vínculos contratuais precários, frequentemente no mercado informal, e normalmente associados a tarefas muito pesadas, com elevadas horas diárias de trabalho e de baixo rendimento. Estes vínculos laborais associam-se ainda a ausência de direitos sociais e a falta de seguros de acidentes de trabalho, bem como promovem uma nova série de factores debilitantes no dia-a-dia, como por exemplo o acesso a alimentação adequada. Também na doença, os constrangimentos económicos e legais, tais como a não participação do Estado na aquisição de medicamentos, limitam o acesso ao tratamento, uma vez que a aquisição de medicamentos tem de ser, muitas vezes, preterida em função da alimentação.

Para além deste primeiro grupo de obstáculos surgem, por outro lado, aqueles que podemos associar à comunicação, especificamente a falta de domínio da língua, considerado por ciclos científicos nesta área como um factor determinante de acesso à informação e em particular em termos de deveres e direitos no acesso à saúde. Na questão da saúde, o desconhecimento pode não só trazer barreiras a nível do acesso aos serviços no dia-a-dia, mas também prolongar os obstáculos até à sala de consulta e à comunicação com o profissional de saúde, condicionando a capacidade de explicitar os sintomas e compreender a terapêutica recomendada.

No contexto português, apesar de alguns avanços, as barreiras persistem. Se, por um lado, o sistema já está simplificado, requerendo apenas a inscrição no Serviço Nacional de Saúde através dos Centros de Saúde locais, para que tal seja possível é ainda pedido que o imigrante se inscreva tanto na Segurança Social, como na Direcção-Geral de Finanças, como contribuinte, informação com que depara só na hora em que recorre aos serviços. Para além disso, ainda há a necessidade de ter um médico de família, conhecer o direito à isenção na doença crónica, entre outros.

A falta de conhecimento, ou não cumprimento da lei, por parte dos prestadores de serviços nas unidades de saúde, origina processos discriminatórios que se traduzem na recusa do atendimento a pessoas estrangeiras, coarctando o seu acesso à saúde. Segundo o Relatório (MdM, 2006) acima citado, na população estudada “uma pessoa em dez recebeu uma recusa de prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde”.

No estudo realizado por José Edmundo Sousa (2006) sobre os imigrantes ucranianos e os cuidados de saúde, estes constrangimentos no que respeita ao aces-

so ao SNS são agrupados em três subcategorias, nomeadamente a nível do atendimento, salientando-se o tempo de espera e a dificuldade de comunicação, a nível do processo terapêutico e do cuidado prestado. Com fracas condições para a convalescença, e com um permanente risco de perda do seu único e precário meio de subsistência, o imigrante chega muitas vezes aos serviços de saúde em estado muito avançado da doença, muitas vezes já depois de ter perdido o emprego porque o despediram por baixa produtividade ou então já em caso de emergência médica. Os obstáculos referidos só aumentam os riscos e o acesso a um direito fundamental que é o direito à saúde.

Boas práticas identificados em projectos de out-reach, a experiência de MdM-P

Quando falamos das boas práticas identificadas nos projectos MDM-P não podemos deixar de referir o imenso trabalho desenvolvido a nível nacional e internacional, quer em termos de intervenção concreta, quer na realização de estudos e debates, sobre a problemática da migração.

Segundo Fonseca, Malheiros e Silva (2005) este tema tem estado na agenda académica, social e política desde os anos 90, centrando-se inicialmente nas mudanças ocorridas ao nível de alguns sectores da economia, como resultado da chegada a Portugal, e restantes países europeus, de um número crescente de pessoas em idade activa com perfis profissionais novos. A identificação de problemas comuns a toda a população imigrante assumiu uma prioridade, apressado pelos novos desenvolvimentos e tomadas de posição de algumas minorias residentes em países da UE, numa afirmação por novos direitos sociais e de participação, diálogo esse ainda assombrado pelo paradigma securitário recente, imposto no espaço europeu, considerado como o maior obstáculo apontado pelas vias mais integracionistas. Desta nova vaga veio a confirmação da Multiculturalidade na diversidade das sociedades europeias, e com ela novas cosmovisões e a necessidade das sociedades de acolhimento de lidarem com elas no dia-a-dia, nos mais diversos contextos, desde o contexto laboral ao comunitário, até aos casos de maior marginalização e isolamento.

Intervindo igualmente nestes contextos, MdM-P tem desenvolvido estratégias que procuram minorar o impacto dos obstáculos enunciados ou simplesmente anulá-los, sempre que possível. De referir, como medida determinante, a constituição de equipas multiétnicas que conhecem os idiomas, estão familiarizadas com os usos e costumes, conhecem os modos de vida e as convicções e, muitas vezes, as terapêuticas alternativas praticadas, ajudando desta maneira a corrigir algumas práticas que para um profissional de saúde nacional possam passar despercebidas ou desvalorizadas por falta de conhecimentos. O trabalho de terreno demonstra que muitas das questões que normalmente são identificadas pe-

las comunidades imigrantes como problemas de saúde são na verdade situações originadas por falta de acesso a recursos e serviços, problemas de solidão ou até mesmo de falta de expectativas de vida. As equipas multidisciplinares são uma mais-valia, pois permitem um acompanhamento em todas as esferas da vida da pessoa, num mesmo local, procurando encontrar as respostas adequadas a cada situação específica.

Os projectos inseridos nas comunidades têm por base um funcionamento pouco burocratizado que permite ao técnico ter maior disponibilidade no atendimento do utente, maior disponibilidade para ouvir, compreender e comunicar com a pessoa. Este atendimento continuado na comunidade permite, com o passar dos meses, criar um ambiente muito familiar de recepção e acolhimento ao utente, que é reforçado ao longo do período de doença através de uma maior proximidade, incrementando os níveis de confiança mútua.

A disponibilização de medicamentos e tratamentos de forma gratuita a pessoas que auferem honorários muito baixos e são desprivilegiados, por factores contratuais, em relação à protecção na doença, torna-se igualmente uma maneira eficaz de aliviar o orçamento do utente, que fica mais disponível para a obtenção de uma melhor alimentação ou, em alguns casos, permite que este atravesse períodos por vezes longos de procura de um novo emprego.

Uma outra boa prática vivenciada nos projectos nos últimos dois anos de intervenção, em termos de acesso ao SNS, são as cartas de encaminhamento que, na génese, permitem colmatar duas grandes áreas de necessidades identificadas na população imigrante. Uma primeira é a de anular as barreiras comunicacionais, isto é, permite que a mensagem sobre a sintomatologia seja entregue com mais exactidão do que oralmente, permite também que o profissional possa devolver as suas conclusões e indicações de terapêuticas sem correr o risco de que a mensagem seja enviesada pelo utente, que não a compreendeu totalmente. A segunda é a de mediação e garantia dos direitos. A experiência demonstra-nos que mesmo em situações em que, num primeiro encontro, o imigrante tenha sido discriminado pelos técnicos das instituições, as cartas abrem portas. O facto de serem enviadas por uma organização informada e com mais conhecimentos do que muitos dos utentes em relação aos seus direitos, oferecem-lhe a segurança de uma afirmação contra a intolerância. A função destas cartas traduz-se no facto de poder também alcançar níveis hierárquicos mais altos do que aqueles que normalmente estão acessíveis ao utente, como por exemplo os cargos de chefia, ou mesmo outro tipo de instituições como por exemplo o ACIDI ou as embaixadas, promovendo a mediação do problema e salvaguardando o cumprimento da lei.

Tal como as cartas, o acompanhamento presencial por técnicos ou voluntários muitas vezes é a certeza de uma mediação bem conseguida. Este acompanha-

mento tem ainda a capacidade de atenuar a ausência de redes sociais de suporte, que muitas vezes caracteriza os percursos migratórios. Por outro lado, as cartas reforçam um sentimento de segurança ao imigrante que recorre aos serviços. Segundo alguns estudos (Bentes *et al.*, 2004; Gonçalves *et al.*, 2003), a utilização dos hospitais e centros de saúde, por parte das comunidades de imigrantes africanos, depende da sua estadia e posse de permissão legal de residência. Como referido anteriormente, o medo da denúncia da sua situação, em caso de irregularidade administrativa, está sempre presente.

Segundo Dias *et al.* (2004), a disponibilidade de actividades de informação e educação para a saúde nos seus idiomas de origem e que tenham em conta os seus padrões culturais de crenças e costumes servem muitas vezes para atenuar ou anular alguns comportamentos de risco para a saúde, ou pelo menos promover estilos de vida mais saudáveis. E nesta área os técnicos dos MDM-P desenvolvem esforços particulares para tornar acessível a informação necessária aos utentes imigrantes. Segundo a definição clássica de saúde da OMS, que surge na Constituição de 1948, a intervenção de MDM-P elabora a sua intervenção considerando a Saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social. Neste sentido, associado aos cuidados de saúde, devem ser criados outros tipos de respostas, tais como o apoio psicossocial.

O projecto Noite Saudável é, neste sentido, um exemplo de sucesso. A partir de 2006 a equipa do projecto foi reforçada com uma psicóloga e uma técnica de serviço social, o que possibilitou criar novas respostas e minorar problemas persistentes em algumas pessoas que recorriam aos cuidados.

As alterações do foro psiquiátrico, resultantes da depressão, da solidão e das dependências, são actualmente um dos maiores problemas do imigrante que recorre às equipas de rua para obter apoio. No entanto, as respostas existentes são insuficientes e ainda pouco articuladas. Uma das abordagens que, a nível do apoio psicossocial, a nossa técnica de serviço social desenvolve, numa abordagem personalizada, é a de dar capacidades e informação que leve o imigrante a apropriar-se do processo de ultrapassar um dos seus maiores medos – as situações administrativas e burocráticas.

O trabalho em parceria

Outra das boas práticas aprendidas na implementação dos nossos projectos é que um trabalho desenvolvido para e junto das comunidades não pode ser feito isoladamente. As parcerias são indispensáveis no processo. Devemos pensar o trabalho com parceiros como necessário, desejável e enriquecedor, e a parceria deve considerar não só financiadores, como também instituições públicas, privadas, associações locais, grupos de pares e comunidades e/ou beneficiários. Como

refere José Edmundo Sousa (2006: 57-58) quando nos fala do conceito de cidadania em saúde, “[...] na medida em que considera que a saúde deve ser desenvolvida em parceria com o indivíduo e a comunidade, com benefícios para ambos”. Segundo Himmelman (*apud* Wolf, 2001), o trabalho em parceria tem como ênfase o “aumento do controlo e poder dos/as que serão directamente ou indirectamente afectados pelas actividades da parceria”. Nesse sentido, as equipas de MDM-P pretendem, acima de tudo, criar uma ponte entre o utente e os serviços de saúde, assegurando que o primeiro aceda o mais precocemente possível aos cuidados de saúde de que necessita e que o segundo não crie barreiras a esse acesso. Espera-se que o utente, capacitado para uma auto-gestão da sua própria saúde e doença, seja mais autónomo e capaz de criar maior sustentabilidade na promoção de estilos de vida mais saudáveis e, como resultado, mais integrado e útil à sociedade que o acolhe, podendo ele próprio ser o principal agente na mudança e na concretização dos seus objectivos.

¹ Carta de posição de princípios básicos sobre a Imigração Irregular na Comunidade Europeia (CE) 2006: documento não publicado, disponível para consulta.

² Dados disponibilizados pela Câmara Municipal de Loures em 2004.

³ Relatório Anual do Observatório (2006) de acesso à Saúde nos Imigrantes, da Rede Internacional MdM: em edição para publicação, disponível para consulta.

Referências Bibliográficas

- Bentes, M., Dias, C.M., Sakellarides, C. e Bankauskaite, V. (2004), *Health Care Systems in Transition – Portugal*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Dias, S., Gonçalves, A., Luck, M. e Fernandes, M.J. (2004), “Risco de Infecção por VIH/SIDA: Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante”, *Acta Médica Portuguesa*, II Série, 17 (3), pp. 211-218.
- Fonseca, L., Malheiros, J.M. e Silva, S. (2005), *Current Immigration Debates in Europe: A Publication of the European Migration Dialogue*, Jan Niessen, Yongmi Schiber and Cressida Thompson (eds.), Migration Policy Group.
- Gelbert, L., Andersen, R.M. e Lake, B.D. (2000), “Health Care Access and Utilization – The Behavioral Model for Vulnerable Populations: Application to medical care use and outcomes for homeless people”, *Health Service Research*, 34 (6), pp. 1273-1302.
- Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Fernandes, J. e Cabral, J. (2003), “Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1), pp. 55-64.
- Sousa, J. E. (2006), *Os imigrantes Ucrânios em Portugal e os Cuidados de Saúde – Dissertação de Mestrado*, Lisboa: ACIME.
- Wolff, T. (2001), “A practitioner’s guide to successful coalitions”, *American Journal of Community Psychology*, 29 (2), pp. 173-191.
- www.acidi.gov.pt
- www.oms.org