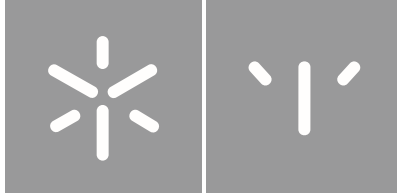




Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Sara Raquel Martins de Figueiredo

**Tráfico de Pessoas: Perceção dos
Profissionais de Saúde**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Sara Raquel Martins de Figueiredo

Tráfico de Pessoas: Perceção dos Profissionais de saúde

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Marlene Matos e
da
Doutora Mariana Gonçalves

Junho de 2019

Direitos de autor e condições de utilização do trabalho por terceiros

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença [abaixo](#) indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

Ao finalizar mais uma etapa, gostaria de agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que tudo isto fosse possível.

À Professora Marlene Matos gostaria de agradecer pela orientação e persistência no desenvolvimento deste trabalho.

À Doutora Mariana Gonçalves muito, muito obrigada!! Agradeço o carinho, o enorme apoio e a grande partilha de conhecimentos durante estes últimos anos. Sem dúvida que a levo no meu coração.

À minha equipa de investigação, muito obrigada! Agradeço todas as ideias que me foram dando e que contribuíram em muito para que esta investigação se possível.

Aos meus pais agradeço todo o apoio que me deram ao longo destes cinco anos. Nem sempre foi fácil, mas conseguimos. Muito obrigado por tudo!

Conseguimos Avô!! Aqui está o que tanto sonhávamos os dois juntos. Obrigado por seres a minha estrelinha da sorte que nunca me deixou desistir.

Ao meu namorado, agradeço o apoio, atenção e paciência. Obrigado por teres acreditado sempre em mim!

Aos meus amigos, obrigada!! Foram incansáveis ao longo destes anos.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os profissionais de saúde que contribuíram nesta investigação e a ajudaram a tornar possível. A vocês o meu muitíssimo obrigada!!

Declaração de Integridade

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho

A handwritten signature in black ink, reading "Sara Raquel Martins Figueiredo", is centered within a light blue rectangular box. The signature is written in a cursive, flowing style.

Resumo

O Tráfico de Pessoas é um fenómeno à escala mundial que provoca nas vítimas grande impacto ao nível social, psicológico e físico. Os profissionais de saúde desempenham um papel importantíssimo na identificação, avaliação e encaminhamento destas vítimas sendo que as percepções que estes possuem influencia diretamente o seu comportamento e, consequentemente, a forma como atuam. Este estudo tem como objetivo analisar e identificar as percepções dos profissionais de saúde relativamente ao Tráfico de Pessoas. Participaram nesta investigação 130 profissionais de saúde, 98 mulheres (75.40%) e 32 homens (24.6 %) com uma média de idades de 39.64 anos. Os resultados mostraram que os profissionais de saúde tinham percepções mais elevadas nos clusters Tráfico Infantil e Características do Ofensor, sendo as suas percepções mais adequadas naqueles que realizaram atendimento prévio a vítimas de TP, que possuíam um nível académico mais elevado e quando tinham algum tipo de contacto com o fenómeno (formal, informal ou ambos). O contacto formal revelou-se um aspeto preponderante na aquisição de percepções mais adequadas relativamente ao fenómeno. Contudo, ainda existem aspetos que podem ser melhorados, um dos quais é a necessidade de que ações de sensibilização e formação para este grupo profissional seja aumentada.

Palavras-Chave: Percepções, Práticas, Profissionais de Saúde, Tráfico de Pessoas.

Abstract

Human trafficking is a world scale phenomenon which greatly impacts its victims at the physical, psychological and social levels. Health professionals play a huge role on identifying, evaluating and accompanying said victims. The perception of health professionals influences the way they behave and consequently the way they accompany these victims. The main goal of this study consists in identifying and analyzing the perception of health professionals towards Human Trafficking. The study consisted of 130 health professionals of which 98 were women (75.40%) and 32 were men (24.6%), with an average of 39.64 years of age. Results showed higher perception from health professionals on Child Traffic and Offender's Characteristics clusters. However, perception showed more adequate in cases where they'd already attended human trafficking victims, in cases of higher academic degree from the professional and when they'd had previous contact with said phenomenon (be it formal, informal or both). The formal contact was a preponderant aspect in the acquisition of more adequate perceptions regarding the phenomenon. Nevertheless, there are still aspects which can be improved, such as the need for an increase in both training and awareness for this group of professionals, towards this matter.

Keywords: Perceptions, Practices, Health Professionals, Human Trafficking

Índice

Direitos de autor e condições de utilização do trabalho por terceiros.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Declaração de Integridade	iv
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Tráfico de Pessoas: Percepção dos Profissionais de Saúde.....	8
Metodologia.....	13
Amostra	13
Instrumento.....	15
Procedimento	16
Análise de Dados.....	17
Resultados	17
Discussão.....	26
Conclusão	29
Referências	31
Anexos	35

Índice das Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.....	13
Tabela 2. Adequação das percepções sobre o TP por itens.....	18
Tabela 3. Diferenças da percepção em clusters: Com/sem experiência profissional no atendimento de vítimas de TP.....	23
Tabela 4. Regressão Linear hierárquica para prever as percepções relativamente ao TP.....	24

Tráfico de Pessoas: Perceção dos Profissionais de Saúde

O Tráfico de Pessoas (TP) tem gerado nos últimos tempos uma grande preocupação na sociedade devido ao número crescente de vítimas identificadas. Muitas vezes comparado à escravatura, uma vez que se manifesta de uma forma bastante semelhante (por exemplo, trabalho forçado sem remuneração). Aliás, a única diferença entre ambos é a forma encoberta como se realiza atualmente o TP (Cunha, Gonçalves, & Matos, 2018; Marques, 2015). Esta prática realiza-se de diversas formas sendo que a exploração sexual, a exploração laboral e a mendicidade são aquelas mais comumente praticadas ao nível global (European Union Agency for Law Enforcement Cooperation [EUROPOL], 2016).

Quando abordamos o fenómeno do TP, referimo-nos a países de origem (país de onde as vítimas são recrutadas), transição (países por onde as vítimas passam até chegarem ao país de destino) e de destino (país para onde as vítimas, juntamente com o traficante se dirigem e onde ocorre a exploração; Couto, 2012). A literatura evidencia que a Roménia, Bulgária, Nigéria e Hungria são os principais países de origem a nível europeu, mas, em contrapartida, como principais países de destino estão a Bélgica, França, Alemanha, Espanha, Grécia, Suíça, Áustria e Reino Unido, isto é, países industrializados e economicamente atrativos (EUROPOL, 2016).

Apesar do TP ser um fenómeno com diversas particularidades, é caracterizado por quatro fases:

- (i) Recrutamento, que diz respeito ao contacto inicial que a vítima tem com o traficante com o intuito de a persuadir e fazer aderir às suas propostas, propostas essas fraudulentas relativas a empregos economicamente e socialmente atrativos (Couto, 2012; Cunha, et al., 2018; Zimmerman, Hossain, & Watts, 2011)
- (ii) Transporte, que tem início com a aceitação da proposta do traficante por parte da vítima e termina quando esta chega ao país de destino (Couto, 2012; Cunha, et al., 2018; Zimmerman, et al., 2011).
- (iii) Exploração, diz respeito ao período em que as vítimas se encontram submetidas a condições de exploração (por exemplo, realização de trabalho forçado sem qualquer tipo de remuneração) e controlo dos movimentos e comportamentos (Couto, 2012; Cunha, et al., 2018; Zimmerman, et al. 2011).
- (iv) Reintegração, definida como o período pós-exploração onde as vítimas são reintegradas numa nova comunidade ou no seu país de origem. São vários os recursos que fornecem ajuda, tais como equipas multidisciplinares especializadas (EM's) ou centros de acolhimento e proteção (CAP) para vítimas de TP (Couto, 2012; Cunha, et al., 2018; Zimmerman et al., 2011).

Devido ao facto desta prática ser realizada de forma encoberta torna-se bastante difícil avaliar a extensão deste problema na sua totalidade. No entanto, alguns relatórios têm vindo a fazer uma descrição deste fenómeno. De acordo com o mais recente Global Report on Trafficking in Persons (2018), esta prática tem vindo a aumentar e a alcançar resultados cada vez mais elevados, sendo que, desde 2013, foram detetadas cerca de 225.000 vítimas em todo o mundo. Maioritariamente, estas vítimas são do sexo feminino, recrutadas para fins de exploração sexual (Donahue, Schwien, & LaVallee, 2019). No entanto, apesar do sexo feminino ser aquele onde prevalece uma maior percentagem de vítimas, este valor tem decrescido ao longo dos anos, começando o número de vítimas do sexo masculino a aumentar na sua percentagem. Estas vítimas são essencialmente descritas como cidadãos da União Europeia (71%), bem como a maioria dos traficantes (70%) (EUROPOL, 2016).

À semelhança dos outros países, esta prática está presente também em Portugal sendo que, de acordo com os dados do Relatório Anual de Segurança Interna [RASI] de 2018, embora Portugal seja simultaneamente um país de origem, transição e destino, é fundamentalmente um país de destino com vítimas oriundas sobretudo da Roménia, Bulgária, Paquistão, Nepal, Índia e Moldávia. Maioritariamente, as vítimas são do sexo masculino, adultos e estrangeiros, recrutadas maioritariamente para fins de exploração laboral. De acordo com o RASI de 2018, os distritos com maior número de vítimas sinalizadas foram Beja (47 vítimas), Lisboa (26 vítimas) e por fim, Faro (11 vítimas), sendo as vítimas particularmente recrutadas para realização de exploração no setor da agricultura.

Este fenómeno começou a ser considerado uma preocupação a nível nacional (Couto, 2012), pelo que se tem vindo a desenvolver diversos esforços ao nível da prevenção e combate a este crime. Duas das estratégias adotadas foram a inclusão do TP como um crime autónomo, em 2007, através da criação do artigo 160º do Código Penal (Cunha, et al., 2018) e a elaboração de Planos Nacionais Contra o Tráfico de Seres Humanos (PNCTSH), de forma a implementar áreas estratégicas de intervenção. Nestes planos tem-se vindo a reforçar a necessidade de atuação articulada das várias entidades, a necessidade e aposta na formação dos profissionais envolvidos assim como a necessidade de aprofundamento das medidas de apoio às vítimas (Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género [CIG], 2019).

O TP provoca nas vítimas impacto ao nível social, psicológico e físico (Couto, 2012; Donahue, et al., 2019). Na literatura são descritas como principais consequências do impacto ao nível social, o isolamento da vítima nas relações para com os outros e o comportamento agressivo nas relações interpessoais (Crawford & Kaufman, 2008; Zimmerman, et al., 2003). Ao nível psicológico encontramos como principais consequências a depressão, os comportamentos de evitamento, as memórias intrusivas

e as reações ou emoções físicas repentinas (Crawford & Kaufman, 2008; Zimmerman, et al., 2003). Por fim, a nível físico, as consequências mais enunciadas são a fadiga persistente, cefaleias, tonturas, dificuldades de memória e de concentração, dor nas costas e problemas reprodutivos (Coppola & Cantwell, 2016; Crawford & Kaufman, 2008; Zimmerman, et al., 2003). Estas consequências, levam à necessidade de procura de apoio nos profissionais de saúde para o seu tratamento daí a sua importância na intervenção e ajuda na resolução destes problemas de forma a restabelecer o bem-estar destas vítimas.

Os profissionais de saúde (por exemplo, médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.) que atuam junto destas vítimas possuem um papel privilegiado na sua identificação e auxílio (Ahn, et al., 2013; Clawson, Dutch, Solomon, & Grace, 2009; Hodge, 2014). Estes profissionais podem ser designados de ajuda de primeira linha, essenciais na identificação, encaminhamento, intervenção e assistência das vítimas (Holland, 2014; Poppema, 2013), uma vez que, de acordo com alguns estudos internacionais, 28% das vítimas de TP tiveram contacto, pelo menos uma vez, com o serviço de saúde quando ainda estavam sob o controlo do traficante (Coppola & Cantwell, 2016; Dovidayts, 2010). Da percentagem de vítimas que acedeu ao serviço de saúde, a sua maioria (96.7%) afirma não ter recebido qualquer tipo de informação e/ou recursos relativamente ao TP por partes destes profissionais (Donahue et al., 2019). A entrada das vítimas no serviço de urgência é uma das poucas oportunidades para entrar em contacto com alguém do exterior sendo, portanto, imperativo e crucial a identificação destas vítimas por parte dos profissionais (Donahue et al., 2019). O não reconhecimento das vítimas leva à perda de oportunidade de aconselhamento e ajuda para poderem deixar o traficante (Recknor, Gemeinhardt & Selwyn, 2017).

De acordo com a informação da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV] (2017), existem alguns sinais que podem ajudar estes profissionais na identificação destas vítimas nomeadamente: a dificuldade que as vítimas apresentam em se expressar na linguagem do país de destino; apresentarem sinais de agressão, privação de comida, água, sono, higiene, abuso sexual; as vítimas não podem de forma livre contactar familiares e amigos, nem socializar com outras pessoas e por fim, a vítima não ter controlo dos seus documentos de identificação, sendo estes controlados de forma obsessiva pelo traficante. É importante que se reconheçam estes sinais de alerta uma vez que quando as vítimas se apresentam aos profissionais de saúde esta é, muitas das vezes, a única oportunidade que têm para poder escapar à situação de tráfico (Becker & Bechtel, 2015; Coppola, & Cantwell, 2016).

São várias as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde no atendimento destas vítimas, sendo apresentadas como principais: a falta de conhecimento sobre o fenómeno, falta de treino adequado, ausência de apoio por parte da instituição onde trabalham, a vítima de TP ser de uma cultura

diferente, dificuldades na comunicação, falta de segurança das vítimas e ausência de coordenação com outros serviços (Clawson, Small, Go, & Myles, 2003).

Estudos realizados nos Estados Unidos e Canadá com profissionais de saúde concluíram que uma grande percentagem dos profissionais relatou falta de conhecimento sobre as perguntas a serem realizadas para identificação de possíveis vítimas, relatou não ter formação suficiente para poderem fornecer ajuda a estas vítimas e afirmou não ter confiança suficiente para realizar um encaminhamento adequado na presença de uma possível vítima (Ross, et al., 2015). Como principal conclusão, verificou-se que os profissionais de saúde não tinham formação nem conhecimento adequado para identificar as vítimas e assim poder responder às suas necessidades (Recknor, et al., 2017; Ross, et al., 2015; Titchen, et al., 2015).

Existem especialidades onde o atendimento destas vítimas é mais frequente, nomeadamente a ginecologia/obstetrícia, o serviço de urgência e pediatria (Chisolm-Straker, et al., 2016; Dovydaitis, 2010). Um estudo de Chisolm-Straker e colaboradores (2016) evidenciou a necessidade de programas de treino nestas especialidades uma vez que o número de vítimas tem vindo aumentar. Estes programas têm-se mostrado cada vez mais eficientes, uma vez que aumentam a consciencialização dos participantes para o fenómeno do TP, mas também porque os profissionais que neles participam, sentem-se mais confiantes na identificação e tratamento das vítimas (Donahue, et al., 2019). De forma a serem bem-sucedidos, estes programas devem conter informação relativa ao encaminhamento das vítimas, opções de suporte, instituições de apoio e informação sobre os requisitos de relatórios para cada local (Hemmings, et al., 2016).

Em Portugal, têm sido realizados esforços para reduzir a incidência do problema, nomeadamente no III PNCTSH (2014-2017). Na segunda área estratégica (Educar, Formar e Qualificar) existe uma medida relativa à necessidade de formação destes profissionais, mais concretamente a medida 27 onde é descrita a necessidade de “*Promover a formação inicial e ou contínua de técnicos/as que contactam com a realidade do tráfico de seres humanos, nomeadamente nas áreas sociais e na saúde.*”. A avaliação final do plano revela a implementação de 132 ações de formação sendo que foram abrangidos 1904 técnicos/as da área social. Avaliações intercalares passadas, revelaram de forma específica que foram 238 o número de profissionais (médicos, psicólogos, psiquiatras, etc.) que participaram nestas ações de formação. Este número revela-se bastante reduzido quando comparado com o total de profissionais ao serviço da área de saúde. As participações nas ações de formação mostram-se essenciais para o aumento do conhecimento dos profissionais de saúde uma vez que, estes revelam um conhecimento mais elevado

(Cunha, et al., 2018), assim como um aumento do nível de confiança e sensibilidade na prestação dos serviços médicos (Macias-Konstantopoulos, 2016).

O estudo das percepções nos profissionais de saúde é de extrema importância, uma vez que podem influenciar diretamente o seu comportamento (Ferguson, & Bargh, 2004). Segundo um estudo de Farrell, Pfeffer, e Bright (2015), uma percepção incorreta sobre um fenómeno pode afetar o modo como as pessoas interpretam e atuam perante uma situação. Desta forma, é imperativo perceber quais são as percepções dos profissionais de saúde, de forma a poder verificar se estas são ou não adequadas, com o intuito de tornar mais adequado o apoio que por eles é prestado, aumentando assim as oportunidades perdidas para identificar vítimas (Chilsolm-Straker, et al., 2016).

Em Portugal, foram realizados vários estudos relativos à percepção do TP noutros grupos profissionais, nomeadamente magistrados (Lourenço, Matos, & Gonçalves, 2018), polícias e profissionais da área social (Cunha, et al., 2018), bem como com estudantes universitários (Monteiro, 2016) e ainda junto da comunidade (Moreira, 2017). Nestes estudos, foi possível verificar a existência de um conhecimento e percepção adequada dos indivíduos relativamente a este fenómeno na maioria dos domínios avaliados (Contextualização do problema, TP em Portugal, Legislação Portuguesa, Características da vítima e Características do agressor). Contudo, os domínios relativos à caracterização das vítimas (ex. Apenas os estrangeiros e os imigrantes são vítimas de TP) e dos ofensores (ex. Os traficantes são normalmente pessoas desconhecidas das suas vítimas) foram os que se mostraram mais lacunares.

O presente estudo tem como objetivo identificar e analisar as percepções dos profissionais de saúde relativamente ao TP. Em Portugal, até ao momento e tanto quanto sabemos, não foi realizado nenhum estudo sobre as percepções do fenómeno pelos profissionais de saúde pelo que este se apresenta como um estudo inovador e com um carácter relevante.

Com base nos estudos sobre as percepções do TP noutras comunidades, formularam-se as seguintes hipóteses:

H1: Os profissionais de saúde têm uma percepção adequada sobre o TP.

H2: Fatores sociodemográficos (por exemplo, sexo, idade, habilitações literárias, ...) influenciam a percepção sobre o fenómeno de TP, nomeadamente, o sexo feminino tem uma percepção mais adequada; os profissionais mais velhos têm percepções mais adequadas sobre a temática; níveis mais elevados de escolaridade estão associados a percepções mais adequadas sobre o fenómeno.

H3: Profissionais de saúde com experiência prévia no atendimento de vítimas de TP têm percepções mais adequadas.

H4: Profissionais de saúde com contacto prévio com o fenómeno (isto é, contacto formal, por exemplo, ações de formação ou informal, por exemplo, campanhas publicitárias) têm uma percepção mais adequada quando comparados com os que não tiveram qualquer tipo de contacto.

Metodologia

Amostra

A amostra foi constituída por 130 profissionais, sendo que 75.40 % ($n = 98$) eram do sexo feminino e 24.60 % ($n = 32$) eram do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e 64 anos de idade ($M = 39.64$; $DP = 10.28$). Trabalhavam em média há 15.68 anos ($DP = 9.94$), variável entre 5 meses e 40 anos. Os restantes dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

Caracterização da Amostra	<i>n = 130</i>	%
Sexo		
Masculino	32	24.60
Feminino	98	75.40
Estado Civil		
Casado/ União de facto	89	68.50
Solteiro	33	25.40
Divorciado	8	6.10
Nacionalidade		
Portuguesa	129	99.20
Estrangeira	1	0.80
Distrito de Residência		
Norte	93	71.6
Centro	21	16.1
Sul	10	7.7
Ilhas	6	4.60
Nível Socioeconómico		

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E TRÁFICO DE PESSOAS

Baixo	1	0.80
Médio-Baixo	13	10.00
Médio	104	80.00
Médio-Alto	12	9.20
Habilitações Literárias		
Licenciatura	93	71.50
Mestrado	36	27.70
Doutoramento	1	0.80
Situação Profissional		
Em exercício profissional	127	97.60
Desempregado	1	0.80
Estágio Profissional	1	0.80
Reformado	1	0.80
Formação Base		
Ciências Farmacêuticas	4	3.10
Medicina	14	10.80
Psicologia	21	16.20
Enfermagem	88	67.75
Outros	3	2.40
Tipo de Instituição		
Hospital Público e Clínica Privada	3	2.40
Clínica Privada	15	11.50
Hospital Privado	15	11.50
IPSS	20	14.70
Centro de Saúde	22	17.10
Hospital Público	55	42.80
	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	39.64	10.28
Anos de experiência Profissional	15.68	9.94

Do número total de participantes, a maioria (94.60%, $n = 123$) referiu nunca ter atendido vítimas de TP. Dos restantes, 7 (5.40%) referiram já ter atendido vítimas de TP sendo que 6 (4.60%) já atendeu entre [1-5] vítimas e apenas 1 (0.80%) refere ter atendido entre [11-15] vítimas.

Relativamente ao conhecimento da existência de um protocolo de atuação para encaminhamento de vítimas de TP nas instituições onde trabalhavam, 97.70% ($n = 127$) dos participantes revelaram não ter qualquer conhecimento e apenas 2.30% ($n = 3$) revelaram ter conhecimento da existência desse protocolo.

Adicionalmente, 118 (90.80%) dos participantes revelaram ter tido contacto prévio com o fenómeno do TP (através de fontes formais, informais ou ambas) mas 12 (9.20%) revelaram nunca ter tido qualquer tipo de contacto. Do total de participantes que tiveram contacto prévio, 91 (79.20%) revelaram ter contacto através de fontes informais, 16 (12.30%) através de fontes formais e 11 (8.50%) de ambas as formas.

Instrumento

Os dados foram recolhidos através do instrumento de “*Perceção sobre Tráfico de Pessoas*” (S. Figueiredo, M. Gonçalves, & M. Matos, 2018, adaptado de N. Lourenço, M. Gonçalves, & M. Matos, 2017).

Este instrumento tem como principal objetivo captar as perceções dos profissionais de saúde relativamente ao Tráfico de Pessoas e encontra-se dividido em três partes. A primeira parte avalia os dados sociodemográficos dos participantes (por exemplo, sexo, idade, anos de experiência profissional, nível socioeconómico, tipo de instituição em que trabalha, formação base, etc.). A segunda parte é constituída por um conjunto de questões relativas ao contacto dos profissionais de saúde com o fenómeno (por exemplo, *Já atendeu casos que envolviam Tráfico de Pessoas (TP)?; De que outras formas já estabeleceu contato com a temática do TP?*), bem como por um conjunto de 52 afirmações relativas ao TP, classificadas numa escala de Likert de 5 pontos (“discordo totalmente”, “discordo”, “nem discordo, nem concordo”, “concordo”, “concordo totalmente”). De acordo com a literatura, as afirmações foram agrupadas em sete domínios: (i) Caracterização do problema (por exemplo, *O TP é um problema à escala mundial*); (ii) Fenómeno em Portugal (por exemplo, *O TP é um fenómeno que existe em Portugal*); (iii) Legislação em Portugal (por exemplo, *O TP é um crime reconhecido e punido pela lei portuguesa*); (iv) Características da vítima (por exemplo, *As vítimas de TP falam espontaneamente sobre a sua situação de vitimação*); (v) Características do ofensor (por exemplo, *Os traficantes são normalmente pessoas desconhecidas das vítimas*); (vi) Tráfico infantil (por exemplo, *Somente a exploração sexual de*

uma criança configura tráfico de crianças) e (vii) Conhecimentos da Temática e Mecanismos de Atuação (por exemplo, *O meu percurso profissional preparou-me para trabalhar com as vítimas de TP*).

Por fim, a terceira parte é constituída por três questões de resposta breve, que focam os conhecimentos dos profissionais de saúde relativamente ao atendimento das vítimas de TP (*Na sua opinião, é possível identificar sinais de alerta face a uma situação potencial de Tráfico de Pessoas? Se sim, quais, Qual é o procedimento que adota/adotaria face a uma situação potencial de Tráfico de Pessoas?*, *Sente necessidade de saber mais sobre como reconhecer e atuar face a uma vítima de Tráfico de Pessoas?*). Esta última parte não será analisada nesta tese sendo utilizada numa investigação posterior.

O instrumento de Percepção sobre Tráfico de Pessoas era composto por afirmações verdadeiras (por exemplo, *Portugal é um dos países que tem políticas de combate ao TP*) e falsas (por exemplo, *Os homens não podem ser vítimas de exploração laboral*).

Do número total de afirmações, 21 eram consideradas verdadeiras, sendo-lhes atribuído o valor 5 caso o participante se posicionasse em “Concordo Totalmente” e 1 caso se posicionasse em “Discordo Totalmente”. As restantes afirmações, eram consideradas falsas, sendo atribuído o valor 5 caso o participante se posicionasse em “Discordo Totalmente” e 1 caso se posicionasse em “Concordo Totalmente”. O valor 3 era atribuído quando o profissional de saúde posicionava a sua opinião em “Não Concordo Nem Discordo”. A pontuação total do questionário varia entre 1 e 260 pontos, uma vez que a pontuação de cada item poderia variar entre 1 e 5 pontos.

Procedimento

O projeto foi submetido à Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas (SECSH 052/2018), tendo sido obtido o parecer positivo por parte da SECSH, no dia 07.09.2018 (em anexo).

Obtida a autorização, foi elaborada uma pesquisa na literatura de forma a proceder à adaptação do instrumento existente para a população alvo deste estudo, os profissionais de saúde. Finalizadas as adaptações, efetuou-se o envio do instrumento de investigação para três profissionais de saúde com o intuito de obter os seus pareceres relativamente ao questionário, nomeadamente, o conteúdo, a estrutura, extensão do instrumento e clareza das afirmações. Obtido o parecer positivo dos profissionais de saúde, foram contactadas várias entidades de saúde (nomeadamente, Direção-Geral de Saúde, Ordem dos Médicos, Sindicato dos Médicos, Sindicato dos Enfermeiros) a pedir a sua colaboração na divulgação do questionário. Este contacto foi efetuado via email, no qual seguiu uma breve explicação do estudo, o

seu principal objetivo, a autorização do projeto pela SECSH e o link para posterior divulgação. Em simultâneo, foi realizado um contacto informal com os profissionais de saúde, por exemplo, através das redes sociais.

Anteriormente ao momento de preenchimento dos questionários, foi apresentado aos profissionais de saúde o consentimento informado onde eram informados relativamente ao objetivo do estudo, o carácter voluntário de participação assim como a confidencialidade na recolha e tratamento dos dados. O preenchimento do questionário envolvia aproximadamente dez minutos sendo que os dados foram recolhidos entre os meses de Dezembro a Março.

Análise de Dados

A análise foi realizada com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22. Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva, com o intuito de obter informação sobre a caracterização da amostra, nomeadamente, idade, sexo, estado civil, etc.

Testes- *t* para amostras independentes foram realizados para verificar se as perceções dos participantes estavam relacionadas com o sexo, as habilitações literárias e o contacto prévio com o TP. O coeficiente de Pearson foi utilizado para analisar a associação entre idade, anos de experiência e as perceções dos participantes.

A ANOVA Unifatorial foi utilizada para verificar se houve ou não diferenças nas perceções dos diferentes grupos de profissionais, em função do tipo de contacto que os participantes tiveram com o fenómeno (formal, informal ou ambos).

Por fim, foi realizada uma Regressão Linear Hierárquica com o intuito de verificar as variáveis associadas às perceções mais adequadas sobre o TP.

De forma a comparar os resultados obtidos em cada cluster, foi calculada a média ponderada de cada um deles, de forma a que os valores variassem entre 1 e 5.

Resultados

Os participantes tiveram uma pontuação média de 189.43 ($DP = 11.77$), variável entre 162 e 220. Em geral, o posicionamento destes profissionais encontra-se no intervalo entre o “Não me posiciono” e “Concordo/Concordo Totalmente”.

Relativamente aos itens que reuniram maior consenso, os participantes revelaram uma percepção maioritariamente adequada na afirmação “As mulheres não são vítimas de exploração laboral” (96.90%)

e uma percepção maioritariamente desadequada em “As vítimas costumam pedir ajuda ou assistência” (75.20%). A maioria dos profissionais de saúde (87.60%) não se posicionou face à afirmação “Pessoas com deficiência têm uma maior probabilidade de ser vítimas de TP”.

A Tabela 2 apresenta, de forma mais detalhada, a percentagem de respostas obtida em cada afirmação.

Tabela 2

Adequação das Percepções sobre o TP, por itens

Itens	Percepção Desadequada %	Não concordo nem Discordo %	Percepção Adequada %
Cluster 1: Caracterização do Problema			
O TP é um problema à escala mundial.	-	3.80	96.20
O TP envolve sempre algum tipo de viagem, transporte ou circulação de pessoas para outro país.*	30.00	16.90	53.10
O TP é um problema exclusivo dos países designados “terceiro mundo”.*	3.00	10.80	86.20
As causas do TP são sobretudo a pobreza e a exclusão social.*	50.70	22.30	27.00
O TP só ocorre ligado a atividades ilegais.*	25.40	27.70	46.90
O TP envolve redes organizadas de criminalidade.	8.50	10.80	80.70
O TP envolve sempre violência física contra as vítimas.*	16.10	19.20	64.70
Prostituição e exploração sexual são sinónimos.*	10.70	12.30	77.00
Cluster 2: Fenómeno em Portugal			
O TP é um fenómeno que existe em Portugal.	1.60	18.50	79.90
O TP é um crime reconhecido e punido pela lei portuguesa.	3.90	27.70	68.40

As vítimas de TP, em Portugal, são maioritariamente oriundas da África e Europa de Leste.	19.20	36.90	43.90
Portugal tem instituições especializadas para apoiar e acolher vítimas de TP.	17.70	56.20	26.10
Cluster 3: Legislação em Portugal			
O TP é um crime público (isto é, qualquer pessoa pode denunciar).	0.80	9.20	90.00
O mercado ilegal de órgãos é uma forma de TP.	2.30	25.40	72.30
A servidão doméstica é uma forma de TP.	12.30	35.40	52.30
Portugal é um dos países que tem políticas de combate ao TP.	18.40	52.30	29.30
Cluster 4: Características da vítima			
O TP quando envolve vítimas que são mulheres visa, na maioria das vezes, a sua exploração sexual.	0.80	3.10	96.10
As vítimas de tráfico são exclusivamente cidadãos estrangeiros e /ou imigrantes.*	19.20	20.80	60.00
As vítimas de TP costumam pedir ajuda ou assistência.	75.40	16.90	7.70
As vítimas de TP reconhecem-se como vítimas de um crime.*	24.60	30.80	44.60
As mulheres não são vítimas de exploração laboral.*	-	3.10	96.90
O TP atinge sobretudo mulheres e crianças.*	60.00	17.70	22.30
Os homens não podem ser vítimas de exploração sexual.*	9.30	3.10	87.60
As vítimas de TP falam espontaneamente sobre a sua situação de vitimação.*	0.80	5.40	93.80
As mulheres que voluntariamente emigram para trabalhar na prostituição não podem ser consideradas vítimas de TP.*	17.00	21.50	61.50

Pessoas com deficiência têm uma maior probabilidade de sofrerem de TP.	7.70	36.90	55.40
Entre os grupos mais vulneráveis para o tráfico estão os refugiados.	9.30	25.40	65.30
As vítimas de TP são maioritariamente recrutadas através da coerção e violência.*	51.50	18.50	30.00
A exploração sexual e a exploração laboral são as únicas formas de TP.*	12.30	20.00	67.70
As vítimas de TP aceitam falsas propostas de emprego com o objetivo de melhorar as suas condições de vida.	6.20	14.60	79.20
A maior parte das vítimas de TP é identificada e resgatada.*	1.50	23.10	75.40
Os homens são sobretudo vítimas de exploração laboral.	11.50	37.70	50.80
Cluster 5: Características do Ofensor			
Os traficantes são normalmente pessoas desconhecidas das suas vítimas.*	17.70	33.10	49.20
Os traficantes são sempre do sexo masculino.*	1.50	10.00	88.50
Os traficantes operam sempre dentro do seu próprio país.*	2.30	13.10	84.60
Cluster 6: Tráfico Infantil			
Somente a exploração sexual de uma criança configura tráfico de crianças.*	0.80	6.20	93.00
Algumas crianças traficadas são vendidas pelos próprios pais.	3.80	11.50	84.70
Crianças que trabalham para familiares não podem ser consideradas vítimas de TP.*	5.40	20.00	74.60
A adoção ilegal não é uma forma de TP.*	6.20	16.90	76.90
As crianças não podem ser vítimas de exploração laboral.*	22.30	6.20	71.50
Cluster 7: Conhecimento da temática e Mecanismos de Atuação			

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E TRÁFICO DE PESSOAS

O meu percurso profissional preparou-me para trabalhar com as vítimas de TP.*	5.40	11.50	83.10
O meu percurso académico preparou-me adequadamente para trabalhar com as vítimas de TP.*	3.10	9.20	87.70
Tenho conhecimento suficiente para sinalizar e encaminhar uma criança vítima de TP.*	16.10	14.80	69.10
Considero ter conhecimento suficiente para sinalizar e encaminhar um homem vítima de TP.*	18.50	13.10	68.40
Tenho conhecimento suficiente para sinalizar e encaminhar uma mulher vítima de TP.*	23.00	16.20	60.80
Devo chamar imediatamente a polícia se suspeitar que uma pessoa está a ser vítima de TP.*	61.60	21.50	16.90
Há sinais evidentes de que uma pessoa está a sofrer de TP.	62.30	27.70	10.00
Chamar a polícia em casos de suspeita de tráfico, pode colocar a vítima numa situação de risco elevado.	43.90	17.70	38.40
É pouco provável que tenha contacto com uma vítima de TP no meu local de trabalho.*	24.60	26.90	48.50
A sintomatologia depressiva está relacionada ao TP.	13.80	33.10	53.10
A perturbação de stress pós-traumático não está relacionada ao TP.*	10.80	22.30	66.90
As doenças sexualmente transmissíveis são prevalentes nas vítimas de TP para fins de exploração sexual.	13.90	32.30	53.80

*Estes itens são considerados falsos.

O cluster em que os participantes tiveram uma perceção mais adequada é “Tráfico infantil” ($M = 4.08$; $DP = 0.47$) seguido de “Características do ofensor” ($M = 3.91$; $DP = 0.51$), “Legislação em Portugal” ($M = 3.74$; $DP = 0.42$), “Caracterização do problema” ($M = 3.70$; $DP = 0.40$), “Características

da vítima" ($M = 3.59$; $DP = 0.28$), "Fenómeno em Portugal" ($M = 3.54$; $DP = 0.46$) e, finalmente, "Conhecimento da temática e mecanismos de atuação" ($M = 3.42$; $DP = 0.35$).

Sexo, Idade e Anos de Experiência

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ao nível das percepções dos Profissionais de Saúde face ao TP, $t(128) = 1.02$, $p = .311$.

Também não se verificou correlação entre as idades dos participantes ($r = -.052$, $p = .560$) e os anos de experiência ($r = -.013$, $p = .881$) ao nível das percepções.

Habilitações Académicas

Através de um Teste $-t$ para amostras independentes verificou-se que há diferenças entre os grupos de participantes que possuíam Licenciatura e os que possuíam Mestrado/Doutoramento ao nível das percepções face ao TP, $t(128) = -2.58$, $p = .001$, $d = 0.50$, revelando-se este efeito moderado. Assim, os profissionais que possuíam Mestrado/Doutoramento apresentaram percepções mais adequadas ($M = 193.57$; $DP = 11.79$) quando comparados com os Profissionais de Saúde que possuíam como habilitação académica Licenciatura ($M = 187.78$; $DP = 11.41$).

Grupos Profissionais

Os médicos obtiveram, em média, respostas mais adequadas ao questionário ($M = 194.43$; $DP = 10.87$), seguindo-se o grupo de farmacêuticos ($M = 191.25$; $DP = 3.30$), o dos psicólogos ($M = 189.29$; $DP = 12.40$) e o dos enfermeiros ($M = 189.05$; $DP = 11.75$). No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível das percepções face ao TP, $F(6,123) = 1.50$, $p = .183$, $\eta^2 = 0.07$.

Tipo de instituição

Quando comparamos profissionais de saúde que trabalhavam em IPSS com aqueles que trabalham em instituições de saúde, verificou-se que existiam diferenças significativas ao nível das percepções, $t(128) = -3.160$, $p = .002$, $d = 0.74$, com um efeito de tamanho alto. Os participantes que trabalham em IPSS revelaram percepções mais adequadas ($M = 197.05$; $DP = 12.78$) do que aqueles que trabalham em instituições de saúde ($M = 188.13$; $DP = 11.13$).

Atendimento e contacto prévio com o TP

Quando comparamos profissionais de saúde com experiência profissional no atendimento de vítimas de TP e aqueles que não tinham experiência, verificou-se que existem diferenças significativas ao nível das percepções, $t(128) = 2.038$, $p = .044$, $d = 0.97$, com um efeito de tamanho alto. Os participantes com experiência profissional no atendimento destas vítimas revelaram percepções mais adequadas ($M = 198.14$; $DP = 6.36$) do que aqueles que não tinham experiência a este nível ($M = 188.94$; $DP = 11.83$).

Ao avaliar a influência que a experiência profissional teve nas percepções dos participantes sobre todos os clusters, observamos que “Legislação em Portugal”, “Características do ofensor” e “Tráfico infantil” foram aqueles significativamente influenciados pela experiência profissional originando assim percepções mais adequadas (Tabela 3).

Tabela 3

Diferenças da Percepção em clusters: Com/Sem Experiência Profissional no atendimento de vítimas de TP

	Com experiência	Sem experiência	
	Profissional	Profissional	
	($n = 7$)	($n = 123$)	
	$M (DP)$	$M (DP)$	$t(128)$
Caracterização do Problema	3.90 (0.41)	3.69 (0.40)	1.35
Legislação em Portugal	4.14 (0.32)	3.72 (0.41)	2.71*
Fenómeno em Portugal	3.61 (0.52)	3.54 (0.27)	0.38
Características da vítima	3.71 (0.34)	3.60 (0.50)	1.20
Características do ofensor	4.30 (0.59)	3.90 (0.50)	2.01*
Tráfico infantil	4.54 (0.36)	4.06 (0.46)	2.74*
Conhecimento da temática e mecanismos de atuação	3.42 (0.40)	3.42 (0.35)	-.05

* $p < .05$

Existem também diferenças significativas entre os participantes que tiveram contacto com a temática do TP por outros meios que não a experiência profissional, isto é, por via formal, informal ou ambos, e aqueles que não tiveram contacto, $F(3,126) = 4.45$, $p = .005$, $\eta^2 = 0.10$ revelando este ser um efeito de tamanho baixo.

Testes Post-Hoc de Gabriel revelaram que os Profissionais de Saúde com contacto formal ($M = 199.00$; $DP = 5.15$) apresentaram uma percepção mais adequada quando comparados com aqueles que realizaram um contacto informal ($M = 188.91$; $DP = 11.52$), um contacto formal e informal ($M = 197.27$; $DP = 11.77$) e aqueles que não tinham qualquer contacto ($M = 182.67$; $DP = 11.00$). De seguida, aqueles que tinham contacto com o tema por via formal e informal, possuíam percepções mais ajustadas quando comparados com aqueles que tinham um contacto apenas informal ou não tinham qualquer tipo de contacto.

Preditores da Percepção do TP

A regressão linear foi utilizada com o objetivo de identificar as variáveis associadas com percepções mais adequadas dos Profissionais de Saúde relativamente ao TP. O modelo 3 foi significativo, $F(11, 118) = 2.23$, $p = .017$, explicando 17.2% da variância da percepção do TP. As habilitações literárias, $B = 4.50$, IC 95% [-0.42, 9.41], não ter tido contacto com o fenómeno, $B = -16.44$, IC 95% [-29.12, -3.76], treino informal, $B = -9.50$, IC 95% [-20.50, 1.51] e o treino formal e informal, $B = 6.68$, IC 95% [-1.20, 14.57] estavam significativamente associadas com as percepções destes profissionais relativamente ao TP. Assim, podemos concluir que quanto mais elevadas as habilitações literárias dos participantes, maior o conhecimento relativamente ao TP; profissionais que tiveram contacto com o fenómeno por diversas vias (Formal e/ou Ambos) apresentaram percepções mais adequadas sobre o fenómeno (Tabela 4).

Tabela 4

Regressão Linear hierárquica para prever as percepções relativamente ao TP

	B	Erro Padrão	Beta	t	Intervalo de confiança de 95.0% para B	
					Limite inferior	Limite superior
Modelo 1						
(constante)	184.61	5.95		31.01*	172.83	196.39
Sexo	-1.95	2.41	-0.07	-0.81	-6.71	2.82
Idade	0.00	0.10	0.00	0.00	-0.20	0.20
Habilitações literárias	5.63	2.29	0.22	2.46*	1.10	10.16
$F(3,126) = 2.43, p = 0.07$				$r^2 = 0.06$		
Modelo 2						

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E TRÁFICO DE PESSOAS

(constante)	193.91	11.08		17,51*	171.99	215.83
Sexo	-2.37	2.58	-0.09	-0.92	-7.49	2.75
Idade	-0.25	0.28	-0.22	-0.89	-0.80	0.30
Habilitações literárias	5.14	2.47	0.20	2.08*	0.26	10.03
Anos de experiência	0.28	0.29	0.23	0.96	-0.29	0.84
Médicos vs. Outros	0.55	7.04	0.01	0.08	-13.38	14.48
Enfermeiros vs. Outros	-2.73	6.45	-0.11	-0.42	-15.50	10.05
Psicólogos ou Área Social vs. Outros	-4.74	6.71	-0.16	-0.71	-18.03	8.54
$F(7,122) = 1.49, p = 0.18 \quad r^2 = 0.08$						

Modelo 3

(constante)	209.59	14.55		14.40*	180.77	238.41
Sexo	-1.38	2.52	-0.05	-0.55	-6.36	3.60
Idade	-0.30	0.27	-0.26	-1.09	-0.83	0.24
Habilitações literárias	4.50	2.48	0.17	1.81*	-0.42	9.41
Anos de experiência	0.25	0.28	0.21	0.88	-0.31	0.80
Médicos vs. Outros	2.12	7.05	0.06	0.30	-11.84	16.08
Enfermeiros vs. Outros	0.31	6.31	0.01	0.05	-12.19	12.80
Psicólogos ou Área Social vs. Outros	-3.74	6.53	-0.12	-0.57	-16.66	9.18
Sem Contacto vs. Outros	-16.44	6.40	-0.41	-2.57*	-29.12	-3.76
Informal vs. Outros	-9.50	5.56	-0.27	-1.71 ⁺	-20.50	1.51
Formal + Informal vs. Outros	6.68	3.98	0.16	1.68 ⁺	-1.20	14.57
Experiência com vítimas	-3.54	5.47	-0.07	-0.65	-14.36	7.29
$F(11,118) = 2.23, p = 0.02 \quad r^2 = 0.17$						

Nota: Sexo: 1= feminino; 2= masculino; Habilitações Literárias: 1=Licenciatura; 2=Mestrado/Doutoramento; Médicos =1; Outros=0; Enfermeiros=1; Outros=0; Psicólogos ou Área Social=1; Outros=0; Sem contacto=1; Outros=0; Informal=1; Outros=0; Formal+Informal=1; Outros=0; Experiência com vítimas=1; Outros=0

⁺ $p = .1$; * $p < .05$

Principais dificuldades encontradas no atendimento de vítimas de TP

Os profissionais de saúde que realizaram atendimento a vítimas de TP (5.40 %, $n = 7$) relataram como principais dificuldades no atendimento a “*Falta de treino adequado sobre as vítimas de TP*” ($n = 5$), seguido de “*Dificuldades na comunicação*” ($n = 5$), “*Falta de segurança das vítimas de TP*” ($n = 5$),

“Ausência de apoio por parte das instituições” (n = 4), “Falta de conhecimento geral sobre as vítimas de TP” (n = 3), “Ser de uma cultura diferente” (n = 2), “Ausência de coordenação com outros serviços” (n = 2). Foram ainda acrescentadas pelos participantes as dificuldades *“fraca adesão aos serviços de saúde”* e *“falta de meios e medidas de prevenção” (n = 2).*

Discussão

O principal objetivo deste estudo foi analisar e identificar as Percepções dos Profissionais de Saúde relativamente ao TP. Conforme podemos verificar, os Profissionais de Saúde possuem percepções mais adequadas em determinados domínios, nomeadamente no tráfico infantil, características do ofensor e legislação em Portugal. Este resultado é congruente com outros estudos realizados em Portugal, que revelaram a existência de percepções adequadas noutras populações (magistrados, polícias e profissionais da área social, estudantes universitários) (Cunha, et al., 2018; Lourenço, et al., 2018; Monteiro, 2016). Estes resultados comprovam que os esforços que Portugal tem vindo a efetuar, vão surtindo algum efeito no aumento da consciencialização do fenómeno do TP (Lourenço, et al., 2018).

Sendo esta uma amostra com profissionais de saúde, era esperado que as suas percepções relativamente às características da vítima e ao conhecimento da temática e mecanismos de atuação fossem os clusters onde obtivessem percepções mais adequadas, no entanto são os domínios que possuem valores mais baixos ao nível das percepções. Estes resultados comprovam que a informação direcionada a este grupo profissional ainda é bastante limitada, pelo que, tal como em outros estudos, é possível que estes profissionais apresentem algum desconhecimento sobre quais as questões a serem colocadas na identificação de uma vítima de TP e quais os sinais ou sintomas de uma vítima (Ross et al., 2015). Existe uma elevada necessidade de integrar nos currículos académicos destes profissionais informação relativa ao tráfico, uma vez que este estudo, tal como outros tem comprovado a reduzida familiaridade com o fenómeno do TP, por exemplo, em estudantes de medicina, que consideravam, também, ser benéfico abordar o tema do tráfico durante o curso (Wong, Hong, Leung, Yin, & Stewart, 2011). Outro aspeto importante a salientar, é a necessidade de formações que devem ser dirigidas a este grupo de profissionais, que consequentemente aumentariam a sua capacidade de reconhecer e identificar vítimas de TP, assim como de responder de forma efetiva quando estes procuram os seus serviços (Macias-Konstantopoulos, 2016).

Tendo em vista estudos anteriores noutras comunidades (Cunha, et al., 2018; Monteiro, 2016) era expectável encontrar diferenças entre os sexos ao nível das percepções, nomeadamente percepções

mais adequadas nos participantes do sexo feminino. O resultado é congruente com o que Lourenço e colaboradores (2018) e Wangsnes (2014) encontraram, isto é, não se verificam diferenças entre os sexos, ou seja, as percepções em relação ao TP não estão dependentes do sexo do profissional, podendo ser influenciadas por outras variáveis.

Era esperado que profissionais mais velhos, com mais experiência profissional (uma vez que a sua probabilidade de entrar em contacto com o fenómeno era superior) apresentassem percepções mais adequadas (Cunha, et al., 2018; Wangsnes, 2014). No entanto, neste estudo essas variáveis não foram diferenciadoras ao nível das percepções sobre TP, mostrando que, independentemente da idade, é possível que o profissional de saúde já tenha entrado em contacto com este fenómeno através de outras fontes (por exemplo, via informal), tendo dado origem a percepções mais adequadas (Lourenço, et al., 2018).

Como verificado em estudos anteriores (Cunha, et al., 2018), as habilitações académicas têm assumido um papel importantíssimo nas percepções relativas ao fenómeno, sendo que um nível académico mais elevado poderá ajudar a moldar as competências necessárias para o mercado de trabalho, mas também contribui para aumentar a capacidade de identificar e descodificar diferentes riscos (Couto, 2012). Os profissionais de saúde com níveis académicos superiores podem, no decorrer do seu curso, ter tido contacto com as temáticas de vitimação, o que parece ter contribuído para percepções mais adequadas relativamente ao TP.

A experiência prévia no atendimento a vítimas de TP é um fator importante que influencia positivamente as percepções dos profissionais, tal como foi verificado noutros estudos sobre a temática (Cunha, et al., 2018; Lourenço, et al., 2018). Este resultado é congruente com o que Lourenço e colaboradores (2018) alcançaram, considerando que os participantes que trabalhavam diretamente com casos de TP alcançavam um conhecimento adjacente, sendo que a experiência profissional parece afetar positivamente as percepções dos profissionais sobre o fenómeno. Perante uma vítima de TP, o profissional com experiência no atendimento está mais apto para responder de forma eficaz na sua identificação, sinalização e auxílio. Contudo, os clusters tráfico infantil, características do ofensor e legislação em Portugal foram os mais influenciados pela experiência prévia no atendimento a vítimas de TP, contrariamente ao esperado, nomeadamente as características da vítima e dinâmicas de vitimação. De notar também que, a maioria dos profissionais que realizou atendimento a vítimas, trabalhava em Instituições Particulares de Solidariedade Social [IPSS] pelo que poderão estar mais familiarizados com o trabalho em rede, isto é, trabalhar de uma forma multidisciplinar, entrando assim em contacto com

profissionais de diferentes especializações, alargando assim o seu conhecimento e consequentemente originando perceções mais adequadas relativamente a estes domínios em particular.

O contacto prévio com o fenómeno, por vias diferentes, como informal (ex. leitura de artigos), formal (ex. ações de formação) ou de ambas as formas, assume também um papel importante ao nível das perceções dos profissionais de saúde, à semelhança do encontrado em outros grupos de profissionais (Cunha, et al., 2018; Farrell, McDevitt, & Fahy, 2010), esperando-se, desta forma, que, em última análise, se reflita num aumento da probabilidade de identificar vítimas. Quando analisamos a influência que cada forma de contato exerce sobre as perceções dos participantes, verificámos que o contacto formal era aquele que mais influenciava as perceções destes profissionais. Segundo um estudo de Powell, Dickins e Stoklosa (2017) o contacto formal é aquele que provoca mudanças imediatas no conhecimento e atitude dos profissionais de saúde perante vítimas de TP, assim como aumenta a sua capacidade em identificar estas vítimas e de responder de forma mais efetiva quando estas procuram atendimento médico (Macias-Konstantopoulos, 2016). No entanto, a maioria destes profissionais de saúde realizam um contacto prévio com o fenómeno através de fontes informais, ou seja, através de pesquisa livre de informação, o que nos mostra que a procura pela informação acerca do fenómeno deve-se ao interesse pelo tema ou pela elevada necessidade que vai surgindo no seu local de trabalho. Verifica-se assim uma lacuna, isto é, o conhecimento que estes profissionais adquirem sobre o fenómeno parece não ser transmitido pela formação académica e/ou profissional. De notar que, apesar do III PNCTSH incluir ações de formação destinadas aos profissionais na área da saúde, o número de ações realizadas até ao momento ainda é bastante reduzido, tendo em conta o número de profissionais de saúde a exercer em Portugal. Sendo este um aspeto preponderante na melhoria das perceções existentes e, consequentemente na melhor identificação e apoio às vítimas de TP, torna-se imperativo o aumento do número de formações e do número de participantes por elas abrangidos.

A maioria dos profissionais que participou nesta investigação revelou não ter conhecimento da existência de um protocolo de atuação para encaminhamento de vítimas de TP nas instituições em que trabalham. No entanto, de acordo com o relatório final do III PNCTSH, existem protocolos de atuação e encaminhamento destas vítimas nas instituições do sistema nacional de saúde. Este resultado significa que, apesar desses protocolos existirem, verifica-se uma falha na sua divulgação entre instituições e dentro da própria instituição de trabalho, e consequentemente na sua incorporação ao nível das práticas. A existência de protocolos ou políticas que possam orientar o profissional de saúde terá implicações

práticas objetivas na sua forma de atuação perante uma vítima, de modo a garantir a sua identificação, o seu encaminhamento e a possibilidade de uma intervenção adequada (Macias-Konstantopoulos, 2016).

Por fim, os profissionais de saúde que já realizaram atendimento a vítimas de TP revelaram algumas dificuldades sendo que a falta de treino adequado, dificuldades de comunicação e falta de segurança das vítimas foram as mais identificadas. É crucial fornecer mais treino, aumentar o conhecimento relativamente à existência de protocolos nas instituições, e uniformizar procedimentos de forma a colmatar essas dificuldades e, em última análise, garantir um serviço de saúde com profissionais mais capazes de identificar os sinais de vitimação e proactivamente acionar os mecanismos necessários, com vista à proteção e segurança das vítimas.

Conclusão

Os profissionais de saúde podem assumir um papel importantíssimo na quebra do ciclo da exploração, uma vez que desempenham um papel preponderante na identificação e sinalização destas vítimas (Powell, et al., 2017).

Os resultados mostram aspetos que podem ser melhorados e que podem ser considerados como pontos de partida, nomeadamente uma estratégia eficaz nos esforços de combate ao TP seria incluir nos currículos académicos destes profissionais informação relativa ao fenómeno do TP, formas de identificação e intervenção (Konstantopoulos, et al., 2013). Os protocolos de atuação e encaminhamento de vítimas de TP também se revelam essenciais, uma vez que fornecem informação sobre identificação e intervenção junto destas vítimas, o que consequentemente aumentaria a segurança e confiança dos profissionais (Macias-Konstantopoulos, 2016). Para tal, é essencial uma alteração ao nível das normas institucionais e a disseminação desta informação a nível institucional. Além disso, outros aspetos que deveriam merecer atenção é a conhecida limitação de tempo que os profissionais de saúde podem despendar em consulta e a inexistência de espaços no serviço de saúde que permitam o questionamento a uma vítima em condições de confidencialidade.

O carácter não representativo deste estudo a nível nacional é uma das suas limitações presentes, que não nos permite concluir que as lacunas estruturais identificadas sejam uma realidade transversal a todo o sistema nacional de saúde e, por sua vez, impedem um trabalho proactivo destes profissionais na identificação destas vítimas.

Seria interessante em futuras investigações verificar se o apoio psicológico é fornecido a estas vítimas pelos serviços de saúde, uma vez que vários estudos apontam este aspeto como uma das

principais lacunas da atualidade (Konstantopoulos, et al., 2013; Leone, Kim & Morrison, 2017) e elaborar um estudo relativamente às percepções dos auxiliares de saúde relativamente ao fenómeno do TP, uma vez que estes estabelecem contactos mais prolongados com os doentes, nomeadamente na realização de transportes e acompanhamento.

Assim sendo, este estudo mostra que os Profissionais de Saúde têm revelado um elevado interesse relativamente ao fenómeno do TP, verificado pelo interesse existente na informação via informal, sendo, portanto, crucial aumentar a informação dirigida a este grupo de profissionais de forma a poder aumentar o seu conhecimento e consequentemente adequar as suas percepções.

Referências

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2017). Tráfico de Seres Humanos. Consultado em <https://apav.pt/uavmd/index.php/pt/intervencao/trafico-de-seres-humanos>
- Ahn, R., Alpert, E. J., Purcell, G., Konstantopoulos, W. M., McGahan, A., Cafferty, E., ... & Burke, T. F. (2013). Human trafficking: review of educational resources for health professionals. *American journal of preventive medicine*, 44(3), 283-289
- Beck, M. E., Lineer, M. M., Melzer-Lange, M., Simpson, P., Nugent, M., & Rabbitt, A. (2015). Medical providers' understanding of sex trafficking and their experience with at-risk patients. *Pediatrics*, 135(4), e895-e902.
- Becker, H. J., & Bechtel, K. (2015). Recognizing victims of human trafficking in the pediatric emergency department. *Pediatric emergency care*, 31(2), 144-147.
- CIG. (2019). Tráfico de Seres Humanos – III Plano Nacional de Prevenção e Combate ao Tráfico de Seres Humanos, 2014-2017. Retirado de <https://www.cig.gov.pt/planos-nacionais-areas/trafico-de-seres-humanos/>
- Clawson H., Small K., Go E. & Myles B. (2003). Needs Assessment for Service Providers and Trafficking Victims. Caliber. Virginia.
- Clawson, H. J., Dutch, N., Solomon, A., & Grace, L. G. (2009). Human trafficking into and within the United States: A review of the literature. Retirado de <https://aspe.hhs.gov/basic-report/human-trafficking-and-within-unitedstatesreviewliterature>
- Clydette Powell, Kirsten Dickins & Hanni Stoklosa (2017) Training US health care professionals on human trafficking: where do we go from here?, *Medical Education Online*, 22:1, 1267980, DOI: 10.1080/10872981.2017.1267980
- Couto, D. L. M. (2012). *Tráfico de seres humanos: Percepções sociais, percursos de vitimação e sobrevivência*. Tese de doutoramento, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Coppola, J. S., & Cantwell, R. (2016). Health professional role in identifying and assessing victims of human labor trafficking. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(5), e193-e200.
- Chisolm-Straker, M., Baldwin, S., Gaïgbé-Togbé, B., Ndukwe, N., Johnson, P. N., & Richardson, L. D. (2016). Health care and human trafficking: we are seeing the unseen. *Journal of health care for the poor and underserved*, 27(3), 1220-1233.
- Crawford, M., & Kaufman, M. R. (2008). Sex trafficking in Nepal: Survivor characteristics and long-term outcomes. *Violence against women*, 14(8), 905-916.

- Cunha, A., Gonçalves, M., & Matos, M. (2018). Knowledge of Trafficking in Human Beings among Portuguese Social Services and Justice Professionals. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 1-20.
- Domoney, J., Howard, L. M., Abas, M., Broadbent, M., & Oram, S. (2015). Mental health service responses to human trafficking: a qualitative study of professionals' experiences of providing care. *BMC psychiatry*, 15(1), 289. doi: 10.1186/s12888-015-0679-3
- Donahue, S., Schwien, M., & LaVallee, D. (2019). Educating emergency department staff on the identification and treatment of human trafficking victims. *Journal of emergency nursing*.
- Dovydaitis, T. (2010). Human trafficking: The role of the health care provider. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(5), 462–467. doi:10.1016/j.jmwh.2009.12.017
- Europol (2016). *Situation report: Trafficking in human beings in the EU*. Europol Public Information, (765175). Netherlands.
- Farrell, A., McDevitt, J., & Fahy, S. (2010). Where are all the victims? Understanding the determinants of official identification of human trafficking incidents. *Criminology & Public Policy*, 9(2), 201-233. doi: 10.1111/j.1745-9133.2010.00621.
- Farrell, A., Pfeffer, R., & Bright, K. (2015). Police perceptions of human trafficking. *Journal of Crime and Justice*, 38(3), 315-333.
- Ferguson, M. J., & Bargh, J. A. (2004). How social perception can automatically influence behavior. *Trends in cognitive sciences*, 8(1), 33-39.
- Greenbaum, V. J. (2017). Child sex trafficking in the United States: Challenges for the healthcare provider. *PLoS medicine*, 14(11), e1002439.
- 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), 320.
- 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. doi: 10.1093/sw/swu002
- Holland, A. C. (2014). The Role of the Healthcare Professional in Human Trafficking. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(S1), S98.
- Konstantopoulos, W. M., Ahn, R., Alpert, E. J., Cafferty, E., McGahan, A., Williams, T. P., ... & Burke, T. F. (2013). An international comparative public health analysis of sex trafficking of women and girls

- in eight cities: achieving a more effective health sector response. *Journal of Urban Health*, 90(6), 1194-1204.
- Lourenço, E., Matos, M., & Gonçalves, M. (2018). Trafficking in human beings: Portuguese magistrates' perceptions. *Journal of Human Trafficking*. DOI: 10.1080/23322705.2018.1468160
- Macias-Konstantopoulos, W. (2016). Human trafficking: the role of medicine in interrupting the cycle of abuse and violence. *Annals of internal medicine*, 165(8), 582-588.
- Marques, J. (2015). *Tráfico de Seres Humanos a escravatura contemporânea, que respostas nacionais?*. Tese de Mestrado, Faculdade de Direito da Universidade de Nova de Lisboa: Lisboa.
- Ministério da Administração Interna, Observatório do Tráfico de Seres Humanos. (2017). *Relatório anual sobre tráfico de seres humanos – 2016*. Consultado em <http://www.otsh.mai.gov.pt/Recursos/Pages/default.aspx>
- Ministério da Administração Interna, Sistema de Segurança Interna. (2018). Relatório Anual de Segurança Interna 2018. Retirado de <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/documento?i=relatorio-anual-de-seguranca-interna-2018><https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=ad5cfe37-0d52-412e-83fb-7f098448dba7>
- Monteiro, I. (2015). *Tráfico de seres humanos: Conhecimentos e perceções dos estudantes universitários*. Tese de Mestrado, Escola de Psicologia da Universidade do Minho: Braga.
- Ross, C., Dimitrova, S., Howard, L., Dewey, M., Zimmerman, C., & Oram, S. (2015). Human trafficking and health: a cross-sectional survey of NHS professionals' contact with victims of human trafficking. *BMJ Open*, 5(8), e008682. doi:10.1136/bmjopen-2015-008682
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2016). *Global report on trafficking in persons*. New York: United Nations
- Wong, J. C., Hong, J., Leung, P., Yin, P., & Stewart, D. E. (2011). Human trafficking: an evaluation of Canadian medical students' awareness and attitudes. *Education for Health*, 24(1), 501.
- Pascual-Leone, A., Kim, J., & Morrison, O. P. (2017). Working with victims of human trafficking. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47(1), 51-59.
- Poppema, S. T. (2013). Early Identification of Human Trafficking Victims. *Abstracts / Contraception*, 88(2), 297-318.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 101/2013, de 31 de dezembro. *Diário da República -I Série*, N.º 253. Aprova o III Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos (2014-2017).

- Recknor, F. H., Gemeinhardt, G., & Selwyn, B. J. (2017). Health-care provider challenges to the identification of human trafficking in health-care settings: A qualitative study. *Journal of Human Trafficking*, 4(3), 213-230.
- Titchen, K. E., Loo, D., Berdan, E., Rysavy, M. B., Ng, J. J., & Sharif, I. (2015). Domestic sex trafficking of minors: Medical student and physician awareness. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jpag.2015.05.006
- Wangsnes, G. R. (2014). A Quantitative Study: On Social Worker's Awareness in Identifying Human Trafficked Victims (Masters Dissertation). California State University, San Bernardino, California, United States of America.
- Zimmerman, C., Hossain, M., & Watts, C. (2011). Human trafficking and health: A conceptual model to inform policy, intervention and research. *Social Science & Medicine*, 73(2), 327-335. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.05.028
- Zimmerman, C., Yun, K., Shvab, I., Watts, C., Trappolin, L., Treppete, M., ... Regan, L. (2003). *The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine. Retirado de <http://www.lshtm.ac.uk/php/ghd/docs/traffickingfinal.pdf>

Anexos

Anexo 1. Parecer do Conselho de Ética da Universidade do Minho



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Conselho de Ética - Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: SECSH 052/2018

Título do projeto: Tráfico de Seres Humanos - Perceção dos Profissionais de Saúde

Investigador(a) Responsável: Sara Raquel Martins de Figueiredo, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Outros Investigadores: Marlene Matos & Mariana Gonçalves, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

O Conselho de Ética analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado Tráfico de Seres Humanos - Perceção dos Profissionais de Saúde.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, o Conselho de Ética nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável.

Braga, 07 de setembro de 2018.

A Presidente

Assinado por: GRACIETTE TAVARES DIAS
Num. de Identificação Civil: 81071230157
Data: 2018.09.28 10:24:09 GMT Daylight Time



CARTÃO DE CIDADÃO
• • • •

Anexo: Formulário de identificação e caracterização do projeto