



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# O ACESSO DAS VÍTIMAS DE TRÁFICO DE SERES HUMANOS A SERVIÇOS DE SAÚDE: PERSPETIVAS DOS PROFISSIONAIS

Dissertação

Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Portuguesa

- Especialização em Psicologia da Justiça e Comportamento Desviante -

*Marta Isabel Fernandes Rodrigues*

Porto, Julho 2021



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# O ACESSO DAS VÍTIMAS DE TRÁFICO DE SERES HUMANOS A SERVIÇOS DE SAÚDE: PERSPETIVAS DOS PROFISSIONAIS

Dissertação

Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Portuguesa

- Especialização em Psicologia da Justiça e Comportamento Desviante -

*Marta Isabel Fernandes Rodrigues*

Trabalho efetuado sob a orientação de  
*Professora Doutora Mariana Reis Barbosa*  
*Professora Doutora Catarina Ribeiro*

Porto, Julho 2021

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Mariana Reis Barbosa, por toda a orientação e apoio ao longo deste percurso. Por acreditar sempre em mim, me motivar a ir mais longe. Por me fazer acreditar, mais do que nunca, no papel que a Psicologia pode ter na comunidade.

À Professora Doutora Catarina Ribeiro, pelo apoio, incentivo e partilha ao longo destes anos. Pelas oportunidades de crescimento que me deu através do seu exemplo.

À Professora Doutora Raquel Matos, por toda a partilha de conhecimento e o apoio ao longo destes anos e sobretudo nesta reta final.

À Mafalda Santos, por todo o apoio que me deu neste processo, sem o qual não teria sido possível chegar a este ponto.

A todos os professores da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica, por todas as aprendizagens que partilharam comigo e que levarei comigo, tanto a nível académico como a nível pessoal.

A todos os profissionais que se disponibilizaram para partilhar as suas experiências e sem os quais este estudo não teria sido possível.

Aos meus pais, por acreditarem sempre em mim e me incentivarem a conhecer o mundo com olhos abertos para novas experiências, por serem um exemplo de vida e pelo apoio incondicional que me dão.

À Ana, ao Paulo e ao Duarte, por todo o apoio que me dão diariamente. À Ana por ser a irmã presente e sempre em sintonia comigo. Ao Paulo por ser o cunhado que me acolhe sempre. Ao Duarte por ser o melhor e mais lindo sobrinho que uma tia podia pedir.

Ao Rui e à Maria Victória, por, mesmo estando do outro lado do mundo, continuarem a estar presentes na família diariamente.

À Maria e à Inês, por estarem sempre presentes e pela amizade incondicional que me dão desde 2013.

À Sofia, Tita, Tata, Pipa, Mafalda e Bia, por me acompanharem há mais de 20 anos e por serem mais do que amigas, serem família.

À Mimi e à Adriana, por estarem sempre presentes mesmo à distância, nos bons e nos maus momentos. De Lesbos para a vida.

À Filipa e à Raquel, por terem partilhado este desafio comigo e pela ajuda constante que nos levou avançar neste projeto juntas.

## Resumo

O Tráfico de Seres Humanos é um fenómeno no qual se tem observado um aumento no número de sinalizações de presumíveis vítimas (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021). Consequentemente, houve um aumento da exigência na proteção e assistência às vítimas (Observatório do Tráfico de Seres Humanos, 2020). O presente estudo teve como objetivo compreender a perspetiva dos profissionais que contactam, direta ou indiretamente, com vítimas de Tráfico de Seres Humanos, relativamente ao acesso das mesmas aos serviços de saúde. Através de uma metodologia qualitativa foi possível realizar e analisar 17 entrevistas semi-estruturadas a profissionais.

Como resultados alcançados, foi possível compreender que os profissionais reconhecem uma evolução positiva relativamente ao apoio prestado pelos serviços de saúde portugueses, incluindo uma melhoria na articulação com outras entidades e na formação e sensibilização dos profissionais de saúde. Contudo, os participantes identificam também a existência de lacunas e de necessidades no funcionamento dos serviços, nomeadamente, no que diz respeito à proteção dos dados das vítimas no Sistema Nacional de Saúde e na demora, ainda presente, na resposta de alguns serviços. Adicionalmente, os profissionais realçaram a falta de conhecimento das vítimas, num primeiro contacto, sobre os seus direitos e os serviços aos quais podem aceder.

**Palavras-chave:** Tráfico de Seres Humanos, Direitos das vítimas, Serviços de saúde, Perspetiva dos profissionais

## **Abstract**

Human Trafficking is a phenomenon in which an increase in the number of reports of presumed victims has been observed (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021). Consequently, there has been an increase in the demand for protection and assistance to victims (Observatório do Tráfico de Seres Humanos, 2020). This study aimed to understand the perspective of the professionals who have direct or indirect contact with victims of Human Trafficking regarding their access to health services. Through a qualitative methodology it was possible to conduct and analyse 17 semi-structured interviews with professionals.

As achieved results, it was possible to understand that professionals recognise a positive evolution regarding the support provided by the Portuguese health services, including an improvement in the articulation with other entities and in the training and awareness-raising of health professionals. However, participants also identify the existence of gaps and needs in the functioning of the services, namely regarding the protection of victims' data in the National Health System and the delay, still present, in the response of some services. Additionally, professionals highlighted the lack of knowledge of victims, at the first contact, about their rights and the services they can have access.

**Keywords:** Human Trafficking, Victims' rights, Health services, Perspective of professionals

# Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
Abstract .....	III
Índice de anexos.....	V
Lista de Abreviaturas .....	VI
Introdução.....	7
Enquadramento teórico .....	8
1. Enquadramento conceptual, histórico e legislativo do Tráfico de Seres Humanos .....	8
2. Impacto da vitimação em contexto de Tráfico de Seres Humanos .....	12
3. Proteção e assistência .....	14
4. Intervenção com vítimas de Tráfico de Seres Humanos .....	17
Método .....	19
1. Participantes .....	19
2. Instrumentos .....	21
3. Procedimento de recolha, tratamento e análise de dados .....	21
Apresentação e discussão de resultados .....	23
Conclusões .....	37
Referências bibliográficas .....	39
Anexos.....	46

## **Índice de anexos**

Anexo A – Consentimento informado .....	47
Anexo B – Ficha de dados sociodemográficos sobre os profissionais e as respetivas organizações.....	51
Anexo C – Guião de entrevista dos profissionais/técnicos de apoio à vítima.....	53
Anexo D – Sistema Geral de Categorias .....	56

## **Lista de Abreviaturas**

- ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
- APF – Associação para o Planeamento da Família
- ARS – Administração Regional de Saúde
- ASGVCV – Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida
- CVP – Cruz Vermelha Portuguesa
- EME – Equipas Multidisciplinares Especializadas
- EPVA – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos
- IST – Infecção Sexualmente Transmissível
- OIM – Organização Internacional para as Migrações
- OTSH – Observatório do Tráfico de Seres Humanos
- PJ – Polícia Judiciária
- SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
- SNS – Serviços Nacional de Saúde
- SPt – Saúde em Português
- STA – Supremo Tribunal Administrativo
- TSH – Tráfico de Seres Humanos
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UNOCD – United Nations Office on Drugs and Crime

## Introdução

O presente estudo insere-se num projeto de investigação mais abrangente, o SERV (Serviços e Direitos das Vítimas de Crime)<sup>1</sup>, cujos principais objetivos são: desenvolver um modelo de serviços de apoio às vítimas e de boas práticas, facilitar a cooperação entre prestadores de serviços de apoio às vítimas e promover a cooperação transnacional (University of Tartu, 2019). Enquadrado nestes objetivos, este estudo pretende explorar a perspetiva dos profissionais que trabalham, direta ou indiretamente, com vítimas de Tráfico de Seres Humanos sobre os serviços de saúde que lhes são disponibilizados.

Atendendo ao incremento gradual do número de casos de Tráfico de Seres Humanos sinalizados a nível mundial e nacional (Observatório do Tráfico de Seres Humanos, 2019; United Nations Office on Drugs and Crime, 2018), houve um aumento, conseqüentemente, da exigência na proteção e assistência às vítimas. Com base nestas premissas, é importante compreender o funcionamento dos serviços de apoio à vítima, nomeadamente a nível da saúde.

Dada a complexidade do fenómeno de Tráfico de Seres Humanos e das necessidades apresentadas pelas vítimas deste crime, é necessário desenvolver novas medidas e estratégias de intervenção. Ultimamente, tem sido desenvolvido um trabalho internacional aprofundado visando o desenvolvimento do conhecimento sobre esta temática. No entanto, existem ainda lacunas na intervenção com as vítimas e nos serviços disponibilizados a nível nacional. Existe também uma escassez na literatura nacional relativamente aos serviços a que têm direito as vítimas. A saúde é uma área de intervenção considerada básica e primordial, sem qual o bem-estar das vítimas não pode ser assegurado (Byrne et al., 2019; Coverdale et al., 2020; Hemmings, et al., 2016). Assim, torna-se pertinente compreender qual a perspetiva dos profissionais face aos serviços a que as vítimas podem aceder, percebendo quais as potencialidades e as fragilidades destes, de modo a proporcionar o apoio digno e especializado a que têm direito.

---

<sup>1</sup> Projeto financiado pelo Programa de Justiça da União Europeia (2014-2020), sendo constituído por 6 países parceiros (Itália, Espanha, Roménia, Alemanha, Estónia e Portugal): <https://serv.ut.ee/services-and-rights-victims-crime>

## Enquadramento teórico

### 1. Enquadramento conceptual, histórico e legislativo do Tráfico de Seres Humanos

O Tráfico de Seres Humanos (TSH) é considerado um crime, sendo uma violação grave dos direitos humanos, e um problema de saúde e de segurança (Chambers, 2020; Greenbaum, et al., 2018; Shafer & Looney, 2018). Todos os anos, milhares de pessoas, ficam à mercê de traficantes nos seus próprios países ou fora deles. De algum modo, a generalidade dos países do mundo é afetada pelo TSH, seja enquanto país de origem, de trânsito ou de destino das vítimas (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], s.d). Portugal é frequentemente uma porta de entrada europeia para pessoas vindas da América do Sul, África e mesmo da Ásia (Pereira, 2020).

Tem havido uma recorrente tentativa de definir o conceito de TSH. No entanto, não existe uma definição consensual. De acordo com a UNODC (s.d.), o TSH consiste no recrutamento, transporte, trânsito, alojamento ou acolhimento de seres humanos por meios impróprios, como força, aliciamento, fraude ou diferentes métodos de engano, com o objetivo de os explorar. É importante esclarecer e diferenciar TSH de contrabando de migrantes, com o qual é frequentemente confundido. Contrabando de migrantes consiste na aquisição de benefícios financeiros ou outros benefícios resultantes da entrada ilegal de uma pessoa num Estado do qual essa pessoa não é nacional ou residente (UNODC, s.d.).

Num dos múltiplos esforços de estabelecer parâmetros comuns, as Nações Unidas, na resolução 55/25 de Novembro 2000 da Assembleia Geral, estabeleceram um Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra a Criminalidade Organizada Transnacional relativo à Prevenção, à Repressão e à Punição do Tráfico de Pessoas, em especial de Mulheres e Crianças, conhecido por Protocolo contra o Tráfico de Pessoas<sup>2</sup> (United Nations, 2000).

---

<sup>2</sup> 3º artigo “(a) Por “tráfico de pessoas” entende-se o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento de pessoas, recorrendo à ameaça ou ao uso da força ou a outras formas de coação, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade ou de situação de vulnerabilidade ou à entrega ou aceitação de pagamentos ou benefícios para obter o consentimento de uma pessoa que tem autoridade sobre outra, para fins de exploração. A exploração deverá incluir, pelo menos, a exploração da prostituição de outrem ou outras formas de exploração sexual, o trabalho ou serviços forçados, a escravatura ou práticas similares à escravatura, a servidão ou a extração de órgãos; (b) O consentimento dado pela vítima de tráfico de pessoas tendo em vista qualquer tipo de exploração descrito na alínea a) do presente artigo, deverá ser considerado irrelevante se tiver sido utilizado qualquer um dos meios referidos na alínea a); (c) O recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento de uma criança para fins de exploração deverão ser considerados “tráfico de pessoas” mesmo que não envolvam nenhum dos meios referidos na alínea a) do presente artigo; d) Por “criança” entende-se qualquer pessoa com idade inferior a dezoito anos”.

Existem três elementos-chave constituintes do TSH. O primeiro elemento a considerar é a “Ação”, remetendo para a questão do que é feito. O segundo corresponde aos “Meios” utilizados, como é feito, por exemplo, através de ameaça ou uso de força. Por último, o terceiro elemento diz respeito ao “Propósito”, por que é feito, podendo ser para fins de exploração, escravidão ou práticas similares (UNODC, s.d). É importante perceber que o conceito de “exploração”, que é frequentemente acoplado à vulnerabilidade de uma pessoa, tem de estar ligado a alguma forma de injustiça (UNODC, 2015). Esta não se refere apenas ao aproveitamento da pessoa ou da sua vulnerabilidade, mas também ao tirar vantagem desta de forma injusta (UNODC, 2015).

Existem diferentes tipos de TSH que têm vindo a ser detetados a nível internacional, variando amplamente consoante as sub-regiões do mundo. O TSH para fins de exploração sexual é o tipo mais encontrado a nível mundial; cerca de 59% dos casos em 2018 (UNODC, 2018). São ainda detetados casos de exploração para fins laborais, escravidão, adoção ilegal, remoção de órgãos, participação em atividades criminosas forçadas, ou ainda, outros fins não definidos (Interpol, s.d.; Observatório do Tráfico de Seres Humanos [OTSH], 2019; UNODC, 2018).

No que diz respeito à tipologia de vítimas de TSH, o perfil destas varia consoante a forma de exploração. No entanto, verificou-se que as mulheres adultas correspondem a quase metade do total de vítimas sinalizadas (UNODC, 2018; Anti-slavery, s.d.). Homens e raparigas menores correspondem, respetivamente, a cerca de um quinto do total dos casos sinalizados. Quando se fala de exploração para fins de exploração sexual, as evidências demonstram que a maioria das vítimas são jovens mulheres, originárias de países em desenvolvimento com sociedades patriarcais, em situações precárias (OTSH, 2019; UNODC, 2018; International Labour Office, 2017). No entanto, quando se trata de exploração para fins laborais, as vítimas são mais frequentemente do sexo masculino, originárias de países africanos e asiáticos (Fernandes, 2016; Newton, Mulcahy, & Martin, 2008; OTSH, 2019). A maioria das vítimas de TSH tenta escapar da pobreza ou discriminação, procurando melhorar as suas vidas e em alguns casos sustentar as suas famílias (Anti-slavery, s.d).

Se o conceito de TSH pode ser equiparado a um tipo de escravatura moderna (Anti-slavery, s.d), é imprescindível percebermos que não é um fenómeno recente. A escravatura foi considerada legalmente extinta já no século XX. No entanto, verificamos que ainda existe nos dias de hoje com contornos semelhantes (Fernandes, 2016; Skinner, 2008). Adicionalmente às semelhanças entre a finalidade da escravatura e do TSH, ou seja, a exploração, verifica-se que

as rotas seguidas são similares, incluindo os países de origem, transição e destino, integrando um fluxo económico e migratório constante (Fernandes, 2016).

Desde o início do século XX que se debatem questões em torno do TSH conduzindo à elaboração de instrumentos legislativos a níveis nacional e internacional, com o intuito de prevenir e combater este crime e proteger as vítimas (Fernandes, 2016; Gonçalves, 2015). A cooperação internacional é essencial, de modo a estabelecer e potenciar a articulação de conhecimentos e estratégias de intervenção entre os diversos países envolvidos (Fernandes, 2016; Gonçalves, 2015). Diversas convenções assumiram posicionamentos importantes no combate ao TSH tendo, algumas, como objetivo a proteção de grupos específicos de vítimas, nomeadamente mulheres e crianças, como na Convenção Internacional para a Repressão do Tráfico de Mulheres e Crianças, em 1921 (Fernandes, 2016; Gonçalves, 2015; Martins Couto, 2012; Guia, 2017).

Tal como referido anteriormente, o Protocolo contra o Tráfico de Pessoas (United Nations, 2000) é considerado o instrumento legislativo com maior consenso internacional sobre esta temática, promovendo a coordenação interestatal e o desenvolvimento do conhecimento empírico sobre o TSH (United Nations, 2000). Em 2010, as Nações Unidas adotaram adicionalmente o Plano Global de Ação de Combate ao Tráfico de Pessoas, promovendo a prevenção e o desenvolvimento de respostas abrangentes, coordenadas e consistentes, nos níveis nacional, regional e internacional, para combater o TSH (General Assembly, 2010).

A nível europeu tem havido também um esforço relevante na criação de instrumentos e estratégias de combate ao TSH, tal como a Declaração de Bruxelas Contra o Tráfico de Seres Humanos de 2002 e a formação de um Grupo de Peritos sobre o TSH (GRETA) da Comissão Europeia (Ministério Público, s.d.; Presidência do Conselho de Ministros, 2007). A Organização para a Segurança e Cooperação na Europa, lançou o Plano de Ação Contra o Tráfico de Seres Humanos, em 2003, promovendo novas estratégias para lutar contra o tráfico, das quais se destacam a proteção, o apoio, o acolhimento e o repatriamento de vítimas (Presidência do Conselho de Ministros, 2007).

A nível nacional, encontra-se em vigor a Lei n.º 60/2013 que estabelece o enquadramento jurídico para o TSH como crime, no artigo nº 160 do Código Penal (Assembleia da República, 2013). O primeiro instrumento nacional especificamente criado e orientado para esta problemática foi o I Plano Nacional Contra o Tráfico de Seres Humanos (2007-2010), coordenado pela Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, seguido de mais três versões. Está atualmente em vigor o IV Plano (2018-2021) (Presidência do Conselho de Ministros, 2007; Presidência do Conselho de Ministros, 2013; Presidência do Conselho de

Ministros, 2018). Estes Planos foram criados como resposta ao compromisso assumido por Portugal, face às entidades internacionais, de consolidar e reforçar o conhecimento, informar e sensibilizar sobre a temática, promover a prevenção e a proteção das vítimas do TSH e o sancionamento dos traficantes, através de uma ação coordenada e articulada entre as várias entidades envolvidas (Presidência do Conselho de Ministros, 2007).

Foi também criado o Observatório do Tráfico de Seres Humanos (OTSH) que, através da recolha de dados e produção de estatísticas, apoia a tomada de decisão a nível nacional relativamente à prevenção e assistência às vítimas, mas também à repressão deste tipo de atividades criminosas (OTSH, s.d.). Complementarmente, foi implementada, em 2013, a Rede de Apoio e Proteção às Vítimas de Tráfico com o propósito de desenvolver uma rede de cooperação e de partilha de informação para a prevenção, a proteção e a reintegração das vítimas (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2013).

Após análise das diversas medidas visando reduzir o número de casos de TSH implementadas aos longos dos anos, coloca-se a questão de perceber o motivo pelo qual este persiste e cada ano são detetados mais casos. Chambers (2020) apresenta três possíveis contributos para a persistência deste fenómeno. Em primeiro lugar, o TSH é um crime considerado oculto, que está fora do conhecimento público geral (Chambers, 2020). Depois, é um tipo de crime extremamente lucrativo que movimenta milhões de dólares, tendo os lucros ilegais anuais sido estimados em 150 mil milhões de dólares (Chambers, 2020). Por último, o autor realça os mitos, a desinformação e o desconhecimento que envolvem o TSH e as suas vítimas (Chambers, 2020). Todos estes fatores podem contribuir para que, nos dias de hoje, o número de vítimas seja ascendente e provam a necessidade de continuar a desenvolver um trabalho persistente na sensibilização da população mundial para esta temática.

Quando se fala de TSH e do seu impacto a nível mundial, é essencial considerar os dados que representam o panorama atual desta problemática. Os dados mais recentes a nível mundial são de 2018 e estão sintetizados no relatório divulgado pelo UNODC em 2021. Segundo este, o número de casos detetados e sinalizados de vítimas de TSH tem aumentado gradualmente nos últimos anos, tendo havido cerca de 49 000 casos sinalizados em 2016 em 97 países (UNODC, 2021). Tal como referido anteriormente, a maioria das vítimas, correspondendo a 46% dos casos, eram do sexo feminino e foram vítimas de exploração sexual (UNODC, 2021). Cerca de 64% das pessoas condenadas por crimes de tráfico humano eram do sexo masculino (UNODC, 2021). Houve também um aumento do número de casos detetados no país ou região de origem

das vítimas (58%), isto sendo significativamente visível na Europa de Leste e na Ásia Central (UNODC, 2021).

No que diz respeito aos dados nacionais disponíveis, o OTSH (2020) publicou o relatório relativo ao ano de 2019. Nesse ano foram sinalizados 281 casos, o que representa um aumento de 38% face ao ano anterior (OTSH, 2020). Desses, 261 foram sinalizados em Portugal e 19 no estrangeiro, relativamente a cidadãos portugueses residentes no estrangeiro, apenas foram confirmadas 44 vítimas e havendo 101 casos em investigação (OTSH, 2020). A maioria (63%) das presumíveis vítimas sinalizadas eram nacionais de países europeus, com 19% de vítimas portuguesas, 29,6% eram nacionais da Moldávia e 12,2% da Roménia (OTSH, 2020). Foram sinalizados 97 casos de adultos do sexo masculino e 63 do sexo feminino (OTSH, 2020). Relativamente aos menores sinalizados, 15 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino (OTSH, 2020). Quanto à tipologia de exploração, foram sinalizadas 85 vítimas masculinas e 25 femininas por exploração laboral, 22 femininas por exploração sexual, e ainda, 11 masculinas e 6 femininas por prática de atividades criminosas (OTSH, 2020). Portugal foi sinalizado como país de destino de 139 das presumíveis vítimas, como país de origem de 40 das presumíveis vítimas e país de trânsito de 12 das presumíveis vítimas, que eram maioritariamente menores de idade e originárias de países africanos (OTSH, 2020).

## **2. Impacto da vitimação em contexto de Tráfico de Seres Humanos**

O conceito de vitimação conduz a duas perspetivas diferentes. A perspetiva do ato que prejudica alguém, ou a identidade construída socialmente assumida pela vítima. Segundo Clemente (2017), a experiência de vitimação depende da escolha do modo como é usada a experiência de dano. Esta escolha baseia-se no contexto em que a vítima se encontra e na sua consciência deste (Clemente, 2017).

De modo a fazer uma análise completa do impacto do tráfico nas vítimas é essencial considerar as diversas dimensões do conceito de bem-estar, que consistem no bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença (World Health Organization, 2006). A compreensão e análise das diferentes dimensões é essencial para que seja feita uma intervenção adequada e eficaz.

O tipo de impacto sentido pelas vítimas depende, tal como noutros fenómenos violentos, do tipo de violência exercida sobre estas, incluindo circunstâncias de vida da vítima, severidade, frequência da violência (Martins Couto, 2012). Embora as evidências sobre saúde e TSH sejam

ainda limitadas, Hemmings, et al. (2016) na sua revisão sistemática concluíram que o TSH tende a estar associado a altos níveis de violência antes e durante o tráfico, mas também a uma série de problemas de saúde no período pós-tráfico. São associados ao TSH diversos tipos de violência, com diversos graus de severidade, que, ocorrendo frequentemente em simultâneo, podem ter consequências a nível físico, psicológico e comportamental (Hemmings, et al., 2016). Esta violência potencia o desenvolvimento de sintomatologia que poderá impactar o funcionamento adaptativo e o bem-estar das vítimas, impacto muitas vezes persistente no tempo (Fernandes, 2016; Hemmings, et al., 2016; Martins Couto, 2012; Richards, 2016; Skinner, 2008; Zimmerman & Borland, 2009).

O impacto após exposição a um acontecimento traumático ou gerador de stress é muito variável, sendo essencial conhecer os fatores pré-traumáticos, peri-traumáticos e pós-traumáticos envolvidos, de modo a poder avaliar o grau de impacto da situação traumática (Redondo, 2017). No entanto, considerando as circunstâncias e características frequentemente associadas às vítimas de TSH, é compreensível que exista uma prevalência de sintomatologia psicopatológica nas vítimas (American Psychiatric Association, 2014; Fernandes, 2016; Richards, 2016).

Devem ser destacados alguns fatores de risco frequentemente presentes em casos de TSH que podem aumentar o grau de vulnerabilidade das vítimas (Greenbaum, et al., 2018). Estes podem ser categorizados como fatores individuais e fatores ambientais/situacionais. Em ambos podemos distinguir, de forma recorrente, “*push factors*”, que dizem respeito a fatores relacionados com a situação e as experiências, pré-tráfico, vividas pelas vítimas que de alguma forma as impelem para a situação de TSH, e “*pull factors*”, que incluem os fatores relacionados com os métodos coercivos que empurram as vítimas para o TSH (Chambers, 2020). Relativamente aos *push factors*, potenciais fatores ambientais/situacionais que podem levar um indivíduo e envolver-se numa situação de TSH, podem destacar-se a situação de pobreza e de sem-abrigo, a insegurança financeira, a expulsão e/ou fuga de casa dos pais (no caso de tráfico de menores), isolamento social e sensação de não “encaixar” no ambiente local, identidade e/ou orientação sexual, doenças físicas e/ou mentais, entre outros (Chambers, 2020). No que diz respeito aos *pull factors*, fatores que podem ser considerados “atrativos” para o envolvimento no TSH, destacam-se o relacionamento próximo entre vítima (ou familiares) e traficante, promessa de uma vida melhor, dependência financeira própria ou familiar e, no caso de pessoas migrantes, o medo de serem denunciadas (Chambers, 2020).

Diversos estudos tendem a apontar para a presença de vitimação prévia, casos anteriores de violência familiar ou institucional, como um possível fator causal e amplificador da vulnerabilidade da vítima (Fernandes, 2016; Martins Couto, 2012; Richards, 2016; Zimmerman & Borland, 2009). Igualmente, as taxas representativas do indicador de vitimação prévia demonstram ser extremamente elevadas nas vítimas de TSH quando comparadas com a população em geral (Zimmerman, et al., 2003; Zimmerman, et al., 2006).

Tal como referido anteriormente, o trauma pode acarretar diversas consequências, diretas ou indiretas, para as diferentes esferas da vida das vítimas. O estigma social é frequentemente ligado à experiência de TSH, nomeadamente a associação feita entre prostituição e o fenómeno de tráfico, conduzindo à marginalização das vítimas (Fernandes, 2016). Ao estigma da prostituição junta-se, também, o estigma das infeções sexualmente transmissíveis (IST). Existe ainda grande estigmatização face à saúde mental e à intervenção psicológica, havendo uma profunda necessidade de fazer diagnósticos adequados e avaliar a persistência de sintomas que interferem com o normal funcionamento das vítimas (Fernandes, 2016; Martins Couto, 2012; Zimmerman & Borland, 2009). Estes padrões de estigmatização podem ter um impacto relevante na reintegração das vítimas na sociedade, por afastamento e isolamento destas, consequência do estigma público e do autoestigma (Fernandes, 2016).

Adicionalmente, a forma como as pessoas lidam com a exposição a um crime e a experiência de vitimação depende em grande parte das experiências vivenciadas após o crime, sendo essencial disponibilizar serviços de proteção e assistência adaptados (National Sheriff's Association, 2001).

### **3. Proteção e assistência**

As vítimas de TSH, como já referido, encontram-se normalmente em situações de vulnerabilidade e isoladas socialmente. Este isolamento torna, em muitos casos, a identificação e sinalização destas vítimas um grande desafio. Cerca de 80% das vítimas recorre, em algum momento e por motivos diversos, aos serviços com profissionais de saúde durante a fase de exploração e estando sob controle de um traficante (Byrne, et al., 2019; Hemmings, et al., 2016; Stoklosa, et al., 2019). Um estudo demonstrou que 96,7% das vítimas que recorreram aos serviços de saúde não receberam qualquer tipo de informação sobre os seus direitos ou apoios disponíveis e não foram identificadas como presumíveis vítimas (Coalition to Abolish Slavery and Trafficking, 2017). Embora não exista um indicador aplicável a todos os casos, existe

alguma evidência de determinados sinais que devem ser considerados suspeitos e que podem facilitar o reconhecimento da presença de exploração (Byrne, et al., 2019; Farrell, et al., 2010).

Estudos com vítimas de TSH demonstram que as consultas com profissionais de saúde são frequentemente desencadeadas por uma doença impeditiva de continuar a trabalhar, tal como IST, gravidez avançada ou a necessidade de abortos (Byrne, et al., 2019). Considerando que os profissionais de saúde podem ter acesso privilegiado a informação privada dos indivíduos, estes podem assumir um papel fulcral na prevenção, identificação e intervenção com as vítimas (Greenbaum, et al., 2018; Stoklosa, et al., 2019). Torna-se assim, imprescindível que haja um maior foco na sensibilização e formação dos profissionais que trabalham diretamente com presumíveis vítimas (Chambers, 2020; Stoklosa, et al., 2019). Embora sejam evidentes os esforços de consciencialização da população e dos profissionais que contactam diretamente com as vítimas, a formação dos mesmos é ainda frequentemente lacunar, havendo estudos que demonstram que apenas uma pequena percentagem de profissionais de saúde recebeu formação sobre TSH e sobre o papel que podem ter na prevenção e sinalização de casos (Chambers, 2020; Coalition to Abolish Slavery and Trafficking, 2017; Stoklosa, et al., 2019). Assim, é essencial que os profissionais de saúde recebam formação e estejam preparados para reconhecer os sinais de alerta (Greenbaum, et al., 2018; Hemmings, et al., 2016). Segundo Fernandes (2016), estes sinais podem ser divididos em três grupos, sendo o primeiro relativo a indicadores situacionais, incluindo o contexto em que a pessoa se insere. A história do trabalho, estilo de vida ou como chegou ao país pode ser inconsistente (Byrne, et al., 2019; Fernandes, 2016). O segundo grupo de indicadores corresponde aos indicadores biográficos, ou seja, dados como a idade ou o país de origem podem ser determinantes para perceber se se enquadra num possível caso de tráfico (Fernandes, 2016). O terceiro grupo corresponde ao próprio padrão de comportamentos muitas vezes revelador da situação de vitimação, demonstrando, frequentemente, medo, ansiedade, vergonha intensa, auto-culpabilização, perturbações do sono (Byrne, et al., 2019; Fernandes, 2016). Em alguns casos existem sinais físicos subtis, como tensão muscular, dores de cabeça, tonturas, ou IST, ou sinais mais expressivos que expõem o abuso a que as vítimas estão sujeitas, como queimaduras, mordedelas, trauma genital, desnutrição, falta de cuidados com a saúde. (Byrne, et al., 2019; Hemmings, et al., 2016; Schwarz, et al., 2016). Pode ainda existir uma tatuagem ou algum tipo de marca incomum que possa representar a pertença a um determinado traficante (Byrne, et al., 2019).

Caso seja identificada uma suspeita de TSH, esta deve ser, de imediato, sinalizada às entidades responsáveis para que se proceda a uma análise e investigação da situação. A

identificação de alguns casos é feita também pelas próprias instâncias de aplicação da lei, deparando-se com as vítimas em situações de controlo fronteiriço, ou noutro tipo de situações de controlo com verificação de documentação (Farrell, et al., 2010; UNODC, 2009). As organizações não-governamentais ou serviços de apoio a que as vítimas recorrem podem ter um papel essencial na identificação e sinalização, tal como outras pessoas inseridas no diversos contextos da vida das vítimas. Em casos mais excepcionais, pode existir uma sinalização por parte da própria vítima (UNODC, 2009).

Nas últimas décadas houve um aumento gradual do reconhecimento da necessidade de proteger os direitos fundamentais das vítimas e de lhes proporcionar assistência adequada. Promoveram-se medidas específicas para responder às necessidades das vítimas, sendo neste momento um direito consagrado nos países da União Europeia (Comissão Europeia, 2013). A informação sobre os direitos das vítimas deve ser partilhada com estas, para que tenham total conhecimento dos apoios a que podem ter acesso.

Muitas das vítimas de TSH demonstram medo de represálias para si ou para os seus familiares e alguma hesitação em sair da situação de exploração por esses motivos (Hodge, 2014). Assim, após o processo de identificação e sinalização, é fulcral que as vítimas possam recorrer aos serviços essenciais para o seu bem-estar e segurança. Alojamento condigno e seguro, assistência material, tratamento médico, assistência psicológica, aconselhamento jurídico, serviços de tradução e interpretação são alguns dos apoios a que devem ter direito (Fernandes, 2016). Existe frequentemente a necessidade de um acolhimento institucional em Casas de Acolhimento e Proteção. Na Convenção do Conselho da Europa relativa à Luta Contra o Tráfico de Seres Humanos de 2005 (Assembleia da República, 2008), foi estabelecido um período de restabelecimento e reflexão relativamente à possibilidade de a vítima ficar no país de destino ou de integrar um programa de repatriação assistida de forma voluntária, de modo a favorecer a reintegração da vítima na sociedade.

Com o aumento de casos sinalizados e confirmados, tem havido um acréscimo do número de pedidos de assistência por parte das vítimas e, conseqüentemente, um aumento da preocupação face à problemática e estratégias para lidar com esta (Aberdein & Zimmerman, 2015). Existe, ainda, uma carência na avaliação da resposta às necessidades das vítimas, sendo estas de uma complexidade exigente (Fernandes, 2016). A assistência prestada por profissionais competentes deverá, numa fase inicial, considerar as necessidades básicas da vítima, tais como segurança, alojamento, e ainda, saúde física e mental. Posteriormente, deverá haver assistência no processo de reabilitação e reintegração, para uma recuperação a longo prazo (Fernandes, 2016).

Embora tenha havido um aumento de sinalizações nos últimos anos, no ano de 2020, devido à situação pandémica de COVID-19, houve uma especial preocupação com o agravamento da situação de vulnerabilidade das vítimas. Alguns autores consideram que o isolamento social e o agravamento das dificuldades económicas podem ter ampliado o risco de violência interpessoal, desemprego e situações de sem-abrigo, bem como o aumento do uso da internet, que pode abrir novas portas para situações de TSH (Armitage & Nellums, 2020; Greenbaum, et al., 2020; Todres & Diaz, 2020). A sobrecarga do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e as limitações de acesso aos serviços de saúde e sociais poderá ter tido um impacto direto na falha ou diminuição de deteção e sinalização pelos profissionais de saúde de presumíveis vítimas (Armitage & Nellums, 2020). A situação atual, com diversos momentos de confinamento, poderá, potencialmente, levar a um aumento da vulnerabilidade das vítimas e desenvolver os fatores de risco presentes (Todres & Diaz, 2020).

#### **4. Intervenção com vítimas de Tráfico de Seres Humanos**

Os modelos de resposta e intervenção ao TSH devem basear-se no paradigma dos ‘4Ps’ (Prevenção, Proteção, Prossecução e Parcerias), de modo a providenciar uma resposta holística e que inclua um amplo espectro de atividades, como advocacia, investigação, campanhas de consciencialização, a detenção e acusação de traficantes e a prestação de serviços sociais e de saúde às vítimas (Timoshkina, 2020). A necessidade de intervenção junto das vítimas de TSH é incontestável. No entanto, é essencial perceber qual a melhor forma de intervir enquadrando as suas necessidades específicas. Para além da assistência disponibilizada pelo Estado, existe também uma panóplia de instituições e organizações não-governamentais com o intuito de apoiar as vítimas (OTSH, 2020; Santos, et al., 2008). Tem havido um esforço, pelas entidades internacionais, no sentido de orientar a intervenção, sendo um dos exemplos o “*Caring for Trafficked Persons: Guidance for health Providers*”, manual desenvolvido pelas Nações Unidas para os profissionais (Zimmerman & Borland, 2009), ou ainda, o guia da *American Psychiatric Association* “*Human Trafficking- A Treatment Guide for Mental Health Professionals*” (Coverdale, et al., 2020).

A intervenção deve basear-se numa abordagem multidisciplinar, culturalmente adaptada, e deve apoiar-se no modelo de redução de danos (Chambers, 2020; Fernandes, 2016; Stoklosa, et al., 2019). A intervenção a nível físico inclui serviços específicos, tal como consultas médicas especializadas adaptadas aos sintomas físicos da vítima. Existe também, em

alguns casos, a necessidade de tratamento contra o abuso de substâncias psicoativas (Fernandes, 2016; Martins Couto, 2012; Redondo, 2017; Zimmerman & Borland, 2009).

Relativamente à intervenção psicológica, esta tem sido considerada essencial, sendo que deverá centrar-se na vítima e ser baseada na informação sobre o trauma vivenciado. É fulcral que a intervenção seja adaptada a cada indivíduo, de forma a reduzir uma possível revitimização (Stoklosa, et al., 2019). Numa primeira etapa, o processo de assistência às vítimas de TSH deve iniciar-se pela avaliação de possíveis perturbações mentais. No entanto, tem havido algum debate face às diferentes abordagens de intervenção. Atualmente a abordagem que reúne mais consenso é a abordagem ecológica que inclui fatores individuais e contextuais na intervenção terapêutica (Greenbaum, et al., 2018; Redondo, 2017). Devem ser considerados os diversos níveis de violência e o impacto que têm no comportamento das vítimas, em conjugação com os múltiplos fatores de risco associados (Chambers, 2020). É fulcral que se compreenda que não existe um nível isolado de violência explicativa de uma experiência de vitimação, mas sim uma complementaridade dos diversos níveis, do microssistémico (indivíduo e família) ao macrossistémico (ideologia e cultura) (Barner, et al., 2017). Redondo (2017) realça que *“Orientados por este modelo, a intervenção deverá ser multinível, articulada e complementar, com vista à prevenção primária, secundária e terciária, ao nível das múltiplas ‘faces’ da violência e dos atores sociais envolvidos no TSH”*.

Embora haja uma necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os modelos de intervenção com esta população específica, o modelo de intervenção em crise surge como uma primeira opção de resposta dos profissionais, de modo a promover a estabilização da vítima (Martins Couto, 2012). Esta abordagem permite flexibilidade consoante as características da vítima e do profissional que intervém, promovendo um reforço e melhoria dos mecanismos de *coping* da vítima (Fernandes, 2016).

Tal como referido anteriormente, é necessário explorar aprofundadamente o fenómeno de TSH e melhorar a informação disponível sobre as necessidades destas vítimas. Apenas através do acesso a narrativas na primeira pessoa acerca das experiências vividas e a perceção face aos serviços disponíveis, se poderá adaptar a assistência disponibilizada. Quanto maior o número de dados disponíveis sobre as características das vítimas, mais efetivas e eficazes poderão ser as medidas desenvolvidas e a assistência prestada. Por último, parece ser ainda necessário implementar um acréscimo formativo dos profissionais que lidam com as presumíveis vítimas, para que sejam capazes de reconhecer sinais de alerta e saber como proceder face a estes.

## **Método**

O presente estudo, adotou uma metodologia com base na abordagem de cariz qualitativo, uma vez que se pretendia compreender a perceção e perspectiva dos participantes face ao fenómeno em análise, mas também ter acesso às experiências, significados e processos associados às vivências dos mesmos (Denzin & Lincoln, 2011). Esta metodologia, focada na compreensão e com ênfase no significado, permite explorar o "como" e o "porquê" dos sistemas e do comportamento humano, em especial quando se pretende analisar fenómenos experienciados pelos participantes (Edmonds & Kennedy, 2017; Flick, 2018). Considerando a complexidade e sensibilidade da temática abordada, torna-se pertinente a escolha desta abordagem de modo a obter a maior diversidade de dados possível e explorar o cariz individual dos mesmos.

O principal objetivo deste estudo consistiu em aceder aos significados e experiências de profissionais que trabalham direta ou indiretamente com vítimas de TSH, relativamente ao acesso das vítimas aos serviços de saúde. Com o intuito de contribuir, com este estudo, para o desenvolvimento de melhores serviços de apoio às vítimas de TSH, foram, ainda, definidos os seguintes objetivos específicos:

- Compreender, na perspectiva dos profissionais, quais as principais potencialidades e fragilidades do sistema de saúde no apoio a vítimas;
- Compreender qual a perspectiva dos profissionais relativamente ao nível de articulação e cooperação entre entidades, na prestação de serviços de saúde;
- Compreender qual a perceção que os profissionais têm sobre a Formação Especializada a profissionais de saúde que contactam com vítimas;
- Compreender se os profissionais consideram que as vítimas conhecem os seus direitos.

### **1. Participantes**

Os participantes do projeto são profissionais que aceitaram ser entrevistados no âmbito do projeto SERV. São profissionais de várias áreas de intervenção que trabalham direta ou indiretamente com vítimas de TSH, ou outro tipo de vítimas de crime, a nível nacional. Foram realizadas 15 entrevistas com 17 participantes (Tabela 1). Os participantes trabalham em diversos tipos de entidades, maioritariamente nacionais, como Organizações Não-Governamentais, Agências de Justiça Criminal, ou ainda, entidades de Prestação de Serviços

Públicos. Estas entidades desenvolvem uma intervenção diversificada, incluindo ação de serviços de apoio às vítimas, como a Associação para o Planeamento da Família (APF), a Saúde em Português (SPt), a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), a Akto, a Organização Internacional para a Migrações (OIM); serviços de saúde, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e serviços de justiça criminal, incluindo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), a Polícia Judiciária (PJ) e o Supremo Tribunal Administrativo STA.

**Tabela 1**

*Dados sociodemográficos dos participantes*

<b>Participante</b>	<b>Sexo</b>	<b>Anos de experiência com vítimas</b>	<b>Cargo</b>
EP1	M	13	Ponto Focal de projeto de TSH
EP2	F		Supervisora de serviço de apoio ao TSH
EP3	F	6	Coordenadora de Projetos Nacional e Internacionais; Técnica superior de serviço de apoio ao TSH
	F	7	Diretora Geral; Coordenadora de serviço de apoio ao TSH
EP4	F	7	Coordenadora de projeto e técnica superior na Equipa Técnica de serviço de apoio ao TSH
EP5	F	15	Coordenadora do serviço para a Integração de Migrantes; Coordenadora do Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social; Técnica de Apoio à Vítima
EP6	M	2	Inspetor
EP7	F	4	Coordenação
	F	1	Técnica psicossocial de apoio à vítima de TSH
EP8	M	29	Inspetor Chefe
EP9	F	2 anos e 6 meses	Técnica Superior de serviço de apoio ao TSH
EP10	F	1 ano e 7 meses	Psicóloga
EP11	F	11	Enfermeira
EP12	F	2	Enfermeira

EP13	F	28	Coordenadora de EPVA
EP14	F	8	Enfermeira
EP15	F		Juiz

## 2. Instrumentos

Atendendo à natureza exploratória do estudo, o instrumento de recolha de dados selecionado foi a entrevista individual em profundidade, pressupondo uma análise de significados, conhecimentos e atributos dos fenómenos em estudo. O estudo foi conduzido com base numa metodologia compreensiva e descritiva a partir dos dados obtidos, através de uma abordagem fenomenológica.

No primeiro contacto com os participantes foi pedido que preenchessem um consentimento informado (Anexo A) e um questionário sociodemográfico, com os seus dados pessoais e os dados da organização na qual trabalham, garantindo o anonimato dos dados recolhidos (Anexo B). De seguida, foi aplicado um guião de entrevista semiestruturado, previamente desenvolvido, a ser aplicado junto dos profissionais, compatível com os objetivos do estudo, incluindo uma abordagem exploratória das experiências vivenciadas pelos profissionais e a perceção destes face ao apoio prestado às vítimas de TSH após a sua sinalização. O guião semiestruturado estava dividido em cinco secções, incluindo tipo de oferta/serviços da organização (para conhecer a organização), conhecimento das vítimas sobre direitos e serviços, cooperação com outras entidades e serviços, formação e supervisão e sistema de proteção e sugestões de melhoria (Anexo C). Ao longo de cada entrevista houve a possibilidade de reorientar o guião em função das informações e reações dadas pelos profissionais, facilitando também a recolha de informação adicional trazida pelos participantes de forma autónoma (Bardin, 2012; Flick, 2018).

## 3. Procedimento de recolha, tratamento e análise de dados

Os dados foram recolhidos através de entrevistas individuais semiestruturadas realizadas a profissionais que trabalham com vítimas de TSH. Foi também formalizado e assinado um consentimento informado por escrito, para a utilização da informação partilhada. As entrevistas foram realizadas através de uma plataforma digital, via *Zoom*, e foi pedida gravação de voz de todas as entrevistas, para facilitar o método de recolha e análise do conteúdo.

Ao longo do processo de recolha de dados houve uma adaptação e refinamento do guião, para que este estivesse o mais completo e adaptado aos participantes.

O tratamento dos dados foi feito, após transcrição das entrevistas, por análise rigorosa do conteúdo das entrevistas. Numa primeira fase houve uma leitura geral do conteúdo recolhido, de modo a obter uma apropriação das experiências partilhadas pelos participantes. Posteriormente foram criadas categorias de codificação emergentes dos dados. O processo de codificação dos dados prolongou-se até ao atingimento da saturação teórica dos dados. No entanto, foi estabelecido um sistema de categorização comum para o projeto SERV, através da codificação seletiva, de forma a criar um sistema comum e coerente e facilitar a validação e a análise dos dados. Este sistema comum permitiu uma comparação dos dados obtidos com cada participante, como os diferentes posicionamentos e perceções. Este processo foi realizado através do *software Qualitative Research Solution– Nvivo*.

## **Apresentação e discussão de resultados**

Após ter sido aqui apresentado um breve enquadramento sobre a temática em estudo e a metodologia utilizada para responder aos objetivos estabelecidos, é importante realçar agora os resultados alcançados, através da exposição do material empírico obtido após tratamento das entrevistas realizadas. No seguimento do procedimento de tratamento de dados, foi possível desenvolver um Sistema Geral de Categorias (Anexo D), que visa facilitar a leitura dos resultados. Estes serão apresentados e discutidos, com fundamentação na literatura, respondendo aos objetivos previamente apresentados. Serão apresentados excertos do discurso dos participantes, de forma a exemplificar e esclarecer o conteúdo abordado.

**O1: Compreender, na perspetiva dos profissionais, quais as principais potencialidades e fragilidades do sistema de saúde no apoio a vítimas.**

De modo a tentar responder a este objetivo, foi criada a categoria **Apoio às vítimas no Sistema de Saúde**, que foi posteriormente dividida em subcategorias para facilitar a leitura e compreensão dos resultados, incluindo Serviços de Saúde disponíveis para as vítimas; Evolução do sistema de saúde no apoio à vítima; Equipa para a Prevenção de Violência em Adultos; Proteção dos dados da Vítima e Impacto da Pandemia.

### **A. Serviços de saúde disponíveis para as vítimas**

Ao longo das entrevistas os profissionais foram realçando os diversos serviços de saúde aos quais as vítimas podem recorrer. Desde cuidados a nível hospitalar a cuidados de saúde primária, como nas Unidades de Cuidados na Comunidade, as vítimas devem poder ser encaminhadas para as consultas que possam responder às suas necessidades físicas ou psicológicas, tal como referido pelos participantes “(...) *uma consulta de especialidade nós entramos em contacto com essa pessoa do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.*” (EP4) e “*Apoio ao nível da saúde e integração em consultas de pedopsiquiatria ou qualquer coisa que, entretanto, seja detetado que a criança precise de especialidades num hospital ou num centro de saúde*” (EP3). Estas respostas estão previstas pelo regime jurídico aplicável à assistência das vítimas, segundo a lei nº 129/2015, de 3 de setembro, que refere no Artigo 12º “*O Estado, tendo em conta as necessidades de saúde, assegura as medidas adequadas com*

*vista a garantir o acesso equitativo da vítima aos cuidados de saúde de qualidade apropriada”* (Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa, 2015).

Tal como foi previamente descrito, cada indivíduo lida com a exposição a um crime e a sua experiência de vitimação de forma diferente, tendo mecanismos de *coping* que variam. As experiências vividas após o crime podem ter um impacto determinante na forma como cada vítima lida com a vitimação, sendo assim essencial proporcionais serviços adaptados às suas necessidades (National Sheriff's Association, 2001). De forma a proporcionar um apoio mais completo e abrangente, os serviços, que devem adotar uma abordagem culturalmente adaptada e que promova a redução de danos (Chambers, 2020; Fernandes, 2016; Stoklosa, et al., 2019), têm vindo a evoluir no sentido de implementar equipas multidisciplinares, *“equipas multidisciplinares, portanto, com nutricionistas, sociólogos, psicólogos e penso terapia da fala, mas a grande maioria da equipa são enfermeiras especialistas em várias áreas de especialidade como já referi.”* (EP12). Estas equipas permitem que seja prestado um apoio a nível físico e psicológico adaptado a cada pessoa, o que é essencial para evitar que haja situações de revitimização (Richie-Zavaleta et al., 2020). Relembrando a importância de desenvolver uma intervenção holística baseada nos 4Ps, Prevenção, Proteção, Prossecução e Parcerias (Timoshkina, 2020).

Outro mecanismo de apoio que tem vindo a ser fortalecido são as linhas telefónicas de apoio. Estas linhas permitem a divulgação de informação e um contacto direto para as vítimas numa fase inicial do processo, tal como salienta a participantes da Saúde em Português *“Em todos os materiais que nós fazemos, que nós produzimos de informação são sempre divulgadas as linhas de apoio, ou seja, é uma estratégia que consideramos que pode ser também útil, se confrontamos as pessoas com esta informação, terem logo o acesso às linhas de apoio e aos serviços que existem para denúncias.”*

Apesar da evidente evolução dos serviços saúde, tanto para vítimas como para a população em geral, existe ainda relato de desconforto ao recorrer a esses serviços, *“(…) pessoas às vezes têm já aquela capa de vítima e acabam por não se sentir bem nas instituições principalmente de saúde, mas é até por elas (...)”* (EP11) e de descredibilização da vítima *“E depois também acho que as entidades também não credibilizam muito a vítima”* (EP14). É ainda relatado que se constata algum juízo de valor por parte de alguns dos profissionais de saúde *“Infelizmente, principalmente na saúde, há muitas das vezes uma necessidade, os profissionais fazem juízos de valor e acabam até por pôr muitas das vezes esses tais juízos de valor e acabam por magoar alguns utentes com, pronto, com esses juízos de valor”* (EP11). Apesar de não se poder generalizar estas experiências negativas de algumas vítimas e de atitudes negativas por

parte de alguns profissionais, é essencial tê-las em conta como base para o incentivo à sensibilização e formação dos profissionais de saúde. Tal como referido por Fernandes (2016), existe ainda com alguma frequência um estigma associado ao TSH e sobretudo a situações de exploração sexual, que acarretam o estigma social ligado ao trabalho sexual e às ITS. Este estigma pode conduzir a uma marginalização da vítima e dificultar a sua reinserção na sociedade (Fernandes, 2016).

## **B. Evolução do sistema de saúde no apoio à vítima**

Tal como referido anteriormente, existe uma clara evolução do apoio à vítima proporcionado pelo sistema de saúde. Esta evolução é exposta por vários participantes que destacam o bom funcionamento da cooperação entre as várias entidades, “(...) *nível da saúde também aos poucos e poucos vai funcionando.*” (EP4) e a evolução no sistema de denúncias “(...) *muita coisa se tem feito, muita coisa tem evoluído nestes últimos anos sim, já só o facto de fazer denúncia já é um avanço muito grande da mulher (...)*” (EP14). No entanto, ainda é reconhecida a necessidade de melhorar o sistema de apoio às vítimas “*Eu acho que ainda estamos a meio caminho, podemos fazer muito mais*” (EP12), “(...) *relação muito próxima e muito transparente que nos permite pensar em conjunto e que nos tem dado espaço para isso, para pensarmos em conjunto nos processos de melhoria*” (EP2).

## **C. Equipa para a Prevenção de Violência em Adultos**

No âmbito do IV Plano Nacional de Prevenção e Combate ao TSH foi criada a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), com o Despacho nº 6378/2013, de 16 de maio (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, 2013). Esta consiste num modelo de intervenção integrada sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida, que pretende promover a prevenção de diversos tipos de violência através dos serviços de saúde e a minorar o impacto nos diferentes protagonistas quando esta ocorre. Ainda, após a aprovação do mesmo despacho, foram criadas também as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), de forma a operacionalizar a ASGVCV, “(...) *criação deste grupo do EPVA que também acho que foi muito bom, não estar na mão só do médico da Saúde Pública fazer esta interligação ou este acompanhamento ser uma equipa multidisciplinar a seguir o caso (...)*” (EP12). Segundo os profissionais entrevistados, a criação destas equipas

permitiu uma melhor articulação entre os profissionais e possibilitou o estabelecimento de equipas multidisciplinares que estão formadas para lidar com os casos mais sensíveis, “(...) portanto, enquanto que antigamente estava só na mão de um médico da Unidade de Saúde Pública, neste momento está numa equipa multidisciplinar que depois faz chegar na mesma, (...)” (EP12). Ainda, as EPVA têm como papel promover a sensibilização dos profissionais de saúde para estas temáticas, através da realização de formações, produção de material informativo e do papel de consultoria (Perdigão, et al., 2016), “nós ao nível da consultoria aos profissionais, nós recebemos e damos conhecimento da situação daquele caso e pedimos que colaborem e vamos, digamos que, orientando/sugerindo” (EP13).

No entanto, os participantes destacam como fragilidade a ausência de reuniões regulares entre os vários interlocutores para a discussão dos casos, “O ideal seria estas equipas uma vez por mês, por exemplo, irem às unidades discutir os casos em frente ao profissional que é o interlocutor direto” (EP13). Embora reconheçam a importância e mais-valia das reuniões de discussão, os profissionais de saúde afirmam não ter tempo para as realizar com regularidade. A realização destas reuniões está prevista na ASGVCV, destacando como papel da EPVA “Realizar reuniões de discussão clínica multi e interdisciplinares sobre casos reais que tenham sido alvo de intervenção no serviço”, tal como “Efetuar reuniões de trabalho com profissionais de outras instituições, em particular da ação social, justiça educação e forças de segurança” (Perdigão, et al., 2016). Demonstra-se, assim, a necessidade de reforço da realização das reuniões, de forma a que haja uma partilha de visões e experiências sobre cada caso. Deve ser promovida a intervisão entre os vários profissionais, facilitando a partilha através de uma relação colaborativa simétrica (Gabinete de Estudos OPP, 2020).

#### **D. Proteção dos dados da Vítima**

Percebendo os contornos que envolvem o crime de TSH, é fácil compreender a importância da confidencialidade e sigilo associados à proteção das vítimas. Sendo estes princípios orientadores da intervenção realizada pelas entidades de apoio à vítima, é essencial que o mesmo se reflita no apoio prestado pelos serviços de saúde. A proteção de dados é um dos temas mais abordados no século XXI e desde 2016 que tem vindo a ser regulamentado. Quando se trata de dados de vítimas de TSH os cuidados devem ser duplicados e esta é uma das fragilidades realçadas pelos participantes, no que diz respeito aos serviços de saúde, “A questão da confidencialidade, da identidade das pessoas vítimas de tráfico que recorrem aos serviços de saúde tem sido também uma das questões onde nós temos encontrado algumas

*resistências” (EP2). Segundo o Regulamento 2016/679 a saúde é considerada uma das categorias especiais na proteção de dados (Parlamento Europeu e do Conselho, 2016), ainda assim, alguns profissionais consideram que o sistema usado pelo SNS não protege devidamente os dados das vítimas em questão. Realçam os problemas com o sistema informático que impedem uma articulação ágil com os serviços e a inexistência de um código identificativo da situação da vítima que as proteja, “O sistema de inscrição no sistema nacional de saúde já vai desde 2014, eu sinalizo desde 2014 mas colegas minhas dos centros de acolhimento de 2008 também já tinham sinalizado porque é óbvio que têm esses problemas, portanto, são questões que se arrastam não sei quanto tempo e não têm resolução, nós não vemos resolução à vista, sinalizamos mas depois vai para lá e pronto e vai para os sítios mas não há resposta para nós, não temos resposta nenhuma e fica assim” (EP3). A Saúde em Português conseguiu desenvolver um protocolo com o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra no qual foi associado um código ao processo de cada vítima, de forma a que todos os que têm acesso aos ficheiros possam identificar e destacar a importância do sigilo, “Quando nós começamos a estabelecer este contacto com a administração dos hospitais de Coimbra fizemos mesmo essa proposta de que sempre que fosse necessário fazer um encaminhamento nós dávamos o nome da pessoa de maneira a que eles atribuíssem então um código.” (EP4). Estes propõem o estabelecimento de um mecanismo similar a nível nacional, “(...) se houvesse se calhar um mecanismo, algumas diretrizes a nível nacional que fizesse com que este procedimento pudesse ser transversal se calhar poderia colmatar aqui algumas lacunas não é.” (EP4). Embora haja regulamentos e diretivas, como o Regulamento 2016/679 e a Diretiva 2016/680 que apresentam as especificidades de proteção de dados em procedimentos criminais, é fulcral que estas medidas sejam seguidas de forma rigorosa e que seja reforçada a sensibilização de todos os profissionais envolvidos, desde profissionais de saúde a profissionais administrativos, para o cumprimento das mesmas.*

## **E. Impacto da Pandemia**

Em 2020 vimos chegar uma pandemia que afetou a população a nível global. A pandemia de COVID-19 tem vindo a demonstrar-se um desafio intenso para todos. Ao longo destes últimos meses a pandemia não só revelou as injustiças sociais existentes, mas também as exacerbou. As populações mais vulneráveis estão a lidar com o impacto da COVID-19 ao nível da saúde, mas também enfrentam as consequências ao nível da educação e a nível

económico. Este impacto ampliado nas populações vulneráveis tem implicações importantes para os indivíduos em risco ou que já estavam a ser explorados no TSH (Greenbaum et al., 2020; Todres & Diaz, 2020). Numa fase em que existem diversas limitações de circulação e de contacto com outras pessoas, este crime, que é caracterizado por ser oculto, torna-se ainda mais difícil de identificar. Isto poderá ter um impacto no número de casos sinalizados, mas também no apoio prestado após a identificação das vítimas (Armitage & Nellums, 2020).

Os participantes do estudo salientam alguns dos desafios que a pandemia acarretou e o impacto que teve na prestação de cuidados às vítimas. É notório o impacto da pandemia no SNS, em que os profissionais estão inundados de trabalho e responsabilidades para proporcionar cuidados a todos os que precisam, *“mas também os profissionais de saúde não têm capacidade para estar em tudo, não há disponibilidade para estas neste momento”* (EP13). Com a sobrecarga imposta ao SNS, devido ao aumento de hospitalizações e mobilização dos profissionais de saúde para responder principalmente à doença propagada (Armitage & Nellums, 2020), existem repercussões no apoio às vítimas prestado pelos profissionais de saúde, como a redução do número de consultas *“Claro que agora, durante este período de confinamento e a fase que estamos a passar, houve a redução do número de consultas e isso acabou por ser transversal”* (EP4). Houve também um aumento dos cuidados a seguir, de forma a minimizar a propagação da doença, criando uma distanciação e uma barreira sentida pelos profissionais e os utentes, *“A distância corta aqui, há uma barreira, portanto, nós não conseguimos perceber o outro lado”* (EP14). Este impacto é também perceptível na gestão dos CAP, nomeadamente na integração de novas vítimas, *“(…) também para as outras que já estão lá e que precisam de ser protegidas também, com esta nova entrada. Então agora, com o COVID (...)”* (EP3).

## **O2: Compreender qual a perspetiva dos profissionais relativamente ao nível de articulação e cooperação entre entidades, na prestação de serviços de saúde.**

Com o intuito de aprofundar este objetivo foi estabelecida a categoria de primeira geração **Articulação e cooperação entre entidades**. Esta categoria foi repartida entre fragilidades e potencialidades, de modo a organizar a informação, apresentando assim os pontos fortes e os pontos a melhorar na articulação entre as várias entidades no que diz respeito à saúde das vítimas.

## A. Potencialidades

Quando questionados acerca da articulação e cooperação entre os serviços de saúde e as entidades que prestam apoio às vítimas, os participantes enaltecem a importância do trabalho em rede, *“Esta coisa da rede nacional, da existência da rede nacional, das redes regionais que tiveram que surgir mais tarde com os projetos da APF e etc, é verdade que foi criando um trabalho em rede importante e que é mais do que ter aquela coisa no papel do trabalho em rede, (...)”* (EP3), tal como a rede social desenvolvida junto das UCC, *“É nós termos montado uma rede com as escolas, com os Atividade de Tempos Livres (ATL) e com a Junta de Freguesia de maneira a que possamos, porque sozinho ninguém consegue fazer nada, mas se calhar todos juntos, as coisas acabam por fluir.”* (EP11). É de destacar que, atendendo às especificidades do crime de TSH e do impacto que este pode ter nas vítimas, as equipas de apoio à vítima deve intervir de forma rápida e eficaz. Para que tal aconteça, o trabalho em rede e a articulação entre as entidades é vital (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2020). A intervenção inicial deve basear-se no modelo de intervenção em crise, de forma a estabilizar as vítimas e poder perceber quais as suas necessidades imediatas (Martins Couto, 2012).

Segundo os participantes, a articulação entre as entidades tem vindo a melhorar, *“(…) que tem vindo a ser trilhado com processos de melhoria (...)”* (EP2). As melhorias sentidas na relação com os serviços de saúde derivam da criação de parcerias e protocolos, formais e informais, que possibilita uma comunicação mais fluida entre as entidades, *“(…) é através destas parcerias que conseguimos chegar aos grupos vulneráveis, porque por norma eles têm dificuldade em se deslocar a estas”* (EP12). Parcerias é um dos 4Ps do modelo proposto por Timoshkina (2020) que tem como intuito proporcionar uma respostas holística eficaz. No estabelecimento de protocolos de parceria formais é essencial que os vários atores da intervenção com vítimas saibam a quem recorrer caso seja necessário, *“Ora, nós também no âmbito da nossa intervenção temos parceiros essenciais sem os quais não conseguimos intervir, são os órgãos da polícia criminal – os OPC’s - os técnicos da Segurança Social, os técnicos da saúde, do Serviço Nacional de Saúde através da ARS.”* (EP7). No entanto, as parcerias e contactos informais, que frequentemente advêm de contactos pessoais com profissionais de saúde específicos, viabilizam um acesso direto e facilitado para as vítimas aos serviços, *“A nível de saúde, também se sabe que é um direito o acesso à saúde e aos cuidados de saúde... mas digamos que quando são necessárias ou necessários atendimentos imediatos as portas*

*conseguem-se desbloquear, com a intervenção da EME, conseguimos falar com os nossos parceiros, conseguimos falar com médicos, com profissionais de saúde que nos conseguem aqui ajudar e encaminhar no imediato*” (EP9). Serviços de saúde tal como as UCC têm também como papel estabelecer uma ponte entre as vítimas e outros serviços, tais como serviços hospitalares, ou com outras entidades na comunidade, *“fazer a ponte entre nós, portanto entre elas e o hospital se houver alguma necessidade, alguma incompreensão, algumas consultas que falta, portanto tentamos fazer sempre esta colaboração também com o hospital”* (EP12). Esta articulação entre os diversos níveis de cuidados pode demonstrar-se fulcral para lidar com as possíveis consequências da exploração no bem-estar da vítima. Estando o TSH associado a diversos tipos de violência, as consequências podem variar de caso para caso, mas está descrita uma relação direta com desenvolvimento de problemas de saúde e sintomatologia psicopatológica que podem impactar o funcionamento adaptativo e o bem-estar das vítimas a longo prazo (Hemmings, et al., 2016).

Tal como a articulação entre os serviços de saúde e entidades externas ao SNS é essencial, é também necessário que haja articulação e cooperação entre as equipas e os profissionais que integram os vários serviços de saúde disponíveis, *“fazemos depois a articulação interna. Portanto, internamente também com as outras unidades sim, as UCC são bastante importantes nisto, portanto as unidades de cuidados na comunidade são bastante importantes nisto”* (EP13). Para que tal possa acontecer de forma articulada é de realçar, tal como referido anteriormente, a importância das reuniões de discussão de casos com os diferentes interlocutores.

## **B. Fragilidades**

No que diz respeito às fragilidades inerentes à articulação entre as diversas entidades e os serviços de saúde, foi evidenciada a demora na resposta do sistema de saúde e a dificuldade em inscrever as vítimas nos Centros de Saúde, *“Nós estivemos “N” tempo para conseguir inscrever estas crianças no centro de saúde porque simplesmente estavam cheios os médicos de família em Coimbra, pronto, e de repente é um problema (...)”* (EP3), ou ainda, *“(...) a inscrição e a obtenção dos números do sistema nacional de saúde também são processos que por vezes demoram e têm muitas... muitos obstáculos para a sua concretização (...)”* (EP9). Esta última participante refere ainda que a demora na resposta pode ter um impacto negativo na revitimização, pois as vítimas não têm acesso aos apoios de que necessitam, *“a velocidade a que as respostas que existem de outras entidades formais por vezes levam... para que este*

*processo... porque depois caímos aqui um bocadinho na revitimização” (EP9). Ainda, devido às dificuldades nos estabelecimento de parcerias formais para que funcionem de forma célere e eficaz, as entidades salientam a necessidade de recorrer a contactos informais de forma a proporcionar o apoio necessário às vítimas no que diz respeito à saúde, “(...) agora conseguiu protocolos com o BCG e etc e conseguiu uma série de coisas que tentam... e depois o senhor médico da DGS é prestável e percebeu a problemática e ajuda de todas as maneiras mas somos nós a criar as estratégias porque não existe o procedimento” (EP3).*

As fragilidades destacadas não se restringem à resposta dada pelos serviços de saúde. Os profissionais de saúde entrevistados revelaram sentir pouca abertura por parte de algumas entidade de apoio à vítima, identificando como possível motivo a questão do sigilo, “*nós conhecemos muito bem as instituições de solidariedade social mas essas instituições acabam por ser, se calhar, muito fechadas, se calhar até por causa do anonimato dos próprios utentes e por respeito a isso, mas, se calhar, se elas tivessem mais conhecimento do que a saúde tem para lhes oferecer e abrissem o canal através de nós, nós UCC, porque no fundo somos nós quem abre o canal para a comunidade, isto é, os cuidados de saúde primários são abertos por nós.*” (EP11). Tal como mencionado previamente, a articulação e cooperação entre as entidades é primordial para que seja prestado o apoio indispensável, digno e especializado a que têm direito as vítimas (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2020).

### **O3: Compreender qual a perceção que os profissionais têm sobre a Formação Especializada a profissionais de saúde que contactam com vítimas.**

De modo a sustentar o trabalho desenvolvido pelos profissionais foi destacada a importância da **Formação e sensibilização de profissionais de saúde**, sendo uma base fundamental para sustentar a intervenção com as vítimas. Foram identificadas as fragilidades e as potencialidades, segundo os participantes, relativamente à evolução desta prática no percurso dos mesmos.

#### **A. Potencialidades**

Desde a implementação do I Plano Nacional de Prevenção e Combate ao TSH que tem vindo a ser desenvolvido um trabalho constante de desocultação do fenómeno. Este trabalho tem consistido num grande esforço de formação e sensibilização de profissionais que trabalham direta ou indiretamente com vítimas de TSH. Os profissionais que participaram no estudo

destacam o aumento inegável do número de formações e da qualidade das mesmas, mas também um aumento da receptividade por parte dos profissionais de saúde em participar, “(...) *notamos que até mesmo a nível das ações de formação ou ações de sensibilização já tem havido uma maior receptividade em participar nestas ações por parte dos profissionais de saúde e que antigamente não acontecia*” (EP4), “ (...) *isto também notam-se grandes diferenças, porque se calhar quando nós começamos esta questão do tráfico de seres humanos para os profissionais de saúde era quase desconhecida(...)*” (EP4).

Os profissionais destacam a existência de formações promovidas internamente pelo SNS, “*Temos tido formação da ARS Norte, da Administração Regional de Saúde do Norte, temos tido algumas formações e penso que até tem vindo, a temática a ser repetida anualmente, ou seja, eles têm procurado muito intervir nessa área anualmente, mas na violência em todos os campos, na violência a nível do género, a violência doméstica, a violência no idoso, portanto, eles têm tentado repetir estas ações de formação anualmente e tem chegado até nós, sim.*” (EP12), mas também formações promovidas por entidades externas como a APF ou a SPT, “(...) *há pouco tempo fizemos uma formação que era para profissionais de saúde e tinham necessidades muito específicas que era, o que fazer em atendimento se eu tiver alguma suspeita de tráfico de seres humanos, o que perguntar, o que não perguntar, ou seja, esta ação de sensibilização acabou por não ser tanto a conceptualização sobre o que é que é o tráfico quais é que são os indícios, mas um bocadinho mais prático virado para aquilo que são as necessidades específicas destes profissionais, que estavam a sentir naquela unidade de saúde que lidam com muita população migrante.*” (EP9). Este aumento da formação e da sensibilização dos profissionais de saúde também se reflete no aumento do número de sinalizações realizadas pelos mesmos profissionais, “*claro que cada vez se sinalizam mais, cada vez é mais fácil falar (...)*” (EP13).

## **B. Fragilidades**

Embora haja uma visível evolução nos esforços para sensibilizar e formar os profissionais, há ainda vários estudos que demonstram que apenas um número reduzido de profissionais de saúde recebeu formação sobre TSH e o seu papel na prevenção e combate deste crime (Chambers, 2020; Coalition to Abolish Slavery and Trafficking, 2017; Stoklosa, et al., 2019). Os profissionais identificaram ao longo das entrevistas algumas das fragilidades no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde. É referido pelos participantes a necessidade de reforçar a formação sobre as especificidades do fenómeno em questão, “(...) *continuamos a*

*sentir como uma necessidade que haja uma maior formação dos profissionais de saúde de várias áreas para as questões intrínsecas ao tráfico, para as questões do perfil destas vítimas, daquilo que é efetivamente o que compõe uma situação de tráfico e para as suas características específicas, porque muitas vezes são confundidas com outras tipologias de crime, de vítimas... e não, elas têm as suas especificidades, esta tem como outras terão.”* (EP2). As participantes das UCC realçam a necessidade de promover formação mais específica, *“O que é que lhe posso dizer que pode faltar...se calhar mais formação específica(...)”* (EP12), nomeadamente sobre violência na gravidez, *“podia é haver mais formação mais específica ainda, portanto, dentro da violência na gravidez, que é isso que nós não temos tido.”* (EP12). Ainda, foi destacado que existe uma maior presença de enfermeiros nas formações do que outros profissionais de saúde, *“os profissionais presentes e que aderiram às formações foram os enfermeiros, portanto, os médicos não.”* (EP13).

A formação dos profissionais que trabalham com as vítimas está contemplada no Plano Nacional de Prevenção e Combate ao TSH ao longo dos anos, nomeadamente, tal como já referido, sendo parte do papel da EPVA junto dos profissionais de saúde (Perdigão, et al., 2016). As lacunas na formação, geral e específica, podem estar na origem de alguns dos desafios sentidos na articulação com outras entidades, *“(...) acreditamos que poderiam ser mais e que estas pessoas sensibilizadas para a temática, com os conhecimentos necessários sobre a temática e com as competências também para poderem intervir nestas situações poderíamos apoiar mais pessoas e combater isto (o crime) de forma mais robusta”* (EP2). Estando estabelecidos tantos mecanismos que visam a prevenção e combate ao TSH, é de questionar novamente o motivo pelo qual este continua a ser um crime tão oculto. Segundo Chambers (2020), o que está na base da sua continuidade são os mitos, a desinformação e o desconhecimento do TSH e do impacto desde nas vítimas. Mais uma vez, isto prova a necessidade, que ainda existe, de sensibilizar a população em geral, mas também os profissionais que contactam com as vítimas, para que percebam as especificidades que rodeiam estas vítimas e que possa ser evitada a revitimização das mesmas.

### **C. Propostas de melhoria**

No seguimento da identificação das potencialidades e das fragilidades relativamente à formação dos profissionais de saúde, foram mencionadas duas propostas de melhoria. Ambas consistem na criação de parcerias para melhorar as formações, incluindo parceria com a

Comissão para a Igualdade de Género, de forma a atrair mais profissionais médicos para as sessões, *“Se calhar se chamarmos a Comissão para a Igualdade de Género é diferente de estar eu a falar, ainda que o meu colega da Comissão pronto, vá dizer muito mais ou não, mas não interessa, pronto, é diferente.”* (EP13). Adicionalmente, propuseram que fosse estabelecida uma parceria com instituições de ensino superior para promover formação adequada e de qualidade científica, *“Eu acho importante, por exemplo, as próprias faculdades proporem – não sei se é possível, mas acho que sim – dar formação aos profissionais das instituições de saúde, por exemplo, fazerem protocolos, fazerem acordos, acho importantíssimo, sobre determinadas áreas”* (EP13).

É de realçar o papel fulcral que os profissionais de saúde podem ter na prevenção, identificação e intervenção com as vítimas, tendo acesso a informação privada destas, que outros profissionais dificilmente terão acesso (Greenbaum, et al., 2018; Stoklosa, et al., 2019). Sendo que cerca de 80% das vítimas passam por serviços de saúde durante o período de exploração (Byrne et al., 2019), demonstra-se essencial que os profissionais de saúde estejam sensibilizados e formados para, numa primeira fase, reconhecerem os possíveis sinais de uma situação de exploração, muitas vezes sinais ligados à saúde, e posteriormente conseguirem prestar os cuidados necessários de forma adaptada a cada vítima.

#### **O4: Compreender se os profissionais consideram que as vítimas conhecem os seus direitos.**

Por último, foi importante identificar o que os participantes consideram relativamente ao **Conhecimento das vítimas sobre os seus direitos**. Foi notória a convicção destes sobre a falta de conhecimento das vítimas relativamente aos seus direitos e sobre o autorreconhecimento do papel de vítima e do crime de TSH.

##### **A. Conhecimento dos Direitos**

É frequentemente realçada a importância dos direitos das vítimas de TSH e de garantir que estes são respeitados. Com os consecutivos Planos Nacionais de Prevenção e Combate ao TSH a divulgação dos direitos e a sensibilização para este fenómeno tem vindo gradualmente a aumentar (Presidência do Conselho de Ministros, 2018). A evolução da divulgação de informação sobre TSH é reconhecido pelos profissionais como algo positivo, *“também cada vez há mais divulgação também, não é, pronto, de onde podem recorrer”* (EP13). Embora haja

este claro aumento na sensibilização da população para as especificidades do TSH, os participantes afirmam que no primeiro contacto das vítimas com as Equipas Multidisciplinares Especializadas (EME), estas demonstram não ter conhecimento sobre os seus direitos, “*Confirmando. As verdadeiras vítimas de tráfico na maioria não têm conhecimento dos seus direitos*” (EP7). O mesmo é descrito pelos profissionais de saúde aquando do primeiro contacto com as vítimas, “*(...) não tenho ideia de todas estas situações, de ter visto pessoas que fossem conhecedores dos seus direitos (...)*” (EP11), salientando principalmente a falta de conhecimento sobre os direitos relacionados com a saúde, “*(...) não é, não são pessoas dotadas muitas das vezes de conhecimentos e principalmente a nível da saúde.*” (EP11). Existe uma eminente necessidade de reforçar a divulgação de informação sobre TSH em situações chave, como o acesso a serviços de saúde, pois estudos como o que foi apresentado pela Coalition to Abolish Slavery and Trafficking (2017) demonstram que a grande maioria das vítimas que acedeu aos serviços de saúde, durante o período de exploração, não recebeu informação relevante sobre este fenómeno.

Os profissionais devem ter como princípio, numa fase inicial do contacto com as vítimas, a partilha de informação e garantir que essa informação é compreendida. Alguns participantes partilharam algumas das dificuldades que podem estar na origem da incompreensão dos direitos por parte das vítimas e que devem ser tomados em consideração, nomeadamente, por motivos de comprometimento a nível funcional ou cognitivo, “*(...) características até do ponto de vista da saúde mental, ou do funcionamento cognitivo, portanto, pode haver aqui várias circunstâncias que possam de alguma forma comprometer a capacidade da pessoa entender, (...)*” (EP2). A participante da EP4 refere uma maior vulnerabilidade cognitiva junto das vítimas portuguesas, “*A vítima portuguesa é uma vítima que em termos cognitivos, em termos gerais tem muitas debilidades*”, o que poderá representar um dos motivos pelos quais foi possível aliciá-las para a situação de exploração, ao contrário das vítimas estrangeiras que são aliciadas, frequentemente, por motivos económicos (Chambers, 2020). No seu mais recente relatório sobre TSH, a UNODC (2021) refere que cerca de 10% das vítimas sinalizadas tinham como fator prévio ao tráfico a presença de perturbações mentais, comportamentais ou neurológicas.

Os direitos das vítimas da criminalidade estão descritos na Diretiva 2012/29/EU, onde estão previstas as regras para o reconhecimento do estatuto de vítimas nos Estados-Membros da União Europeia (Parlamento Europeu e do Conselho, 2012). Segundo a alínea 9 desta diretiva, “*A criminalidade representa um dano para a sociedade, bem como uma violação dos*

*direitos individuais das vítimas. Como tal, as vítimas da criminalidade deverão ser reconhecidas e tratadas com respeito, tato e profissionalismo, sem discriminações em razão, designadamente, da raça, da cor, da origem étnica ou social, das características genéticas, da língua, da religião ou das convicções, das opiniões políticas ou outras, da pertença a uma minoria nacional, da riqueza, do nascimento, da deficiência, da idade, do género, da expressão de género, da identidade de género, da orientação sexual, do estatuto de residente ou da saúde.”* (Parlamento Europeu e do Conselho, 2012). Vemos aqui representada a importância de respeitar as características de cada vítima e da adaptação da intervenção às mesmas. Ainda na mesma alínea, *“Em todos os contactos estabelecidos com as autoridades competentes no contexto do processo penal, e com quaisquer serviços que entrem em contacto com as vítimas, nomeadamente o serviço de apoio às vítimas e o serviço de justiça restaurativa, devem ter-se em conta a situação pessoal e as necessidades imediatas, a idade, o género, qualquer eventual deficiência e a maturidade das vítimas, no pleno respeito da sua integridade física, mental e moral. As vítimas da criminalidade devem ser protegidas contra a vitimização secundária e repetida, contra a intimidação e a retaliação, e devem beneficiar de apoio adequado para facilitar a sua recuperação e de acesso suficiente à justiça.”* (Parlamento Europeu e do Conselho, 2012). De forma a proteger a vítima contra a vitimização secundária é imprescindível ter em consideração as várias dimensões do bem-estar da vítima, bem-estar físico, psicológico e social, para poder perceber o impacto que o TSH teve nesta (World Health Organization, 2006). O impacto na vítima dependerá do tipo de violência vivenciada, que pode incluir violência a vários níveis, de micro a macrossistémica, incluindo fatores individuais e contextuais (Barner et al., 2017; Chambers, 2020). Tendo estes fatores em consideração, é importante que seja estabelecida uma intervenção multinível para responder ao vários níveis de impacto, quer seja impacto direto do TSH, como situações traumáticas e de vitimação prévias à exploração que estão frequentemente presentes (Redondo, 2017; Richards, 2016).

## **B. Reconhecimento do papel de vítima**

Os participantes abordaram juntamente com a falta de conhecimentos sobre os direitos das vítimas, a falta de reconhecimento do papel de vítima por parte das mesmas. Não chega a haver um reconhecimento legal e pelas entidades de apoio do estatuto de vítima, é necessário que a própria pessoa perceba e reconheça a existência de um crime do qual foi vítima. Embora a situação de vitimização possa ser vista por duas perspetivas, a de um ato que prejudica alguém e a da identidade construída socialmente assumida pela vítima (Clemente, 2017), é importante

que a vítima perceba que a situação em que se encontrava consiste numa violação grave dos direitos humanos. A muitas das vítimas é lhes retirada a sua dignidade, identidade e autoestima (Marburger & Pickover, 2020), o que pode levar à aceitação das condições a que são submetidas e a não reconhecerem o crime. Uma participante destaca que algumas vítimas não se consideram dignas do Estatuto de Vítima (Lei n.º 130/2015) pois deram o seu consentimento, numa fase inicial, para a situação que as levou ao TSH, *“Numa escala de 0 a 100, 10%. As pessoas nem se acham dignas, muitas vezes, de terem direitos, porque acham que concordaram com a situação, não é? E muitas vezes nos seus direitos, não percebem a situação em que estão e estão completamente aliadas do que é este fenómeno e do que é que podem fazer”* (EP5). Alguns estudos, que se debruçaram sobre as experiências das vítimas, frisam o medo sentido pelas vítimas, nomeadamente, medo de represálias contra elas ou contra as suas famílias (Hodge, 2014).

Segundo os profissionais, algumas vítimas têm consciência de que a situação em que se encontram lhes causa sofrimento, mas não reconhecem a presença de um crime, tal como referido *“Sabem que alguma coisa não está bem, que estão em grande sofrimento, que estão oprimidas, que não podem exprimir de forma natural ao ser abordadas, mas não sabem qualificar o fenómeno, não sabem que são vítimas de tráfico de seres humanos”* (EP7), e ainda, *“(...) porque muitos deles chegam, sabem que a situação em que estavam não era a melhor, mas nunca se calhar a maior parte deles nunca pensou que estaria a ser vítima de alguma coisa, de algum crime”* (EP4).

## **Conclusões**

O Tráfico de Seres Humanos tem estado na agenda política internacional desde o final do século XX, tendo havido um esforço constante em desenvolver conhecimento e mecanismos de prevenção e combate a este fenómeno. Temos assistido a um gradual reconhecimento dos direitos das vítimas de criminalidade, nomeadamente, vítimas de exploração. Paulatinamente, surgiram as diretivas e regulamentos internacionais, de entidades como as Nações Unidas ou a União Europeia, que permitiram orientar a prestação de cuidados no apoio à vítima a nível nacional (Presidência do Conselho de Ministros, 2007; United Nations, 2000). Amiadamente, é referido que as vítimas devem ter acesso a um conjunto de direitos, claramente descritos no Plano Nacional de Prevenção e Combate ao TSH. A saúde, tal como

referido anteriormente é uma das áreas consideradas essenciais para o bem-estar de todos os indivíduos, sendo fulcral que os serviços de saúde, física e psicológica, possam responder de forma ágil e eficaz às necessidades de quem acabou de experienciar situações de exploração possivelmente traumáticas.

Neste estudo procurámos compreender a perspetiva dos profissionais que trabalham, direta ou indiretamente, com vítimas de TSH, relativamente ao acesso das mesmas aos serviços de saúde. No seguimento da análise do conteúdo das entrevistas realizadas com os profissionais, foi possível perceber algumas das mudanças sentidas pelos participantes, apresentando uma perspetiva positiva face à evolução do sistema de saúde e do apoio prestado neste. Tendo sido realçada a melhoria na articulação entre as diversas entidades e o esforço na sensibilização dos profissionais de saúde para a identificação e sinalização das vítimas, mas também na adaptação da intervenção e dos serviços prestados. Foi também destacado uma necessidade de maior coordenação e colaboração entre os serviços de saúde e outras entidades.

Os participantes do estudo demonstraram-se abertos a responder às questões postas e trouxeram informação valiosa, através da partilha das suas experiências, que para vários é de muitos anos de contacto direto com vítimas, e expuseram as suas ideias e pontos de vista face às questões abordadas. Desta forma foi possível ter acesso a um conjunto de informações relevantes que não estavam necessariamente incluídas no guião de entrevista.

No que diz respeito às limitações deste estudo e sugestões para futuros estudos, pode ser salientado o facto de que os profissionais de saúde entrevistados trabalham unicamente em contexto comunitário, nas Unidades de Cuidados na Comunidade, não tendo havido representação de profissionais de outros contextos, nomeadamente, do contexto hospitalar. Ainda, os profissionais partilharam que têm vindo a lidar maioritariamente com vítimas de violência doméstica. Embora haja muitas questões comuns aos dois tipos de crimes vivenciados pelas vítimas, seria importante perceber as especificidades das vítimas de TSH no contacto com os serviços de saúde. Seria importante também, obter narrativas na primeira pessoa das experiências vividas pelas vítimas e a sua perceção face aos serviços disponíveis. Deste modo, para futuras investigações seria pertinente entrevistar profissionais de saúde que prestem cuidados diretamente a vítimas de TSH e em diferentes níveis de cuidados, mas também recolher o testemunho das vítimas.

## Referências bibliográficas

- Abas, M., Ostrovschi, N. V., Prince, M., Gorceag, V. I., Trigub, C., & Oram, S. (2013). Risk factors for mental disorders in women survivors of human trafficking: a historical cohort study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1-11.
- Aberdein, C., & Zimmerman, C. (2015). Access to mental health and psychosocial services in Cambodia by survivors of trafficking and exploitation: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0008-8>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi.
- Anti-slavery. (s.d.). *What is human trafficking?* . Obtido de Anti-slavery today's fight for tomorrow's freedom: <https://www.antislavery.org/slavery-today/human-trafficking/>
- Anti-slavery. (s.d.). *What is modern slavery?* Anti-slavery today's flight for tomorrow's freedom: <https://www.antislavery.org/slavery-today/modern-slavery/>
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19: Compounding the health-related harms of human trafficking. *EClinicalMedicine*, 24. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100409>
- Assembleia da República. (2008). *Resol. da AR n.º 1/2008, de 14 de Janeiro Convenção do Conselho da Europa Relativa à Luta contra o Tráfico de Seres Humanos*. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa Ministério Público: [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?artigo\\_id=1550A0005&nid=1550&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so\\_miolo=&nversao=](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=1550A0005&nid=1550&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=)
- Assembleia da República. (2013). *Lei n.º 60/2013*. Diário da República.
- Assembleia da República. (2015). *Lei n.º 130/2015*. Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/home/-/dre/70186239/details/maximized>
- Associação para o Planeamento da Família. (s.d.). *Tráfico de Seres Humanos*. APF Associação para o Planeamento da Família: <http://www.apf.pt/violencia-sexual-e-de-genero/trafico-de-seres-humanos>
- Bardin, L. (2012). *Análise de Conteúdo*. Almedina Brasil.
- Barner, J. R., Okech, D., & Camp, M. A. (2017). “One Size Does Not Fit All:” A Proposed Ecological Model for Human Trafficking Intervention. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 5(2), 137-150. <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1420514>

- Byrne, M., Parsh, S., & Parsh, B. (2019). Human Trafficking: Impact, identification and Intervention. *Nursing Management*, 50(8), 18-24.  
<https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000575304.15432.07>
- Chambers, R. (2020). Becoming a Trafficked Person. In J. H. Coverdale, M. R. Gordon, & P. T. Nguyen, *Human Trafficking: A Treatment Guide for Mental Health Professionals* (pp. 1-18). American Psychiatric Association Publishing.
- Clemente, M. (2017). Human Trafficking in Portugal: an Ethnography of the Research and the Data. *Studi Emigrazione*, (208), 663-686.
- Coalition to Abolish Slavery and Trafficking. (13 de Janeiro de 2017). *Identification and Referral for Human Trafficking Survivors in Health Care Settings: Survey Report*. Coalition to Abolish Slavery and Trafficking: [https://www.castla.org/wp-content/themes/castla/assets/files/Identification\\_and\\_Referral\\_in\\_Health\\_Care\\_Settings\\_survey\\_report\\_2017.pdf](https://www.castla.org/wp-content/themes/castla/assets/files/Identification_and_Referral_in_Health_Care_Settings_survey_report_2017.pdf)
- Comissão Europeia. (2013). *Direitos da União Europeia para as vítimas do tráfico de seres humanos*. União Europeia.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (20 de 06 de 2013). *Assinatura da Rede de Apoio e Proteção às Vítimas de Tráfico*. CIG: <https://www.cig.gov.pt/2013/06/assinatura-da-rede-de-apoio-e-protecao-as-vitimas-de-trafico/>
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (19 de 10 de 2020). *Trabalho em parceria é fundamental para combater o tráfico de seres humanos*. CIG: <https://www.cig.gov.pt/2020/10/trabalho-parceria-fundamental-combater-trafico-seres-humanos/>
- Coverdale, J. H., Gordon, M. R., & Nguyen, P. T. (Eds.). (2020). *Human Trafficking A Treatment Guide for Mental Health Professionals*. American Psychiatric Association.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. sage.
- Edmonds, W. A., & Kennedy, T. D. (2017). *An Applied Guide to Research Designs*. SAGE.
- Farrell, A., McDevitt, J., & Fahy, S. (2010). Where are all the victims? Understanding the determinants of official identification of human trafficking incidents. *American Society of Criminology*, 9(2), 201-233. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9133.2010.00621.x>
- Fernandes, V. L. (2016). *Tráfico de seres humanos: uma perspectiva geral sobre a exploração sexual de mulheres*. [Master Thesis, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC. <https://eg.uc.pt/handle/10316/41195>

- Flick, U. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection*. SAGE.
- Gabinete de Estudos OPP. (2020). *Recomendações para a Prática de Intervisão em Psicologia*. Ordem dos Psicólogos .
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2013). *Despacho n.º 6378/2013*. Diário da República.
- General Assembly. (2010). *Resolution adopted by the General Assembly 64/293. United Nations Global Plan of Action to Combat Trafficking in Persons*. United Nations.
- Gonçalves, J. C. (2015). O tráfico de Seres Humanos. *CEDIS Working Papers*.
- Greenbaum, V. J., Stoklosa, H., & Murphy, L. (2020). The Public Health Impact of Coronavirus Disease on Human Trafficking. *Frontiers in Public Health*, 8, 685. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.561184>
- Greenbaum, V. J., Titchen, K., Walker-Descartes, I., Feifer, A., Rood, C. J., & Fong, H.-f. (2018). Multi-level prevention of human trafficking: The role of health care professionals. *Elsevier*, 114, 164-167. <https://doi.org/10.1016/j.ypped.2018.07.006>
- Guia, M. J. (2017). Imigração e Tráfico de Pessoas: “7 Ligações Perigosas”. UNIÃO EUROPEIA E O COMBATE AO TRÁFICO DE SERES HUMANOS, 9. [https://doi.org/10.14195/1647-6336\\_17\\_1](https://doi.org/10.14195/1647-6336_17_1)
- Hemmings, S., Jakobowitz, S., Abas, M., Bick, D., Howard, L. M., Stanley, N., . . . Oram, S. (2016). Responding to the health needs of survivors of human trafficking: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1538-8>
- Hodge, D. R. (2014). Assisting Victims of Human Trafficking: Strategies to Facilitate Identification, Exit from Trafficking, and the Restoration of Wellness. *National Association of Social Workers*, 59(2), 111-118. <https://doi.org/10.1093/sw/swu002>
- International Labour Office . (2017). *Global estimates of modern slavery: Forced labour and forced marriage*.
- Interpol. (s.d.). *Types of Human Trafficking*. Interpol: <https://www.interpol.int/Crimes/Human-trafficking/Types-of-human-trafficking>
- London School of Hygiene & Tropical Medicine. (15 de 04 de 2016). *High levels of mental illness reported by victims of human trafficking in the UK*. Obtido de London School of Hygiene & Tropical Medicine: [https://www.lshtm.ac.uk/newsevents/news/2016/mental\\_health\\_trafficking.html](https://www.lshtm.ac.uk/newsevents/news/2016/mental_health_trafficking.html)

- Marburger, K., & Pickover, S. (2020). A Comprehensive Perspective on Treating Victims of Human Trafficking. *Professional Counselor*, 10(1), 13-24. <https://doi.org/10.15241/km.10.1.13>
- Martins Couto, D. L. (2012). *Tráfico de seres humanos: Perceções sociais, percursos de vitimação e de sobrevivência*. [Doctoral dissertation, Escola de Psicologia da Universidade do Minho]. RepositoriUM. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/25365>
- National Sheriff's Association. (2001). *First Response to Victims of Crime*. Office for Victims of Crime.
- Newton, P. J., Mulcahy, T. M., & Martin, S. E. (2008). Finding victims of human trafficking. Bethesda, MD: University of Chicago, National Opinion Research Center.
- Observatório do Tráfico de Seres Humanos . (2020). *Tráfico de Seres Humanos - Relatório de 2019*. Ministério da Administração Interna.
- Observatório do Tráfico de Seres Humanos. (2019). *Tráfico de Seres Humanos Relatório de 2018*. Ministério da Administração Interna.
- Observatório do Tráfico de Seres Humanos. (2020). *Serviços OTSH*. Observatório do Tráfico de Seres Humanos: <https://www.otsh.mai.gov.pt/servicos/>
- Observatório do Tráfico de Seres Humanos. (s.d.). *Apresentação*. Observatório do Tráfico de Seres Humanos: <https://www.otsh.mai.gov.pt/apresentacao/>
- Parlamento Europeu e do Conselho. (2012). Diretiva 2012/29/UE do Parlamento Europeu e do Conselho. *Jornal Oficial da União Europeia*.
- Parlamento Europeu e do Conselho. (2016). *Regulamento (UE) do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016*. *Jornal Oficial da União Europeia*.
- Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., da Silva, M. C., & Prazeres, V. (2016). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Direção-Geral de Saúde.
- Pereira, V. (2020). Portugal and Human Trafficking. Em J. Winterdyk, & J. Jones, *The Palgrave International Handbook of Human Trafficking* (pp. 115-130). Springer International Publishing.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2007). *Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos, Resolução do Conselho de Ministros n.º 81/2007, de 22 de junho*. Diário da República.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2007). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 81/2007*. Diário da República.

- Presidência do Conselho de Ministros. (2013). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 101/2013*. Diário da República.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 80/2018*. Obtido de Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/home/-/dre/115536003/details/maximized>
- Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. (2015). *Lei n.º 129/2015, de 03 de Setembro*. [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?tabela=leis&nid=2393&pagina=1&ficha=1](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2393&pagina=1&ficha=1)
- Redondo, J. (2017). Tráfico de seres humanos: um acontecimento traumático: da prevenção à intervenção em rede: que papel para os serviços de saúde? *Debater a Europa*, 29-51.
- Richards, T. A. (2016). The impact of Human Trafficking on physical and mental health. [Master thesis, *Texas Woman's University*]. Repository @TWU. <https://twu-ir.tdl.org/handle/11274/9358>
- Richie-Zavaleta, A. C., Baranik, S., Mersch, S., Ataiants, J., & Rhodes, S. M. (2020). From Victimization to Restoration: Multi-Disciplinary Collaborative Approaches to Care and Support Victims and Survivors of Human Trafficking. *Journal of Human Trafficking*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/23322705.2020.1730132>
- Santos, B. d., Gomes, C., Duarte, M., & Baganha, M. I. (2008). *Tráfico de mulheres em Portugal para fins de exploração sexual*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Schwarz, C., Unruh, E., Cronin, K., Evans-Simpson, S., Britton, H., & Ramaswamy, M. (2016). Human Trafficking Identification and Service Provision in the Medical and Social Service Sectors. *Health and Human Rights Journal*, 18(1), 181- 192.
- Shafer, A., & Looney, B. (2018). Victim Profiles: Direct and Indirect Effects of Anecdotes and Responsibility Attribution on Support for Sex Trafficking Victims. *Journal of Human Trafficking*, 4(1), 21-34. <https://doi.org/10.1080/23322705.2018.1423444>
- Skinner, E. B. (2008). *A crime so monstrous: Face-to-face with modern-day slavery*. Free Press.
- Stoklosa, H., Miller, C. L., Duke, G., & Chisolm-Straker, M. (2019). A Framework for the Development of Healthcare Provider Education Programs on Human Trafficking Part One: Experts. *Journal of Human Trafficking*, 6(4), 388-409. <https://doi.org/10.1080/23322705.2019.1584724>

- Timoshkina, N. (2020). Health and Social Service-Based Human Trafficking Response Models. Em J. Winterdyk, & J. Jone, *The Palgrave International Handbook of Human Trafficking*. Springer International Publishing, 673-706.
- Todres, J., & Diaz, A. (2020). COVID-19 and Human Trafficking—the Amplified Impact on Vulnerable Populations. *JAMA pediatrics*.  
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.3610>
- United Nations. (2000). Annex II: Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime. Em U. Nations, *United Nations Convention against Transnational Organized Crime and the Protocols Thereto*.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). *Combating Trafficking in Persons: A handbook for Parliamentarians*. Inter-Parliamentary Union.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *The concept of 'exploitation' in the Trafficking in Persons Protocol*.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *Global Report on Trafficking in Persons 2020*. United Nations publication.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (s.d.). *Human Trafficking*. United Nations Office on Drugs and Crime: <https://www.unodc.org/unodc/en/human-trafficking/what-is-human-trafficking.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (s.d.). *UNODC on trafficking in persons and smuggling of migrants*. United Nations Office on Drugs and Crime: <https://www.unodc.org/unodc/en/human-trafficking/>
- University of Tartu. (2019). *SeRV project in short*. University of Tartu: <https://serv.ut.ee/services-and-rights-victims-crime>
- World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization. *Fifty-first World Health Assembly*. Basic Documents .
- Zimmerman, C., & Borland, R. (2009). *Caring for Trafficked Persons: Guidance for health providers*. The International Organization for Migration.
- Zimmerman, C., Hossain, M., Yun, K., Roche, B., Morison, L., & Watts, C. (2006). *Stolen smiles: a summary report on the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe*. London School of Hygiene and Tropical Medicine .

Zimmerman, C., Yun, K., Shvab, I., Watts, C., Trappolin, L., Treppete, M., & Albrecht, M. (2003). The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents: findings from a European study. *London School of Hygiene & Tropical Medicine*.

## **Anexos**

## **Anexo A – Consentimento informado**

# **Projeto SeRV – Services and Rights for Victims of Crime**

(SeRV - JUST-AG-2018/JUST-JACC-AG-2018)

## **CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **[Entrevistas com profissionais/técnicos de apoio à vítima]**

O presente comunicado tem como objetivo convidá-lx a participar num projeto de investigação científica, financiado pelo Programa de Justiça da União Europeia (SeRV - JUST-AG-2018/JUST-JACC-AG-2018, intitulado “SeRV – Services and Rights for Victims of Crime”).

O projeto está a decorrer em seis países da União Europeia, entre os quais Itália, Espanha, Roménia, Alemanha, Estónia e Portugal. Em Portugal, a investigação será realizada por investigadoras da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional do Porto, e tem como principal parceiro nacional a CIG – Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Antes de decidir se pretende participar no estudo, é importante que perceba por que razão esta pesquisa está a ser realizada e quais os procedimentos que envolverá. Por favor, leia cuidadosamente as seguintes informações.

### **Objetivo do projeto**

Os principais objetivos do projeto visam compreender o funcionamento dos serviços de apoio às vítimas de crime, quais os principais problemas/constrangimentos encontrados e que medidas devem ser tomadas em cada país, e a nível internacional, de forma a melhorar a situação das vítimas. Por outro lado, o projeto visa também melhorar a prestação dos serviços e contribuir para o desenvolvimento de um modelo de boas práticas entre os profissionais e organizações de apoio. De modo particular, este projeto pretende dar voz às vítimas de crime e aos seus direitos, ouvir o seu testemunho e, com base nas suas experiências, sugerir recomendações para uma melhor assistência e para a proteção dos seus direitos.

Para isso, em cada país serão realizadas entrevistas com vítimas de crime e com profissionais que prestem apoio e/ou que contactem com vítimas.

**Gostaríamos de pedir a sua colaboração para a participação no nosso estudo**, envolvendo a partilha das suas experiências, enquanto profissional, para que juntos possamos contribuir para a melhoria da situação e assistência às vítimas no futuro.

Deste modo, gostaríamos que tivesse em **atenção as seguintes indicações**:

- A sua participação neste projeto é **voluntária**. Cabe a si decidir se pretende ou não participar nesta entrevista, tendo o direito de desistir a qualquer momento, sem quaisquer consequências.
- A entrevista terá, aproximadamente, uma duração de 60 a 90 minutos. Se assim o permitir, **o áudio da entrevista será gravado**, para garantir que os investigadores não perderão nenhuma informação importante e para garantir um maior rigor no tratamento e análise dos dados.
- Posteriormente, a entrevista será transcrita, e os áudios e registos da mesma serão guardados por um período estimado de 48 meses a partir dessa data. As informações serão mantidas em segurança, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados e com a legislação nacional em vigor. Após este período, a informação será destruída.
- Caso considere necessário poderá também contactar o departamento responsável pela Proteção de Dados da Universidade Católica Portuguesa (DPO – Data Protection Officer):

Dra. Frederica Campos de Carvalho Contacto telefónico: +351 217214179 E-mail: <a href="mailto:compliance.rgpd@ucp.pt">compliance.rgpd@ucp.pt</a>
--

- A entrevista será usada apenas pela equipa de investigação da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional do Porto, para análise e tratamento dos dados. Apenas os investigadores envolvidos no projeto SeRV terão acesso aos dados dos participantes e conteúdo das entrevistas.
- **Garantimos a sua privacidade e anonimato no estudo**. As suas **respostas** a esta entrevista são **confidenciais**, e **preservaremos o seu anonimato** através de medidas como:
  - Atribuição de nomes ou números de código às entrevistas dos participantes; esses números/nomes serão utilizados em todos os documentos e notas do projeto;

- Exclusão dos nomes (ou de outros elementos de identificação dos participantes) dos relatórios escritos e de outras informações tornadas públicas, ou compartilhadas com outros no âmbito de atividades do projeto;
  - Manteremos também todas as transcrições das entrevistas, anotações e qualquer outra informação sobre os participantes num arquivo fechado, apenas na posse das investigadoras do projeto;
- Os resultados da análise dos dados serão publicados de forma generalizada, não sendo possível distinguir as suas respostas à entrevista.
  - Com base na análise das entrevistas realizadas nos 6 países parceiros do projeto, será publicado um livrete intitulado: “*As Vozes das Vítimas*”, que estará disponível em formato físico, através da sua impressão, e em formato online, em PDF, no site do projeto. Também será publicado o Manual da União Europeia sobre Modelos em Transição, comparando diferentes modelos de apoio às vítimas e identificando boas práticas de intervenção.

Este projeto é financiado pelo Programa de Justiça da União Europeia (2014-2020). Para mais informações sobre o projeto, por favor, visite o nosso website: [www.serv.ut.ee](http://www.serv.ut.ee).

Se surgir alguma dúvida, ou necessitar de esclarecimentos adicionais, também poderá contactar os investigadores principais da equipa portuguesa, através dos seguintes contactos:

Nome: Catarina Ribeiro E-mail: <a href="mailto:cribeiro@porto.ucp.pt">cribeiro@porto.ucp.pt</a> Contacto: 22 619 62 00 Ext. 151	Nome: Mariana Barbosa E-mail: <a href="mailto:mbarbosa@porto.ucp.pt">mbarbosa@porto.ucp.pt</a> Contacto: 22 619 62 00 Ext. 151	Nome: Raquel Matos E-mail: <a href="mailto:rmatos@porto.ucp.pt">rmatos@porto.ucp.pt</a> Contacto: 226196200 Ext. 173	Nome: Mafalda Santos E-mail: <a href="mailto:mgsantos@porto.ucp.pt">mgsantos@porto.ucp.pt</a> Contacto: 22 619 62 00 Ext. 172
---	--	--	---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo, concordo com a gravação áudio da entrevista, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelas investigadoras.

**O Investigador**

Nome: Mafalda Gomes Santos

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local: Porto, Portugal

Assinatura: \_\_\_\_\_

**O Participante**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Anexo B – Ficha de dados sociodemográficos sobre os profissionais e as respectivas organizações**

**Projeto SeRV – Services and Rights for Victims of Crime**

(SeRV - JUST-AG-2018/JUST-JACC-AG-2018)

**Ficha de dados sociodemográficos sobre os profissionais e as respectivas organizações**

**Código da Entrevista #:**

**Entrevista aos Profissionais/Técnicos de Apoio à Vítima**

Sobre a Organização	
Nome da Organização à qual pertence:	
Ano de criação:	
<p><b>Tipo de Organização</b></p> <p><input type="checkbox"/> Agência de Justiça Criminal</p> <p><input type="checkbox"/> Prestação de Serviços Públicos</p> <p><input type="checkbox"/> Prestação de Serviços Privados</p> <p><input type="checkbox"/> ONG (Organização Não Governamental)</p> <p><input type="checkbox"/> Organização de Voluntários</p> <p>Outra: _____</p> <p>Nacional <input type="checkbox"/></p> <p>Regional <input type="checkbox"/></p> <p>Local/Delegação: _____</p> <p>Quantas pessoas trabalham, atualmente, na organização (estimativa): _____</p> <p><b>Tipo de financiamento da Organização</b></p> <p><input type="checkbox"/> Financiamento Público</p> <p><input type="checkbox"/> Financiamento Privado</p> <p><input type="checkbox"/> Financiamento Europeu</p> <p><input type="checkbox"/> Outro tipo de financiamento: _____</p>	<p><b>Serviços prestados (assinalar todos os que se aplicarem)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Serviços de Apoio à Vítima</p> <p><input type="checkbox"/> Justiça Restaurativa</p> <p><input type="checkbox"/> Serviços de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Serviços de Saúde Mental</p> <p><input type="checkbox"/> Serviços de atuação sobre o Trauma</p> <p><input type="checkbox"/> Justiça Criminal</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Polícia</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Tribunais</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Promotor de Justiça</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Outros _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outro _____</p>

**Professional Entrevistado**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_ Feminino  
\_\_\_ Masculino

Anos de trabalho na  
organização: \_\_\_\_\_

Anos de trabalho com vítimas: \_\_\_\_\_

Formação académica de base: \_\_\_\_\_

Papel/cargo que desempenha na organização: \_\_\_\_\_

Interessado/a em participar noutras atividades do projeto: \_\_\_ SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Notas: (se aplicável)

## **Anexo C – Guião de entrevista dos profissionais/técnicos de apoio à vítima**

### **Guião de entrevista dos profissionais/técnicos de apoio à vítima**

*Apesar de todas as questões serem relevantes para todos os profissionais, algumas questões mais específicas podem variar de acordo com os diferentes profissionais. Em alguns casos será necessário adaptar as questões e verificar se fazem sentido ser colocadas no decorrer da entrevista.*

#### **Apresentação**

*Breve apresentação do entrevistador, apresentação do projeto (entregar panfleto). Leitura das regras e condições de participação, e assinatura do consentimento informado.*

**Parte I: Dados sociodemográficos sobre a organização e o entrevistado** (a recolher através da ficha de dados – enviar por email com antecedência para o participante entregar na entrevista)

#### **Parte II: Tipo de oferta/serviços da organização (para conhecer a organização)**

1. Quais os serviços existentes na vossa organização, e que tipo de serviços são fornecidos junto das vítimas de crime? (de tráfico, neste caso)
2. Com que tipo de vítimas mais contactam? (tipos de crime, género, idades, etc.)
3. Como é que as vítimas chegam até à vossa organização?
4. Que tipo meios e estratégias utilizam para intervir junto das vítimas? (e.g. atendimento presencial, online, via linha telefónica, etc.)

#### **Parte III: Conhecimento das vítimas sobre direitos e serviços**

5. No contacto estabelecido com as vítimas, como sente o seu nível de conhecimento em relação aos seus direitos e serviços disponíveis?
6. Que tipo de estratégias utilizam para tentar garantir uma melhor compreensão das vítimas acerca dos seus direitos?
7. De que forma promovem o envolvimento das vítimas nos serviços de apoio que são prestados? (e.g. *vítimas participarem na tomada de decisão sobre a intervenção, etc.*)
8. Existe algum mecanismo/prática de acompanhamento dos casos após o término da vossa intervenção com as vítimas? De que forma é operacionalizado?

#### **Parte IV: Cooperação com outras entidades e serviços**

9. Com que tipo de organizações costumam cooperar?
10. Esta cooperação entre entidades é algo que está formalizado e protocolado, ou acontece de forma mais informal e intuitiva?
11. Existe algum tipo de organização com quem não cooperem e que seria importante passar a cooperar?
12. Na eventualidade de existir a necessidade de encaminhamento de uma vítima para outro tipo de serviços, de que forma é processado esse encaminhamento?
13. Com que tipo de constrangimentos se costumam deparar perante situações de encaminhamento ou articulação com outras instituições e profissionais?
  - a. Existe algum tipo de constrangimento, relativo à proteção de dados das vítimas, na sequência dos encaminhamentos de vítimas para outros serviços? Se sim, quais?

#### **Parte V: Formação e Supervisão**

14. A sua organização costuma promover/oferecer formação aos seus profissionais?
15. Considera ter necessidades de formação, com implicações na sua prática profissional?
  - a. Se sim, em que áreas?
16. Na sua organização, é promovida alguma iniciativa de acompanhamento/monitorização das vossas intervenções (e.g. reuniões equipa, discussão de problemáticas e soluções, supervisão, intervisão, etc.)?

#### **Parte VI: Sistema de Proteção e sugestões de melhoria**

17. Na sua opinião, o quão efetivo é o sistema de proteção e de apoio às vítimas de tráfico no nosso país? (intervenção, indemnizações, processos judiciais, etc.)
  - a. Identifique o que considera que funciona de forma eficiente.
  - b. Identifique o que considera que precisa de ser melhorado.
18. Na sua perspetiva, existe necessidade de se realizarem alterações à legislação no que toca à intervenção com vítimas de tráfico de seres humanos?
19. Considera que os serviços de apoio a vítimas de tráfico, bem como todas as iniciativas e ações de sensibilização sobre o tema, estão bem distribuídas por todas as regiões do país? Existe alguma região onde haja esta lacuna de serviços?

- a. Existe algum tipo de serviço de apoio que esteja em falta, em Portugal? Se sim, qual?

20. Tem alguma sugestão de melhoria dos serviços e do sistema que gostaria de fazer?

**Notas para o entrevistador:**

Deve existir flexibilidade no questionamento aos participantes, considerando o grau de expertise dos mesmos. A discussão gerada durante a entrevista deve abordar os seguintes tópicos:

- a) Perfil dos profissionais/técnicos de apoio às vítimas;
- b) Que tipo de grupos-alvo de vítimas as organizações abrangem – e em que zonas existem;
- c) Sustentabilidade das organizações que prestam apoio às vítimas (tendo em conta condições de financiamento, perspetivas futuras e dimensões da organização);
- d) De que forma é que as organizações chegam até às vítimas;
- e) Como são garantidos e protegidos os direitos das vítimas durante os processos criminais e para além desses;
- f) Trajetória das vítimas no processo de intervenção;
- g) Como é constituída a rede de parcerias (*networking*) das organizações;
- h) Pontos fortes dos serviços de apoio, principais barreiras, principais necessidades das vítimas e respostas a essas necessidades;
- i) Acompanhamento dos casos, depois de terminarem e/ou de transitarem para outras entidades;
- j) Nível de eficácia do sistema de apoio e da rede de parcerias;
- k) Forças e fraquezas do sistema de proteção, principais lacunas identificadas e áreas de atuação descobertas para o futuro.

## Anexo D – Sistema Geral de Categorias

### 1. Apoio às vítimas no Sistema de Saúde (1ª Geração de Categorias)

Categoria que diz respeito aos serviços de saúde que estão disponíveis a nível nacional para apoiar as vítimas, incluindo a descrição dos vários níveis de serviços, a evolução do apoio prestado pelos serviços de saúde às vítimas, as equipas disponíveis, a proteção dos dados das vítimas no SNS e, ainda, o impacto da pandemia de COVID-19 no TSH.

2ª Geração de Categorias	3ª Geração de Categorias	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
A. <b>Serviços de saúde disponíveis para as vítimas</b>  Identificação dos vários níveis de cuidados de saúde disponíveis para as vítimas de TSH.  Perspetiva dos profissionais face à relação das vítimas com o sistema de saúde	A.1. Cuidados hospitalares	“(…) <i>uma consulta de especialidade nós entramos em contacto com essa pessoa do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.</i> ” (EP4)	4	9
	A.2. Cuidados em Unidade de Saúde Primária	“(…) <i>saúde materna está vocacionada para a preparação para o parto. O que desenvolve lá é a preparação para o parto e estão comigo na recuperação pós-parto.</i> ” (EP11)  “ <i>equipas multidisciplinares, portanto, com nutricionistas, sociólogos, psicólogos e penso terapia da fala, mas a grande maioria da equipa são enfermeiras especialistas em várias áreas de especialidade como já referi.</i> ” (EP12)	6	40
	A.3. Cuidados por entidades sociais	“ <i>nós falamos muito em equipas multidisciplinares e quando falamos, falamos muito na parte social, na parte da educação, na parte da psicologia, mas depois percebemos</i> ”	8	16

	<i>que também a nível da criminologia também era importante termos alguém, a nível do direito era fundamental termos alguém na equipa ou a nível da mediação cultural.” (EP4)</i>		
A.4. Linhas de apoio	<i>“Em todos os materiais que nós fazemos, que nós produzimos de informação são sempre divulgadas as linhas de apoio, ou seja, é uma estratégia que consideramos que pode ser também útil, se confrontamos as pessoas com esta informação, terem logo o acesso às linhas de apoio e aos serviços que existem para denúncias.” (EP4)</i>	2	2
A.5. Relação das vítimas com o sistema de saúde	<i>“(…) pessoas às vezes têm já aquela capa de vítima e acabam por não se sentir bem nas instituições principalmente de saúde mas é até por elas (…)” (EP11)</i> <i>“(…) porque muitas das vezes a aceitação má da saúde é dos próprios utentes porque eles já se sentem tão fragilizados e, qualquer coisa que se diga, é para eles é agressivo (…)” (EP11)</i>	5	15
B.1. Evolução Positiva	<i>“(…) as coisas vão alterando devagar, mas vão alterando, (…)” (EP13)</i>  <i>“(…) nível da saúde também aos poucos e poucos vai funcionando.” (EP4)</i>	6	6

<b>B. Evolução do sistema de saúde no apoio à vítima</b>	B.2. Reconhecimento da existência de necessidades	<p><i>“Eu acho que ainda estamos a meio caminho, podemos fazer muito mais.” (EP12)</i></p> <p><i>“(…) ainda há muita coisa a fazer e que é necessário.” (EP2)</i></p>	2	3
Perspetiva dos profissionais acerca da evolução do apoio prestado às vítimas no sistema de saúde.	B.3. Desvalorização da vítima	<p><i>“E depois também acho que as entidades também não credibilizam muito a vítima.” (EP14)</i></p> <p><i>“(…) haver espaço para melhorar, no sentido principalmente daquilo que é o papel da vítima porque a vítima é muitas vezes olhada como fator quase que externo à situação, ou seja, analisa-se a situação, analisa-se o fenómeno, analisa-se o infrator, (...)” (SEF)</i></p> <p><i>“Infelizmente, principalmente na saúde, há muitas das vezes uma necessidade, os profissionais fazem juízos de valor e acabam até por pôr muitas das vezes esses tais juízos de valor e acabam por magoar alguns utentes com, pronto, com esses juízos de valor.” (EP11)</i></p>	2	4

C. <b>Equipa para a Prevenção de Violência em Adultos (EPVA)</b>	Identificação das funcionalidades e mais-valias da EPVA	C.1. Criação e mais-valias	<i>“EPVA, esse grupo, estas equipas foram constituídas penso que há dois anos no ACES Porto Ocidental, penso que foram para aí dois anos.” (EP12)</i>	3	5
			<i>“(…) criação deste grupo do EPVA que também acho que foi muito bom, não estar na mão só do médico da Saúde Pública fazer esta interligação ou este acompanhamento ser uma equipa multidisciplinar a seguir o caso (…)” (EP12)</i>		
		C.2. Articulação com profissionais de saúde	<i>“(…) nós ao nível da consultoria aos profissionais nós recebemos e damos conhecimento da situação daquele caso e pedimos que colaborem e vamos, digamos que, orientando/sugerindo (…)” (EP13)</i>	3	4
	C.3. Reuniões de discussão de casos	<i>“mas não há discussão aberta porque os cuidados também ainda não estão sensíveis.” (EP13)</i>	4	13	
		<i>“(…) mais discussão de casos para perceber o que é que, ok você essa situação, o que é que se fez e o que é que se poderia ter feito.” (EP12)</i>			
		<i>“(…) mas depois dizem não temos tempo para tantas reuniões, (…)” (EP13)</i>			

<p><b>D. Proteção dos dados da Vítima</b></p> <p>Identificação dos constrangimentos e necessidades associados à proteção de dados das vítimas e da importância dada pelos profissionais ao sigilo e confidencialidade</p>	<p>D.1. Constrangimentos do sistema informático</p>	<p><i>“(…) a reportar cada situação, mas na verdade é que a maioria das vezes são coisas que funcionam com sistemas eletrónicos, ninguém arranja maneira de solucionar, os anos vão-se acumulando e é um desgaste imenso.” (EP3)</i></p> <p><i>“(…) eu desde a abertura até 2016, eu disse que eu quando fosse ao hospital tinha que haver uma confidencialidade em relação ao registo dos utentes, até hoje estão me a dizer que é um problema no sistema informático que nunca foi resolvido, e portanto há limites (...)” (EP3)</i></p> <p><i>“O sistema de inscrição no sistema nacional de saúde já vai desde 2014, eu sinalizo desde 2014, mas colegas minhas dos centros de acolhimento de 2008 também já tinham sinalizado porque é óbvio que têm esses problemas, portanto, são questões que se arrastam não sei quanto tempo e não têm resolução, nós não vemos resolução à vista, sinalizamos mas depois vai para lá e pronto e vai para os sítios mas não há resposta para nós, não temos resposta nenhuma e fica assim.” (EP3)</i></p>	<p>4</p> <p>9</p>
---	---	---	-------------------

	D.2. Necessidade de mecanismo de proteção de dados nacional	<p>“(…) se houvesse se calhar um mecanismo, algumas diretrizes a nível nacional que fizesse com que este procedimento pudesse ser transversal se calhar poderia colmatar aqui algumas lacunas não é.” (EP4)</p> <p>“Quando nós começamos a estabelecer este contacto com a administração dos hospitais de Coimbra fizemos mesmo essa proposta de que sempre que fosse necessário fazer um encaminhamento nós dávamos o nome da pessoa de maneira a que eles atribuissem então um código.” (EP4)</p>	3	8
	D.3. Importância do sigilo e confidencialidade	<p>“A questão da confidencialidade, da identidade das pessoas vítimas de tráfico que recorrem aos serviços de saúde tem sido também uma das questões onde nós temos encontrado algumas resistências” (EP2)</p>	3	6
<b>E. Impacto da Pandemia de COVID-19</b>	E.1. Impacto nos serviços de saúde	<p>“Claro que agora durante este período de confinamento e a fase que estamos a passar houve a redução do número de consultas e isso acabou por ser transversal.” (EP4)</p>	4	6
	E.2. Impacto na relação entre profissionais de saúde e vítimas	<p>“...neste momento é nos mais complicado que temos a nossa... estamos um bocadinho afastados, temos a preparação é online,” (EP14)</p>	4	4

Identificação dos vários níveis de impacto que a pandemia de COVID-19 teve no fenómeno de TSH.		<i>“A distância corta aqui, há uma barreira, portanto, nós não conseguimos perceber o outro lado (...)” (EP14)</i>		
	E.3. Impacto no TSH	<i>“(...) mas efetivamente desde que isto da pandemia começou, portanto ainda com o 2020, não tenho registo, o que é muito estranho, (...)” (EP12)</i>	4	4
		<i>“(...) também para as outras que já estão lá e que precisam de ser protegidas também, com esta nova entrada. Então agora, com o COVID...” (EP3)</i>		

## 2. Articulação e cooperação entre entidades (1ª Geração de Categorias)

Categoria que diz respeito à capacidade de articulação e de cooperação entre entidades de apoio à vítima e os serviços de saúde, mas também de articulação interna entre as equipas que constituem os diversos serviços de saúde.

2ª Geração de Categorias	3ª Geração de Categorias	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
A. Potencialidades	A.1. Trabalho em rede	<i>“Esta coisa da rede nacional, da existência da rede nacional, das redes regionais que tiveram que surgir mais tarde com os projetos da APF e etc... é verdade que foi criando um trabalho em rede importante e que é mais do que ter aquela coisa no papel do trabalho em rede (...)” (EP3)</i>	5	6

<p>Identificação das potencialidades na articulação entre os serviços de saúde com outras entidades de apoio à vítima</p>	<p>A.2. Parcerias formais</p>	<p><i>“Quanto aos serviços de saúde temos alguns serviços de saúde com quem temos relações criadas, algumas protocoladas do ponto de vista formal, outras completamente informal, e as relações têm sido criadas ao longo dos anos, que funcionam lindamente e que têm sido imprescindíveis naquilo que tem sido o apoio às vítimas.”</i> (EP2)</p> <p><i>“Ora, nós também no âmbito da nossa intervenção temos parceiros essenciais sem o qual não conseguimos intervir, são os órgãos da polícia criminal – os OPC’s - os técnicos da Segurança Social, os técnicos da saúde, do Serviço Nacional de Saúde através da ARS.”</i> (EP7)</p>	<p>7</p>	<p>12</p>
	<p>A.3. Parcerias informais</p>	<p><i>“(…) outros informais que facilmente nós conseguimos entrar em contacto com as pessoas e fazer com que a informação circule.”</i> (EP4)</p>	<p>4</p>	<p>4</p>
	<p>A.4. Articulação com entidades de apoio à vítima e da comunidade</p>	<p><i>“Estas instituições de que eu falo com a Sra. Doutora, e com quem nós articulamos mais dentro da comunidade, passam mais por instituições de solidariedade social.”</i> (EP11)</p>	<p>8</p>	<p>19</p>

		<i>“(…) nós articulamos com organizações da comunidade, portanto, nós temos associações que são muito ligadas aqui à área de Aldoar e Ramalde (…)” (EP12)</i>		
	A.5. Ponte entre serviços de saúde primária e outras entidades	<i>“(…) ou o que for e fazemos grande parte das vezes a ponte com estas instituições.” (EP11)</i>	2	2
		<i>“(…) fazer a ponte entre nós, portanto entre elas e o hospital se houver alguma necessidade, alguma incompreensão, algumas consultas que falta, portanto tentamos fazer sempre esta colaboração também com o hospital.” (EP12)</i>		
	A.6. Melhoria da colaboração entre entidades	<i>“(…) que tem vindo a ser trilhado com processos de melhoria.” (EP2)</i>	2	4
		<i>“Portanto sim, a saúde é sem dúvida uma área de intervenção primordial, nós já temos várias ligações à saúde, no entanto, ainda há muita coisa a fazer e que é necessário.” (EP2)</i>		
<b>B. Fragilidades</b>	B.1. Demora na resposta do sistema de saúde	<i>“(…) a inscrição e a obtenção dos números do sistema nacional de saúde também são processos que por vezes demoram e têm muitas... muitos obstáculos para a sua concretização (…)” (EP9)</i>	2	4

<p>Identificação das fragilidades associadas à articulação dos serviços de saúde com outras entidades de apoio à vítima</p>	<p>B.2. Dificuldades na articulação com entidades externa ao sistema de saúde</p>	<p><i>“(…) identificar algumas questões que ainda hoje são alguns constrangimentos e que são algumas das dificuldades que nós lidamos no dia-a-dia.” (EP2)</i></p> <p><i>“Depois também tivemos durante muito tempo e às vezes um bocadinho mais restritas com profissionais e que trabalham na área da saúde, não estou propriamente a falar de médicos, não estou a falar, por exemplo assistentes sociais, dos hospitais, dos centros de saúde.” (EP5)</i></p>	<p>5</p>	<p>9</p>
	<p>B.3. Dificuldades na inscrição das vítimas no sistema de saúde</p>	<p><i>“(…) até porque há aqui uma situação, que é, a maior parte destas crianças vem sem documentação e é muito difícil fazer um registo do centro de saúde e é muito mais fácil para nós entrar pelo serviço de urgência do hospital porque não preciso de dar dados, não preciso dar o número de contribuinte, o número de identificação, o cartão de cidadão ou passaporte e muitas vezes nós deparamo-nos com este problema de, como não têm documentos, não têm os documentos, é difícil.” (EP3)</i></p> <p><i>“(…)nós às vezes temos muita dificuldade em fazer uma inscrição, por exemplo, de uma pessoa que esteja irregular numa consulta, por exemplo, de um centro de saúde, ou de um hospital.” (EP10)</i></p>	<p>4</p>	<p>4</p>

B.4. Necessidade de estabelecer mais parcerias formais e informais	<p>“Talvez ao nível das parcerias, ainda não tem sido um tema muito abordado.” (EP12)</p> <p>“(…) se haveria necessidade de fazer alguma articulação, faz-se com essas instituições sem protocolo de uma maneira, se calhar, mais, não digo leviana, mas não tão formal como é com as outras instituições.” (EP11)</p>	2	3
--	--	---	---

### 3. Formação e sensibilização de profissionais de saúde (1ª Geração de Categorias)

Categoria que diz respeito à existência e qualidade das sessões de formação e de sensibilização disponíveis para os profissionais de saúde, apresentando as suas potencialidades e as suas fragilidades.

2ª Geração de Categorias	3ª Geração de Categorias	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
A. Potencialidades	A.1 Aumento da formação de profissionais de saúde	<p>“(…) notamos que até mesmo a nível das ações de formação ou ações de sensibilização já tem havido uma maior recetividade em participar nestas ações por parte dos profissionais de saúde e que antigamente não acontecia (...)” (EP4)</p> <p>“(…) vejo que tem havido essa preocupação em fazer essa formação na área, (...)” (EP12)</p>		

Identificação dos pontos fortes relativamente à formação e sensibilização dos profissionais de saúde	A.2. Aumento da sensibilização de profissionais de saúde	<i>“(…) notamos que até mesmo a nível das ações de formação ou ações de sensibilização já tem havido uma maior receptividade em participar nestas ações por parte dos profissionais de saúde e que antigamente não acontecia (…)” (EP4)</i>	2	2
		<i>“Faz-se e as pessoas vão ganhando alguma sensibilidade, (…)” (EP13)</i>		
	A.3. Formação interna	<i>“Eu acho que a formação interna que tem sido feita que para a abordagem que nós temos, não é, que é suficiente.” (EP14)</i>	4	8
	A.4. Formação externa	<i>“há pouco tempo fizemos uma formação que era para profissionais de saúde e tinham necessidades muito específicas que era, o que fazer em atendimento se eu tiver alguma suspeita de tráfico de seres humanos, o que perguntar, o que não perguntar, ou seja, esta ação de sensibilização acabou por não ser tanto a conceptualização sobre o que é que é o tráfico quais é que são os indícios, mas um bocadinho mais prático virado para aquilo que são as necessidades específicas destes profissionais, que</i>	2	3

		<i>estavam a sentir naquela unidade de saúde que lidam com muita população migrante.”( EP9)</i>		
<b>B. Fragilidades</b>	B.1. Necessidade de Sensibilização de profissionais de saúde	<i>“(…) ainda falta um bocadinho da parte da saúde estar mais alerta para estas questões de..., não só do tráfico mas destas questões de proteção à vítima e como podem facilitar aqui processos (...)” (EP10)</i>	5	10
Identificação das fragilidades associadas à formação e sensibilização dos profissionais de saúde	B.2. Necessidade de Formação Geral de profissionais de saúde	<i>“enfim, há sempre necessidade da aprofundarmos mais, de conhecermos mais, isto nunca é suficiente, ninguém fica preparado só porque faz um curso de 2 meses... quer dizer... nesta área, (...)” (EP13)</i>  <i>“(…) continuamos a sentir como uma necessidade que haja uma maior formação dos profissionais de saúde de várias áreas para as questões intrínsecas ao tráfico, para as questões do perfil destas vítimas, daquilo que é efetivamente o que compõe uma situação de tráfico e para as suas características específicas, porque muitas vezes são confundidas com outras tipologias de crime, de vítimas... e não, elas têm as suas especificidades, esta tem como outras terão.” (EP2)</i>	2	3

	B.3. Necessidade de Formação Específica de profissionais de saúde	“(…) podia é haver mais formação mais específica ainda portanto, dentro da violência na gravidez, que é isso que nós não temos tido.” (EP12)	3	5
		“O que é que lhe posso dizer que pode faltar...se calhar mais formação específica, (...)” (EP12)		
C. <b>Propostas de melhoria</b> Identificação de propostas de melhoria por parte dos profissionais relativamente à formação dos profissionais de saúde	C.1. Parceria com Entidades de Ensino superior	“Eu acho importante, por exemplo, as próprias faculdades proporem – não sei se é possível, mas acho que sim – dar formação aos profissionais das instituições de saúde, por exemplo, fazerem protocolos, fazerem acordos, acho importantíssimo, sobre determinadas áreas.” (EP13)	1	1
	C.2. Parceria com CIG	“Se calhar se chamarmos a Comissão para a Igualdade de Género é diferente de estar eu a falar, ainda que o meu colega da Comissão pronto, vá dizer muito mais ou não, mas não interessa, pronto, é diferente.” (EP13)	1	1

#### 4. Conhecimento das vítimas sobre os seus direitos (1ª Geração de Categorias)

Categoria que diz respeito ao nível de conhecimento das vítimas sobre os seus direitos e sobre o autorreconhecimento do papel de vítima, assim como, o reconhecimento da presença de um crime por parte das mesmas.

2ª Geração de Categorias	3ª Geração de Categorias	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
--------------------------	--------------------------	-------------------	------------------	-------------------

<b>A. Conhecimento dos Direitos</b>  Identificação do nível de conhecimento das vítimas acerca dos seus direitos e dos serviços disponíveis.	A.1. Falta de conhecimento das vítimas sobre os seus direitos	<i>“Numa escala de 0 a 100, 10%. As pessoas nem se acham dignas, muitas vezes, de terem direitos, porque acham que concordaram com a situação, não é? E muitas vezes nos seus direitos, não percebem a situação em que estão e estão completamente aliadas do que é este fenómeno e do que é que podem fazer.” (EP5)</i>  <i>“(…) não tenho ideia de todas estas situações, de ter visto pessoas que fossem conhecedores dos seus direitos, ou até mesmo conhecedoras da dinâmica das unidades de saúde familiares no todo.” (EP11)</i>	7	10
	A.2. Esforço na divulgação de informação	<i>“(…) também cada vez há mais divulgação também, não é, pronto, de onde podem recorrer.” (EP13)</i>	2	3
	A.3. Falta de conhecimento sobre serviços disponíveis	<i>“(…) não é, não são pessoas dotadas muitas das vezes de conhecimentos e principalmente a nível da saúde.” (EP11)</i>  <i>“Normalmente são pessoas também já fragilizadas, com contextos sociais desfavorecidos e, sim, sem provavelmente saberem os recursos que a saúde poderá lhes dar.” (EP11)</i>	2	2

<p><b>B. Reconhecimento do papel de vítima</b></p>	<p>B.1 Falta de reconhecimento do papel de vítima</p>	<p><i>“(…) quando falamos de tráfico, estas pessoas muitas das vezes nem se percebem enquanto vítimas. Portanto, as pessoas não se percebem enquanto pessoas que estejam a necessitar de direitos específicos de vítimas.” (EP9)</i></p>	<p>5</p>	<p>7</p>
<p>Identificação do nível de reconhecimento do papel de vítima e da presença de um crime por parte das mesmas</p>	<p>B.2.Falta de reconhecimento da existência do crime de TSH</p>	<p><i>“(…) a maior parte destas pessoas não se reconhece como vítimas de tráfico, como vítimas de um crime sequer.” (EP10)</i></p> <hr/> <p><i>“Sabem que alguma coisa não está bem, que estão em grande sofrimento, que estão oprimidas, que não podem exprimir de forma natural ao ser abordadas, mas não sabem qualificar o fenómeno, não sabem que são vítimas de tráfico de seres humanos.” (EP7)</i></p>	<p>5</p>	<p>8</p>