

Uma revisão crítica e mista da literatura em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde – Propondo a *healthenship*: “Fui para o hospital com medo de perder o meu emprego”

A critical and mixed studies review on the relationship between citizenship rights and health – Proposing *healthenship*: “I went to the hospital afraid that I might lose my job”

Miguel Correia

M

2022



Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade do Porto

Miguel Ângelo Dias Correia

Uma revisão crítica e mista da literatura em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde – Propondo a *healthenship*: “Fui para o hospital com medo de perder o meu emprego”

A critical and mixed studies review on the relationship between citizenship rights and health – Proposing *healthenship*: “I went to the hospital afraid that I might lose my job”

Dissertação¹ apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, no domínio da Educação, Comunidade e Democracia: Educação para a Saúde, sob orientação da Professora Doutora Isabel Menezes.

Novembro, 2022

¹ A presente dissertação encontra-se escrita segundo o Acordo ortográfico da língua portuguesa de 1990 (Portal da Língua Portuguesa, n.d.), bem como segue as normas de escrita científica da American Psychological Association [APA] (2020), com as alterações requeridas pelo regulamento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto [FPCEUP] (2012), no que respeita às normas de apresentação, e pelo Centro de Investigação e Intervenção Educativas [CIIE] (2022), no que diz respeito às normas de referência.

Reconhecimentos

Nesta secção procuro reconhecer as pessoas que se revelaram centrais nesta jornada em torno da escrita académica e defesa pública desta dissertação. Opto por reconhecer em detrimento de agradecer porque, numa perspetiva ampla, o primeiro termo implica reflexão e diálogo, indo além do formalismo e automatismo sociolinguístico do segundo termo. Nesta linha, o ato de reconhecer implica gratidão, reflexão e diálogo, em larga medida, revela-se um exame minucioso sobre dada situação.

Assente nesta perspetiva, tenho necessariamente de reconhecer a influência de dadas pessoas e contextos de vida que contribuíram para «ser quem sou». Em primeiro lugar, cabe-me agradecer às pessoas que integram o meu primeiro contexto de socialização – a família. Não obstante à fonte de sofrimento que simbolizam, sempre me inspirou a forma como, no seio de tanta adversidade e dor que constitui as suas vidas e a sua identidade, se revelam imensamente próximos das noções de amor e humanismo. A minha mãe nunca conheceu o significado de «amor de mãe», diria até que terá conhecido antes o sentido de «ódio de madrastra», no entanto, foi capaz de me dar um amor que nunca conheceu e isso sempre me inspirou a ser uma pessoa aberta a escutar os outros e a estabelecer relações genuínas. O meu pai que toda a vida viveu sob a égide de uma identidade humana assente nas noções de ignorante e de analfabeto sempre me inspirou pela forma como se pronunciava acerca de diferentes situações da vida, desde a metáfora de que «somos como as flores, nascemos um dia e morreremos noutro» até à forma como «sofre» (contorcendo o corpo e fazendo expressões faciais de dor) quando ouve «nas notícias» (o telejornal) que «mataram pessoas na guerra», contribuindo para que eu olhasse para todas as pessoas como uma porta para aprender quando somos capazes de verdadeiramente escutar. A minha irmã que sofreu «o dobro» e que ultrapassou «tudo e todos» para encontrar a sua felicidade, sempre me inspirou a ser assertivo e a procurar o que melhor há em mim. A minha companheira, a Bárbara, que tem características singulares, como a capacidade de fazer tudo rápido e bem (sendo a exceção viva [o tal quem] do ditado “rápido e bem, há pouco quem”), sempre me inspirou a ser melhor e a ver as vantagens em fazer as coisas de outra forma. A par disto, revela-se a minha fonte de felicidade e de inspiração no seio de toda a adversidade e sofrimento que perfaz a minha vida.

Em segundo lugar, cabe-me agradecer às pessoas que constituem um contexto de vida particular que surgiu em tempo escolar – o Parkour. Nunca ninguém acreditou em mim na Escola, sempre visto como fraco, calado e «mais um». Contudo, no desporto era forte, expressivo e único. A partir dos colegas do desporto escolar conheci «amigos para a vida» no Parkour. E, mais importante ainda talvez, fui influenciado por valores como o altruísmo, a sinceridade e o respeito numa altura em que os únicos valores a que tinha acesso passavam pela mentira, o egoísmo e o desrespeito. O Parkour sempre me inspirou a ser melhor e a trabalhar em equipa, em rede, no fundo, a compreender o sentido de uma comunidade e das relações com os outros.

Em terceiro lugar, cabe-me agradecer às pessoas que constituem os contextos laboral e académico com os quais contactei ao longo dos anos. Em larga medida, o conflito de «viver» nestes dois contextos em simultâneo trouxe-me, também ao mesmo tempo, «felicidade de manhã e sofrimento à noite», genericamente falando, claro. De manhã e de tarde, na faculdade, aprendi a ser (a conhecer, a fazer e a conviver com os outros), em larga medida, construí a pessoa que nunca soube que poderia ser e descobri a minha verdadeira paixão na vida – as Ciências da Educação –, lutar diariamente para ser investigador e professor faz com que a ideia da minha própria mortalidade se torne menos aterradora, mas também traz consigo dor, sobretudo, quando a «vida» me empurra continuamente para «baixo» e eu tenho de permanentemente escalar «para cima». Neste contexto, conheci pessoas que me motivaram, que acreditaram em mim e que me apoiaram ao longo dos anos (todos os professores e professoras do curso, mas talvez mais em particular, à Professora Ariana e ao Professor Rui, à Professora Eunice, à Professora Sofia Marques da Silva, à Professora Preciosa, à Professora Carlinda, ao Professor Henrique e à Professora Isabel – foram os primeiros a fazê-lo em toda a minha vida). E ainda me disseram, de uma forma carinhosa e eloquente, que poderia vir a «ser alguém». E isso marcou-me até ao dia de hoje e penso que ficará sempre comigo. De todas as pessoas no contexto académico, cabe-me reconhecer a fonte de inspiração que é a Professora Isabel, sempre com uma forma de falar, simultaneamente, carinhosa e

desafiante, e com uma carreira notável que me inspira desde que li os seus textos e participava nas suas aulas, até hoje enquanto orientando. O meu sonho académico passa por um dia pensar e discursar com as qualidades que a Professora Isabel apresenta. De noite, aprendi um outro lado da vida, há quem diga que é o lado «real» da vida, mas espero que essas pessoas estejam enganadas, porque é tão horrível que não pode ser verdade. No entanto, concordo que faz parte da realidade e que tem de ser alterado para as pessoas não sofrerem tanto. Contudo, neste contexto conheci a pessoa que me falou da licenciatura em Ciências da Educação, o Paulo, e, por conseguinte, que me abriu a janela para um outro mundo, por esse motivo me inspira a «dar uma mão» às outras pessoas.

Por último, tenho de reconhecer o esforço que realizei, a capacidade hercúlea que demonstrei em ultrapassar as adversidades que fui encontrando e a gerir todo o sofrimento que vivenciei, bem como a governar todas as alegrias da vida. Eu não sou apenas aquilo que construo com o *eu*, sou também aquilo que construo com os outros e em contacto com o mundo. Por esse motivo, espero um dia «ser alguém» que contribua para a construção da vida de outras pessoas enquanto uma influência «positiva» e uma fonte de inspiração.

The worst decision of all is none.

This is despite all the genuine limitations and disappointments that becoming something entails.

Those who do not choose a direction are lost. It is far better to become something than to remain
anything but become nothing.

— Jordan Peterson (1999, p. 42), *Maps of meaning: The architecture of belief*

Resumo

A relação entre (direitos de) cidadania e saúde tem vindo a ser marcada por transformações sociopolíticas, como o surgimento de regimes políticos autoritários e diversos movimentos sociais que reivindicam o acesso ao direito à saúde, e debates científicos em torno do desenvolvimento da cidadania em saúde e do seu significado. Aliado a estas ideias, uma reflexão em torno do significado das palavras direitos, cidadania e saúde, e do seu lugar nos documentos normativos internacionais revela a miríade de perspetivas em torno destes conceitos, assim como a panóplia de práticas políticas à volta do acesso ao direito à saúde. Nesta linha, identificar o conhecimento produzido em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde apresenta-se crucial para compreender as transformações sociopolíticas e clarificar os debates científicos ocorridos nas últimas décadas, bem como para contribuir para a construção e expansão de ideias em torno da profissionalidade das/os educólogas/os no contexto da prevenção, promoção e educação em saúde.

Assente nesta esteira, abraçou-se o desafio de responder a três questões: *Como se estrutura a relação entre direitos de cidadania e saúde? Como se processa a evolução desta relação ao longo do tempo? Quais são as principais tensões e continuidades na relação entre direitos de cidadania e saúde?* Nesta linha, levou-se a cabo uma revisão crítica e mista de literatura, onde se procurou agregar conhecimento em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde, bem como se procurou construir metateoria em torno das considerações alcançadas com a revisão. Assente neste referencial metodológico, a meta-apreciação, -síntese e -interpretação de 92 artigos permitiu caracterizar a relação entre direitos de cidadania e saúde em torno de cinco categorias (cidadania e direitos, participação cidadã, saúde física e mental, pessoas migrantes e refugiadas, e sexualidade[s] e relações de intimidade), e contribuiu para elaborar uma proposta em torno da área da cidadania em saúde: a *healthenship*. A *healthenship* caracteriza-se pela reclamação da saúde como uma condição para a construção da cidadania vista como um estatuto sociocultural e político que se transforma ao longo da vida, incorporando as subjetividades humanas que subjazem à participação nos processos de construção da cidadania por meio da reivindicação do direito à saúde enquanto conjunto de condições necessárias para a realização efetiva de uma vida digna.

Por último, os contributos desta pesquisa têm o potencial de influenciar a prática profissional das/os educólogas/os em contextos de saúde, na medida em que elucidam acerca dos mapas de significado subjacentes aos contextos sociopolítico, comunitário e individual que obstruem e promovem o desenvolvimento dos processos de educação, mediação e empoderamento individual, social, organizacional e comunitário que estes profissionais integram.

Palavras-chave: Revisão crítica e mista; Direitos de cidadania e saúde; Cidadania em saúde; *Healthenship*; Ciências da Educação.

Abstract

The relationship between (rights of) citizenship and health has been marked by socio-political transformations, such as the emergence of authoritarian political regimes and various social movements demanding access to the right to health, and scientific debates around the development of citizenship in health and its meaning. Allied to these ideas, a reflection around the meaning of the words rights, citizenship and health, and their place in international normative documents reveals the myriad of perspectives around these concepts, as well as the panoply of political practices around the access to the right to health. Therefore, identifying the knowledge produced on the relationship between citizenship rights and health is crucial to understanding the socio-political transformations and clarifying the scientific debates that have taken place in recent decades, as well as contributing to the construction and expansion of ideas on the professionalism of *educologists* in the context of prevention, promotion and health education.

On this basis, the challenge of answering three questions was embraced: *How is the relationship between citizenship rights and health structured? How has this relationship evolved over time? What are the main tensions and continuities in the relationship between citizenship rights and health?* In this line, a critical and mixed literature review was carried out, where we sought to aggregate knowledge around the relationship between citizenship rights and health, as well as to build metatheory around the considerations reached with the review. Based on this methodological framework, the meta-analysis, -synthesis and -interpretation of 92 articles allowed to characterise the relationship between citizenship rights and health around five categories (citizenship and rights, citizen participation, physical and mental health, migrant, refugee and immigrant people, and sexuality[s] and intimacy relationships), and contributed to elaborate a proposal around the area of health citizenship: *healthenship*. Healthenship is characterised by the claim of health as a condition for the construction of citizenship seen as a sociocultural and political status that is transformed throughout life, incorporating the human subjectivities that underlie the participation in the processes of citizenship construction through the claim of the right to health as a set of necessary conditions for the effective realisation of a life with dignity.

Finally, the contributions of this research have the potential to influence the professional practice of educologists in health contexts, as they elucidate the maps of meaning underlying the sociopolitical, community and individual contexts that obstruct and promote the development of the processes of education, mediation and individual, social, organizational and community empowerment that these professionals integrate.

Keywords: Critical and mixed studies review; Citizenship and health rights; Health citizenship; *Healthenship*; Education Sciences.

Résumé

La relation entre les (droits de) citoyenneté et la santé a été marquée par des transformations sociopolitiques, telles que l'émergence de régimes politiques autoritaires et de divers mouvements sociaux réclamant l'accès au droit à la santé, et par des débats scientifiques autour du développement de la citoyenneté en matière de santé et de sa signification. Associée à ces idées, une réflexion autour de la signification des mots droits, citoyenneté et santé, et de leur place dans les documents normatifs internationaux révèle la myriade de perspectives autour de ces concepts, ainsi que la panoplie de pratiques politiques autour de l'accès au droit à la santé. Par conséquent, l'identification des connaissances produites sur la relation entre les droits de citoyenneté et la santé est cruciale pour comprendre les transformations sociopolitiques et clarifier les débats scientifiques qui ont eu lieu au cours des dernières décennies, ainsi que pour contribuer à la construction et à l'expansion des idées autour du professionnalisme des *éducologues* dans le contexte de la prévention, de la promotion et de l'éducation à la santé.

Sur cette base, le défi de répondre à trois questions a été relevé : Comment s'articule la relation entre les droits de citoyenneté et la santé ? Comment cette relation a-t-elle évolué au fil du temps ? Quelles sont les principales tensions et continuités dans la relation entre les droits de la citoyenneté et la santé ? Dans cette ligne, une revue critique et mixte de la littérature a été réalisée, où nous avons cherché à rassembler les connaissances sur la relation entre les droits de la citoyenneté et la santé, ainsi qu'à construire une métathéorie autour des considérations atteintes par la revue. Sur la base de ce cadre méthodologique, la méta-analyse, -synthèse et -interprétation de 92 articles a permis de caractériser la relation entre les droits de citoyenneté et la santé autour de cinq catégories (citoyenneté et droits, participation citoyenne, santé physique et mentale, personnes migrantes, réfugiées et immigrées, et sexualité[s] et relations d'intimité), et a contribué à élaborer une proposition autour du domaine de la citoyenneté dans la santé : la *healthenship*. Healthenship se caractérise par la revendication de la santé comme condition de la construction de la citoyenneté, considérée comme un statut socioculturel et politique qui se transforme tout au long de la vie, incorporant les subjectivités humaines qui sous-tendent la participation aux processus de construction de la citoyenneté par la revendication du droit à la santé comme un ensemble de conditions nécessaires à la réalisation effective d'une vie dans la dignité.

Enfin, les contributions de cette recherche ont le potentiel d'influencer la pratique professionnelle des *éducologues* dans les contextes de santé, car elles élucident les cartes de sens sous-jacentes aux contextes sociopolitiques, communautaires et individuels qui entravent et favorisent le développement des processus d'éducation, de médiation et d'empowerment individuel, social, organisationnel et communautaire que ces professionnels intègrent.

Mots-clés: Revue critique et études mixtes; Citoyenneté et droits en matière de santé; Citoyenneté en santé; *Healthenship*; Sciences de l'éducation.

Lista de siglas, acrónimos e abreviaturas

ACHPR – African Charter on Human and Peoples’ Rights

ACHR – Arab Charter on Human Rights

AERA – American Educational Research Association

AGREE – Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation

AMSTAR – A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews

APA – American Psychological Association

APACHRAAESCR – Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights

AXIS – Appraisal tool for cross-sectional Studies

BERA – British Educational Research Association

BMJ – British Medical Journal

CARE – Case Reports

CASP – Critical Appraisal Skills Programme

CEDAW – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women

CERD – Convention on the Elimination of all forms of Racial Discrimination

CIIE – Centro de Investigação e Intervenção Educativas

CONSORT – Consolidated standards of Reporting Trials

COREQ – Consolidated criteria for Reporting Qualitative Studies

CRC – Convention on the Rights of the Child

CRe-DEPTH – Criteria for Describing and Evaluating Training Interventions in Healthcare Professions

CRPD – Convention on the Rights of Persons with Disabilities

CUNSICJ – Charter of the United Nations and Statute of the International Court of Justice

CWHO – Constitution of the World Health Organization

DOAJ – Directory of Open Access Journals

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

eMERGe – Meta-ethnography Reporting Guidance

ENTREQ – Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative research

ERIC – Education Resources Information Center

ESC – European Social Charter

FCGH – Framework Convention on Global Health

FGD – Focus Group Discussion

FPCEUP – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

GRIPP – Guidance for Reporting Involvement of Patients and the Public

H CPRDU – Health Care Practice Research & Development Unit

IBHR – International Bill of Human Rights

ICCPR – International Covenant on Civil and Political Rights

ICESCR – International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

JBI – Joanna Briggs Institute

JStor – Journal Storage

LGBT / LGBTI / LGBTQIA+ – Lesbian, Gays, Bisexual and Transgender / Lesbian, Gays, Bisexual, Transgender and Intersex / Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex and Asexual

MDG – Millennium Development Goals

MMAT – Mixed Methods Appraisal Tool

NICE – National Institute for health and Care Excellence

NUD*IST – Non-numerical Unstructured Data Indexing, Searching, and Theorizing

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

PPES / PES – Prevenção, Promoção e Educação em Saúde / Promoção e Educação em Saúde

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

RATS – Qualitative Research Review Guidelines

ROBIS – Risk of Bias Assessment Tool for Systematic Reviews

SDG – Sustainable Development Goals

SPCE – Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação

SPIRIT – Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SQUIRE – Standards for Quality Improvement Reporting Excellence

SRQR – Standards for Reporting Qualitative Research

STARD – Standards for Reporting Diagnostic Accuracy Studies

STaRI – Standards for Reporting Implementation Studies

STROBE – Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

SURE – Specialist Unit for Review Evidence

UDHR – Universal Declaration of Human Rights

UN – United Nations

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

VIH/SIDA / HIV/AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida / Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome

WHO – World Health Organization

Índice de tabelas

Tabela 1: Identificação dos aspetos etimológicos associados ao conceito de cidadania	26
Tabela 2: Identificação dos aspetos etimológicos associados ao conceito de direitos	27
Tabela 3: Identificação dos aspetos etimológicos associados ao conceito de saúde	28
Tabela 4: Caracterização do conceito de cidadania em saúde assente em processos sociopolíticos	40
Tabela 5: Caracterização da construção do direito à saúde a partir de normativos internacionais	49
Tabela 6: Caracterização dos contributos da área da promoção em saúde para o campo da cidadania em saúde no escopo das conferências da WHO	59
Tabela 7: Frequência de grupos sociais identificados nos artigos enquanto participantes	93
Tabela 8: Frequência das metodologias identificadas nos artigos	96
Tabela 9: Frequência das técnicas de investigação identificadas nos artigos	96
Tabela 10: Frequência da referência a autores/as e aos seus conceitos ao longo dos artigos	97
Tabela 11: Descrição dos artigos referentes à construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde	102
Tabela 12: Descrição do artigo referente à construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde no que respeita à arena científica	104
Tabela 13: Descrição dos artigos referentes à construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde no que respeita à arena legal	105
Tabela 14: Descrição dos artigos referentes à construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde no que respeita à arena política	107
Tabela 15: Descrição dos artigos referentes à construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde no que respeita à arena médica	19
Tabela 16: Descrição dos artigos referentes à construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde no que respeita à arena da(s) sexualidade(s) e das relações de intimidade	113
Tabela 17: Descrição dos artigos referentes à participação cidadã na arena política	116
Tabela 18: Descrição dos artigos referentes à participação cidadã na arena pessoal e social	118
Tabela 19: Descrição dos artigos referentes ao ativismo profissional em contextos de saúde	121
Tabela 20: Descrição dos artigos referentes ao ativismo profissional em contextos sociais	126
Tabela 21: Descrição dos artigos referentes à relação entre (direitos de) cidadania e saúde (física e mental)	128
Tabela 22: Descrição dos artigos referentes à relação entre (direitos de) cidadania e saúde física no que respeita à arena médico-política	130
Tabela 23: Descrição dos artigos referentes à relação entre (direitos de) cidadania e saúde física no que respeita à arena física e social	135
Tabela 24: Descrição dos artigos referentes à relação entre (direitos de) cidadania e saúde mental no que respeita à arena médico-política	137
Tabela 25: Descrição dos artigos referentes à relação entre (direitos de) cidadania e saúde mental no que respeita à arena social, comunitária e pessoal	142

Tabela 26: Descrição dos artigos referentes aos desafios enfrentados por pessoas migrantes e refugiadas por relação ao estatuto (i)legal.....	145
Tabela 27: Descrição dos artigos referentes à contestação de direitos de cidadania ligados à saúde por parte de pessoas migrantes e refugiadas	148
Tabela 28: Descrição dos artigos referentes à contestação de direitos de cidadania ligados à saúde por parte de pessoas migrantes e refugiadas no que respeita ao mundo do trabalho	156
Tabela 29: Descrição dos artigos referentes à contestação de direitos sexuais e reprodutivos.....	159
Tabela 30: Descrição dos artigos referentes às reivindicações da comunidade LGBTI	160
Tabela 31: Descrição dos artigos referentes ao campo da educação	165
Tabela B1: Plano de apresentação (<i>reporting</i>) dos resultados da revisão.....	230
Tabela F1: Análise de conteúdo: Categoria referente aos direitos de cidadania e respetivas subcategorias.....	246
Tabela F2: Análise de conteúdo: Categoria referente à participação cidadã e respetivas subcategorias ..	246
Tabela F3: Análise de conteúdo: Categoria referente à saúde física e mental, e respetivas subcategorias	247
Tabela F4: Análise de conteúdo: Categoria referente às pessoas migrantes e refugiadas, e respetivas subcategorias	247
Tabela F5: Análise de conteúdo: Categoria referente à(s) sexualidade(s) e relações de intimidade, e respetivas subcategorias	248
Tabela F6: Análise de conteúdo: Categoria referente a outras informações de interesse	248

Índice de figuras

Figura 1: As etapas do desenho da investigação	70
Figura 2: Processos de triagem e de avaliação da qualidade da informação	79
Figura 3: Distribuição dos artigos por ano de publicação	90
Figura 4: Frequência do número de artigos por revistas científicas	91
Figura 5: Frequência das áreas científicas dos autores dos artigos.....	92
Figura 6: Distribuição do número de países onde incidiram os artigos por continentes.....	98
Figura 7: Distribuição das categorias de análise por continentes e ano de publicação.....	100
Figura 8: Linha temporal que descreve os artigos, e os eventos dos contextos sociopolítico e científico	172
Figura 9: Diagrama acerca do conceito de saúde	175
Figura 10: Diagrama acerca do conceito de direitos de cidadania.....	177
Figura 11: Diagrama acerca do conceito de <i>healthenship</i>	181
Figura 12: Diagrama que exemplifica as relações que constituem a <i>healthenship</i>	183
Figura G1: Distribuição da categoria referente aos direitos de cidadania por continentes e ano de publicação.....	249
Figura G2: Distribuição da categoria referente à saúde por continentes e ano de publicação	250
Figura G3: Distribuição da categoria referente à participação cidadã por continentes e ano de publicação.....	251
Figura G4: Distribuição da categoria referente às pessoas migrantes e refugidas por continentes e ano de publicação.....	252
Figura G5: Distribuição da categoria referente à(s) sexualidade(s) e relações de intimidade por continentes e ano de publicação	253
Figura I1: Formulário de revisão ética	255

Índice de apêndices

Apêndice A.....	216
Apêndice B.....	230
Apêndice C.....	233
Apêndice D.....	234
Apêndice E	236
Apêndice F	246
Apêndice G.....	249

Índice de anexos

Anexo I.....	255
--------------	-----

Índice geral

Introdução.....	18
Capítulo I – Considerações de partida e enquadramento concetual.....	22
1. Considerações de partida e enquadramento concetual.....	23
1.1. (Direitos de) Cidadania e saúde: Uma contextualização etimológica.....	23
1.2. Direitos de cidadania e saúde: Uma perspetiva académica.....	29
1.3. A relação entre (direitos de) cidadania e saúde: O debate em torno da cidadania em saúde (<i>health citizenship</i>).....	33
1.3.1. Alguns traços socio-históricos da relação entre (direitos de) cidadania e saúde.....	34
1.3.2. O surgimento da cidadania em saúde (<i>health citizenship</i>).....	36
1.3.3. Cidadania em saúde: Construindo uma definição agregadora.....	45
1.4. O direito (humano) à saúde: Um ponto de situação contemporâneo.....	47
1.5. O lugar da educação no seio da relação entre (direitos de) cidadania e saúde.....	55
Capítulo II – Considerações ontológicas, epistemológicas, teóricas e metodológicas: A arquitetura da investigação.....	62
2. A arquitetura da investigação.....	63
2.1. Investigar em Ciências da Educação: A ciência das situações educativas.....	63
2.1.1. Aprofundamento do problema socioeducativo a estudar.....	64
2.2. O posicionamento ontológico: Um olhar assente no «relativismo delimitado».....	65
2.3. O enquadramento epistemológico: Uma posição assente no «construcionismo».....	66
2.4. O referencial teórico: Um ponto de vista assente no «pragmatismo».....	67
2.5. O desenho da investigação.....	69
2.5.1. A construção do referencial metodológico.....	70
2.5.1.2. O desenvolvimento de uma revisão crítica e mista da literatura em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde.....	74
2.5.1.2.1. Questões éticas.....	75
2.5.1.2.1.1. As motivações pessoais.....	77
2.5.1.2.2. Processos de triagem (<i>searching e screening</i>) e de avaliação da qualidade da informação (<i>quality appraisal</i>).....	78
2.5.1.2.3. Processos de extração da informação (<i>data extraction</i>), de meta-síntese, -apreciação e -interpretação da informação, e de apresentação (<i>reporting</i>) dos resultados alcançados.....	83
2.5.1.2.4. A construção de metateoria.....	85
2.5.2. O processo de divulgação da investigação.....	86

Capítulo III – Apresentação e interpretação dos resultados da revisão	87
3. Apresentação e interpretação dos resultados da revisão.....	88
3.1. Reflexão descritiva-interpretativa.....	88
3.1.1. Elementos externos: Ano de publicação, revistas e autores(as).....	88
3.1.2. Elementos internos: Participantes, metodologias, técnicas de investigação e bases teóricas	92
3.1.3. Elementos emergentes: A relação entre artigos, categorias de análise e a geografia do globo.....	97
3.2. Reflexão narrativa-interpretativa	100
3.2.1. Concetualizando a construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde	101
3.2.2. Os direitos de cidadania na arena científica, legal, política, médica, e da(s) sexualidade(s) e das relações de intimidade	103
3.2.2.1. A arena científica	103
3.2.2.2. A arena legal.....	104
3.2.2.3. A arena política.....	106
3.2.2.4. A arena médica	108
3.2.2.5. A arena da(s) sexualidade(s) e das relações de intimidade	112
3.2.3. A participação cidadã a partir do olhar da saúde	114
3.2.3.1. A arena política.....	115
3.2.3.2. A arena pessoal e social.....	117
3.2.3.3. O ativismo profissional em contextos de saúde.....	120
3.2.3.4. O ativismo profissional em contextos sociais	125
3.2.4. Aprofundando a relação entre (direitos de) cidadania e saúde (física e mental)	127
3.2.5. A construção da cidadania de pessoas com condições físicas	129
3.2.5.1. O corpo em relação com a arena médico-política.....	129
3.2.5.2. O corpo em relação com a arena física e social	134
3.2.6. A construção da cidadania de pessoas com doenças mentais.....	136
3.2.6.1. A arena médico-política.....	136
3.2.6.2. A arena social, comunitária e pessoal	141
3.2.7. A construção da cidadania de pessoas migrantes e refugiadas	143
3.2.7.1. Os desafios apresentados pelo estatuto (i)legal no campo da saúde	144
3.2.7.2. As pessoas migrantes e refugiadas, e a contestação de direitos de cidadania ligados à saúde	147
3.2.7.3. A arena do mundo do trabalho	154

3.2.8. Sexualidade(s) e relações de intimidade	158
3.2.8.1. Os direitos sexuais e reprodutivos	158
3.2.8.2. Comunidade LGBTI	159
3.2.8.3. Educação.....	163
Capítulo IV – Discussão dos resultados	169
4. Discussão dos resultados.....	170
4.1. <i>Healthenship</i> : Consolidando a relação entre direitos de cidadania e saúde no escopo do campo da cidadania em saúde	170
4.2. Cidadania em saúde: O lugar do/a educólogo/a	184
Considerações finais.....	186
Referências	189
<i>Científico-académicas</i>	189
<i>Outras (jornais, internet e media)</i>	209
<i>Documentos normativos</i>	213

Introdução

O projeto de investigação proposto nesta dissertação parte de uma miríade de eventos (sociais, políticos, científicos, entre outros) que suscitam uma série de inquietações ligadas aos campos da (dos direitos de) cidadania e da saúde. Nesta linha, do ponto de vista sociopolítico, na última década, assistiu-se ao desenvolvimento de diversas tensões nas sociedades do globo com implicações para os campos da (dos direitos de) cidadania e da saúde, nomeadamente, a miríade de problemáticas sociopolíticas em torno da independência territorial, assim como disputas políticas que polarizam o tecido social das nações envolvidas, sendo de notar ainda o surgimento de frações políticas e regimes governativos autoritários, um pouco por todo o mundo, que geram tensões sociopolíticas catalisadoras do aprofundamento da vulnerabilidade social e humana. Ao mesmo tempo, observa-se a violação sistemática dos direitos humanos (e de cidadania), bem como o surgimento de diversas problemáticas em torno da área da saúde que se têm vindo a revelar transversais em todo o mundo: a *marketização* da prática médica (Oliver, 2015b), a tensão entre Escola e família no que respeita à educação sexual (Oliver, 2015e), as problemáticas em torno da saúde mental (Oliver, 2015h, 2022c), as disputas sociopolíticas em torno da interrupção voluntária da gravidez (Oliver, 2016a), assim como as vulnerabilidades desencadeadas pela pandemia do vírus SARS-CoV-2 (daqui em diante designado por *Covid-19*) (Oliver, 2020b).

Assente nesta esteira, assistiu-se ao reacender de um debate em torno da área da cidadania em saúde, nomeadamente, no que respeita à construção de uma definição consensual acerca desta área e das problemáticas que perfazem o seu escopo, seja em relação com a elevada transmissão de determinadas doenças (e.g., o VIH/SIDA) e o acesso à saúde (Colvin & Robins, 2009), seja em torno da contestação sociopolítica face às iniquidades sociais e em saúde (Groleau, 2011; Waldman, 2016), bem como à volta da responsabilização individual pela saúde (Spoel & Harris, 2014; Spoel, et al., 2021), seja do acesso aos serviços nacionais de saúde (Harjula, 2016; Nugroh, et al., 2021), ou seja ainda em torno da tensão entre o neoliberalismo e as reivindicações sociais relacionadas com os direitos (humanos e de cidadania) respeitantes ao ambiente (Hartmann, 2018) e aos desafios da digitalização (Petrakaki, et al., 2021). De salientar também o trabalho de Komporozos-Athanasiou, Fudge, Adams e McKevitt (2016) que perspetivam o conceito de cidadania em saúde na interseção entre os aspetos biopsicossociais da vida social e humana, e as características do mercado económico global, cujo reflexo se evidencia sob diferentes formas de participação das pessoas na reivindicação do acesso ao direito à saúde.

Numa perspetiva ampla, o campo da cidadania em saúde, ao mesmo tempo que surge, por um lado, indefinido em termos do seu escopo enquanto área científica e, por outro lado,

relacionado com problemáticas intimamente próximas do campo da (dos direitos de) cidadania e da saúde, revela-se pautado e moldado por questões sociopolíticas emergentes na contemporaneidade e por um enquadramento científico disperso em termos da construção da cidadania em saúde enquanto uma área do conhecimento, como se identifica pelo desenvolvimento de perspectivas distintas em torno da evolução deste campo ao longo das décadas.

Posto isto, no contexto social, político e científico, a relevância da área da cidadania em saúde enquanto contestação social pelo direito à saúde (e a uma vida digna) surge como um ponto de encontro entre os campos da (dos direitos de) cidadania e da saúde proveniente do rescaldo da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), nomeadamente, aquando da procura global pelo estabelecimento de uma série de direitos inalienáveis ao ser humano – os direitos humanos. A partir deste desejo, surge a criação das *United Nations* [UN] em 1945 (*United Nations Charter*, 1945), na qual constam cento e noventa e cinco nações (cento e noventa e três nações-membros, e 2 nações-observadoras). Assente neste projeto global, inicia-se o desenvolvimento da *International Bill of Human Rights* [IBHR] (*United Nations* [UN], n.d.-c) alavancada pela elaboração da *Universal Declaration of Human Rights* [UDHR] no final do ano de 1948 e consolidada em 1966 por dois convênios internacionais: o *International Covenant on Civil and Political Rights* [ICCPR] e o *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* [ICESCR]. Com base nestes documentos, o direito à saúde revela-se amplamente tido em conta, sendo que estes acordos internacionais serviram de base a diversos tratados globais e entre nações que demarcam o direito à saúde enquanto basilar ao desenvolvimento da democracia, da paz no mundo e da construção da cidadania (Wolff, 2012).

Assente nesta esteira, desde o final da Segunda Guerra Mundial que diversos documentos internacionais procuraram aprofundar a IBHR em termos do direito à saúde, tais como:

- a *Convention on the Elimination of all forms of Racial Discrimination* [CERD] em 1965, onde se identifica, por exemplo: “The right to public health, medical care, social security and social services” (Article 5);
- a *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* [CEDAW] em 1979, onde se observa, a título exemplificativo:

The right to protection of health and to safety in working conditions, including the safeguarding of the function of reproduction . . . [and] to eliminate discrimination against women in the field of [healthcare] in order to ensure, on a basis of equality of men and women, access to [healthcare] services, including those related to family planning [and] ensure to women appropriate services in connection with pregnancy, confinement and the post-natal period, granting free services where necessary, as well as adequate nutrition during pregnancy and lactation. (Articles 11, No. 1f, and 12);

- a Convention on the Rights of the Child [CRC] em 1989, onde se constata, a título ilustrativo: “The right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health” (Article 24);
- a Convention on the Rights of Persons with Disabilities [CRPD] em 2006, onde se denota, por exemplo: “Persons with disabilities have the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health without discrimination on the basis of disability” (Article 25);
- a European Social Charter [ESC] em 1961, onde se verifica, a título de exemplo:
[States’ have the obligation to take measures] to remove as far as possible the causes of ill-health; to provide advisory and educational facilities for the promotion of health and the encouragement of individual responsibility in matters of health; to prevent as far as possible epidemic, endemic and other diseases, as well as accidents’; [and the duty] to ensure that any person who is without adequate resources and who is unable to secure such resources either by his own efforts or from other sources, in particular by benefits under a social security scheme, be granted adequate assistance, and, in case of sickness, the care necessitated by his condition. (Article 10);
- a African Charter on Human and Peoples’ Rights [ACHPR] em 1981, onde se nota, a título exemplificativo: “The right to enjoy the best attainable state of physical and mental health [and the obligation of the State to] take the necessary measures to protect the health of their people and to ensure that they receive medical attention” (Article 16);
- a Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights: Protocol of San Salvador [APACHRAESCR] em 1988, onde se depreende, a título de ilustração: “Everyone shall have the right to health, understood to mean the enjoyment of the highest level of physical, mental and social well-being (Article 10); e
- a Arab Charter on Human Rights [ACHR] em 2004, onde se identifica, por exemplo:
The State Parties recognize the right of every member of society to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health and the right of the citizen to free basic healthcare services and to have access to medical facilities without discrimination of any kind. (Article 39).

Assente nestas ideias, as questões relativas ao direito à saúde, à construção da cidadania e à consolidação dos direitos humanos surgem particularmente presentes nos contextos sociopolítico e científico enquanto pontos de tensão, de disputa e de reivindicação por, em larga medida, uma vida digna.

A par destes aspetos, importa ainda referir o lugar dos direitos de cidadania e da saúde na minha vida enquanto mote inspirador e catalisador para a exploração desta relação. Em larga medida, embora tenha selecionado um lugar particular no Capítulo II para refletir criticamente acerca desta questão, cabe por agora dizer que a minha história de vida tem vindo a ser marcada pelas tensões existentes nestes dois campos e, em particular, pelas problemáticas produzidas

pela interseção destes dois lugares. Como tal, embora o palco desta dissertação seja concedido ao aprofundamento da relação entre direitos de cidadania e saúde, o pano de fundo que subjaz a esta investigação revela-se ligado a uma vontade de compreender de forma ampla as relações conexas a estes dois campos, bem como à construção da vida social e humana presente no seio da sua interseção.

A presente pesquisa, como forma de agregar o conhecimento científico disperso acerca da área da cidadania em saúde, e de explorar e aprofundar as questões sociopolíticas emergentes nos campos dos direitos de cidadania e da saúde, sustenta-se numa revisão crítica e mista de literatura, partindo de duas questões: *Como se estrutura a relação entre direitos de cidadania e saúde? Como se processa a evolução desta relação ao longo do tempo? Quais são as principais tensões e continuidades na relação entre direitos de cidadania e saúde?* Assente nesta base, o processo de revisão que se levou a cabo procurou dar resposta a estas indagações.

A presente dissertação apresenta-se composta por quatro capítulos: o primeiro, que diz respeito às considerações de partida e ao enquadramento concetual da investigação, onde se exploram os conceitos de direitos, de cidadania e de saúde à luz das perspetivas etimológica, normativa e científica como forma de construir um entendimento amplo acerca destes termos, onde se constrói uma análise socio-histórica agregadora da relação entre (direitos de) cidadania e saúde, bem como se propõe uma concetualização agregadora do surgimento e desenvolvimento da área da cidadania em saúde; o segundo, que diz respeito à arquitetura da investigação, onde se identificam os pressupostos ontológicos, epistemológicos, teóricos e metodológicos que sustentam a investigação e o processo de revisão de literatura levado a cabo, bem como todos os procedimentos subjacentes; o terceiro, que diz respeito à apresentação e interpretação dos resultados da pesquisa, onde se descreve de forma robusta os elementos ligados à revisão e onde se desenvolve uma leitura crítica das problemáticas que circunscrevem as considerações alcançadas em torno de uma série de arenas de disputa, contestação e reivindicação sociopolítica; e o quarto, que diz respeito à discussão dos resultados, onde se propõe um olhar crítico e singular sobre o campo da cidadania em saúde, nomeadamente, no que tem que ver com a construção de uma nova subárea no campo da cidadania em saúde e onde se apresenta uma perspetiva próxima da área das Ciências da Educação por relação ao contributo da pesquisa para o trabalho da educóloga e do educólogo.

Capítulo I – Considerações de partida e enquadramento concetual

1. Considerações de partida e enquadramento concetual

When you don't have any money, the problem is food. When you do have money, it's sex. When you have both, it's health.

— James Donleavy (1955/2010, p. 173), *The ginger man*

Na vida contemporânea, genericamente falando, identificam-se lugares do mundo profundamente pobres («*the problem is food*») e locais do planeta onde a riqueza se revela abundante («*the problem is sex*»), sendo que, no projeto global atual (e.g., no que respeita aos direitos humanos), a saúde revela-se um aspeto central («*when you have both*»). Assente neste pensamento introdutório, o presente capítulo procura aprofundar a base concetual do projeto proposto na parte introdutória. Em forma de síntese, apresenta-se uma contextualização etimológica dos conceitos centrais à pesquisa, procura-se consolidar os contornos do campo da cidadania em saúde, aprofundar os direitos de cidadania e a saúde na lógica contemporânea dos direitos humanos e, por último, tecer algumas considerações acerca do papel da(s) (Ciências da) Educação no escopo desta pesquisa.

1.1. (Direitos de) Cidadania e saúde: Uma contextualização etimológica

A presente secção parte da etimologia dos significados (e não tanto da história da construção) das palavras que estão na base da investigação (cidadania, direitos e saúde) para refletir sobre os sentidos da relação entre cidadania e saúde. Nesta lógica, identificam-se os significados associados a estes conceitos a partir da lente etimológica das línguas dominantes em cada continente do globo (UN, 2021): a língua portuguesa (dominante no sul do continente americano, em larga medida, pelo espaço geográfico que o Brasil ocupa neste continente) a partir dos contributos do *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea* produzido pela Academia das Ciências em 2001; a língua inglesa (dominante nos continentes europeu e oceânico, e no norte do continente americano) a partir dos contributos do *Merriam-Webster Dictionary* (n.d.-a), permanentemente atualizado no seu formato digital; a língua Chinesa² (dominante no continente asiático) a partir dos contributos de Lin Yutang's *Chinese-English Dictionary of Modern Usage* publicado em 1972, e divulgado e atualizado desde 1999 pela Universidade de Hong Kong em formato digital; e o *swahili* (dominante no continente africano) a partir dos contributos de Arthur Madan's *Swahili-English Dictionary* publicado em 1903, e divulgado e atualizado desde 2004 pela Universidade do Cabo Ocidental (África do Sul) em formato digital. Em larga medida, estas lentes permitem abrir o debate acerca da relação entre

² O continente asiático revela-se dominado pelo espaço geográfico da República Popular da China. A língua oficial desta república é o mandarim. No entanto, o dicionário que se utilizou abrangia a «língua chinesa» que diz respeito ao mandarim e às 56 variações linguísticas em relação ao mandarim que a República Popular da China reconhece oficialmente enquanto parte integrante da diversidade linguística dos diferentes grupos étnicos existentes no país (Department of Economic and Social Affairs Statistics Division of the United Nations, 2021).

cidadania e saúde, procurando abarcar o mundo como um todo, num primeiro momento, a partir do aspeto linguístico.

A seguir, apresentam-se as tabelas desenvolvidas para dar conta desta análise etimológica, tendo as mesmas sido elaboradas em quatro blocos: as línguas em análise, o continente em que as línguas se revelam dominantes, os significados inscritos nos dicionários (citações diretas) e algumas reflexões amplas acerca dos sentidos destas palavras por relação ao escopo da pesquisa.

(espaço deixado em branco de forma intencional)

Tabela 1*Identificação dos aspetos etimológicos associados ao conceito de cidadania*

Língua	Continente	Definição	Reflexão
Portuguesa	América do Sul	Qualidade de cidadão; <i>Direito.</i> Vínculo jurídico que traduz a condição de um indivíduo enquanto membro de um Estado ou de uma comunidade política, constituindo-o como detentor de direitos e de obrigações perante essa mesma entidade; Exercício dessa condição, através da participação na vida pública e política de uma comunidade; Relativo a interesse público; relativo aos indivíduos que, enquanto integrantes de um Estado, possuem direitos e obrigações civis e políticas; O conjunto dos cidadãos; Condição de cidadão que decorre de um processo de naturalização; <i>Cidadão.</i> Indivíduo pertencente a um Estado livre, no gozo dos seus direitos civis e políticos, e sujeito a todas as obrigações inerentes a essa condição.	A cidadania, no contexto da língua portuguesa, revela-se enquanto uma qualidade dos cidadãos do Estado e assenta em direitos e responsabilidades, nomeadamente, civis e políticas, implicando a participação na vida pública e política.
Inglesa	Europa Oceânia América do Norte	The status of being a citizen; Membership in a community; The legal right to belong to a particular country; The state of being a citizen and accepting the responsibilities of it. <i>Citizen.</i> A native or naturalized person who owes allegiance to a government and is entitled to protection from it; a member of a state; a person who has the legal right to belong to a particular country; one entitled to the rights and privileges of a freeman.	A cidadania, na língua inglesa, diz respeito a um estatuto, de natureza legal, das pessoas que pertencem a uma comunidade enquanto membros detentores de direitos e responsabilidades.
Chinesa	Ásia	<i>血統.</i> Blood relationship, consanguinity; <i>血統主義.</i> <i>Jus sanguinis</i>, law of certain countries which recognizes child's citizenship by its parents', irrespective of where it is born; <i>屬地主義.</i> <i>Jus soli</i>, law of certain countries which recognizes child's citizenship by birth on national soil, irrespective of the nationality of the parents. <i>國籍.</i> The nationality of an individual; <i>入某國籍.</i> Become citizen of a certain country; <i>國民.</i> (collectively) All the people of a nation; <i>標準.</i> [<i>Citizen.</i>] Model standard (husband citizen); <i>共赴國難.</i> Play citizen's part when nation calls; <i>平人.</i> Ordinary person; <i>天職.</i> Man's natural duty.	A cidadania, na língua chinesa, encontra-se ligada às relações de sangue e ao território geográfico enquanto determinantes da pertença ao Estado. A cidadania revela-se entendida enquanto um dever natural do «homem».
Swahili	África	<i>Raia.</i> Nationality; <i>Uraia.</i> Civic rights and duties; <i>Mwananchi.</i> [<i>Citizen.</i>] Inhabitant.	A cidadania, na língua swahili, encontra-se ligada à pertença ao Estado-Nação, e aos direitos e responsabilidades civis das pessoas que habitam o território africano.

Tabela 2

Identificação dos aspetos etimológicos associados ao conceito de direitos

Língua	Continente	Definição	Reflexão
Portuguesa	América do Sul	Íntegro, justo e imparcial; Poder moral ou legal de fazer, de possuir ou de exigir alguma coisa; Conjunto de normas gerais, abstratas, dotadas de coercitividade, que regem os comportamentos e as relações numa sociedade; <i>História.</i> Na Antiguidade, possibilidade de dispor dos direitos e deveres comuns aos cidadãos; <i>Direito civil.</i> Conjunto de leis e princípios que regem as relações de ordem privada entre os indivíduos, os aspetos relativos à propriedade, aos bens e aos direitos e obrigações daí decorrentes; <i>Direito de propriedade.</i> Direito que o homem tem de conservar o que lhe pertence e de apropriar-se daquilo que outrem lhe cede legalmente ou que adquire sem contestação; <i>Direito constitucional.</i> Conjunto de normas que regulam a estrutura do Estado e definem as funções e os limites dos órgãos do poder político; <i>Direito internacional.</i> Conjunto de princípios que regulam as relações entre os diversos Estados; <i>Direito natural.</i> Direito fundado na condição humana e na natureza das coisas, independentemente de qualquer convenção ou legislação; <i>Direitos humanos.</i> Direitos considerados inerentes ao ser humano, independentemente da sua etnia, sexo, idade e religião.	Os direitos, na língua portuguesa, encontram-se ligados ao poder legal, justo e imparcial, enquanto um conjunto de normas que regem a organização e o funcionamento da sociedade. Apresentam-se destacados os direitos civis, de propriedade, constitucionais, internacionais, naturais e humanos.
Inglesa	Europa Oceânia América do Norte	Qualities (such as adherence to duty or obedience to lawful authority) that together constitute the ideal of moral propriety or merit moral approval; Something to which one has a just claim, such as, voting rights; Something that one may properly claim as due; The cause of truth or justice, with reason or justice.	Os direitos, na língua inglesa, encontram-se ligados às qualidades morais das pessoas que governam a vida sociopolítica. Apresenta-se destacado o valor de verdade, de justiça associado à ideia de direitos, bem como a noção de que os direitos se revelam reivindicáveis.
Chinesa	Ásia	十惡不赦. [Law.] Formerly, ten unpardonable crimes, including rebellion and other not well-defined items, as lack of filial piety, of harmony in family relationships, lack of righteousness, of humanity, etc.; beyond redemption; 權柄. Power to influence; 權益. Rights of ownership; 私權. Personal rights; 人權. Human rights; 主權. Sovereign rights, sovereignty; 選舉權. The right to vote; 自由的權利. The right to freedom; 說話的權利. The right of speech; 權利能力. Legal capacity; 均權. Equality of rights; 地權. Right to land; 正氣. Sense of honor, moral sense; 取締. To deprive (person) of certain rights; 伸冤. To redress an injustice; 分內. Of rights or duties; 集會結社權. The right of assembly and association; 保障. Protection (of civil rights, life, property); 政權. Political power; 公權. Political rights; 公民權. Civic rights.	Os direitos, na língua chinesa, encontram-se intimamente ligados à lei e ao poder estatal de governação, no sentido da distribuição e construção de direitos. Apresentam-se destacados os direitos humanos, civis e políticos, sendo alguns especificados (como o direito à vida e à propriedade privada), bem como se revela presente a noção de que os direitos se interconectam com um sentido moral amplo.
Swahili	África	Haki. Justice; Sawa. Equality; Usawa. Fairness; Sahihi. True.	Os direitos, na língua swahili, encontram-se ligados com as ideias de justiça, de equidade e de verdade.

Tabela 3*Identificação dos aspetos etimológicos associados ao conceito de saúde*

Língua	Continente	Definição	Reflexão
Portuguesa	América do Sul	Estado do que é são; Ausência de doença; Estado de bem-estar e equilíbrio físico, mental e psicológico; Estado normal de funcionamento dos órgãos; Robustez; vigor; <i>Política.</i> Conjunto dos profissionais, organismos e recursos dedicados ao sistema de assistência médica de um país, região, etc. <i>Saúde pública.</i> [Medicina.] Especialidade médica que se dedica ao estudo das doenças que perturbam a vida social (por exemplo, doenças contagiosas e epidémicas, doenças mentais, etc.) e a estabelecer medidas de proteção da saúde dos cidadãos.	A saúde, na língua portuguesa, encontra-se relacionada com um bem-estar físico, mental e social, na medida em que se observa a ausência de doenças ao nível individual e social. Apresenta-se destacada a ideia de que a saúde constitui um elemento da política alvo de proteção estatal assente no acesso a serviços médicos.
Inglesa	Europa Oceânia América do Norte	The condition of being sound in body, mind, or spirit; Freedom from physical disease or pain; The general condition of the body; A condition in which someone or something is thriving or doing well;	A saúde, na língua inglesa, encontra-se relacionada com um bem-estar físico, mental e espiritual, na medida em que se observa a ausência de doenças. Apresenta-se destacada a ideia de que a saúde diz respeito a algo positivo.
Chinesa	Ásia	<i>朱顏皓髮.</i> Healthy old age; <i>養生.</i> Cultivate health; <i>持養.</i> Cultivate spiritual health; <i>檢查.</i> Health (sanitation) inspection; <i>存身.</i> To preserve one's life or health, to survive; <i>虛弱.</i> Lacking in vitality; <i>健壯.</i> Strong; <i>安泰.</i> Peaceful; <i>養生.</i> To lead a life in sound health; <i>迴光返照.</i> Brief glow of health before passing away; <i>樂育.</i> To be informed about health (education); <i>纖弱.</i> Fragile health.	A saúde, na língua chinesa, encontra-se relacionada com a preservação/manutenção de um «bom estado de saúde» ao longo da vida, ligado a ideias de paz, espiritualidade, força e vitalidade, reconhecendo-se que na ausência deste cenário encontra-se a fragilidade e a morte. Apresenta-se destacado o papel da educação no campo da saúde em termos de informação/conhecimento.
Swahili	África	<i>Salaam.</i> Peace, tranquility, security and well-being; <i>Afya.</i> Strength, vigour and power.	A saúde, na língua swahili, encontra-se relacionada com as ideias de paz e tranquilidade, de segurança, e de bem-estar, em termos de força, vigor e poder.

O campo linguístico revela-se capaz de captar, por meio do significado das palavras, a conjuntura histórica da evolução dos sentidos dos conceitos, o contexto cultural dos seus significados profundos e as diversas situações sociais em que quotidianamente se utilizam (Durkin, 2009). Neste sentido, a análise do significado destas palavras em diferentes culturas do mundo permite olhar por uma lente que reflete, em alguma medida, as sociedades que constituem o globo.

A partir da análise das Tabelas 1, 2 e 3, denota-se que, em termos linguísticos, a cidadania encontra-se ligada à pertença a um Estado enquanto cidadão vinculado por via de um estatuto legal, assente nas relações de sangue ou no território, detentor de direitos e responsabilidades, nomeadamente, civis e políticas. No que respeita aos direitos (de cidadania), estes surgem linguisticamente ligados à ideia de justiça, de verdade, de valores morais e de equidade, assentando, por um lado, numa estrutura legal e política que os assegura e constringe no seio da governação de uma sociedade, e, por outro lado, numa comunidade política que os reivindica. Por último, o conceito de saúde, em termos linguísticos, evoca, por um lado, ideias relativas a força, vigor e paz, bem como noções de fragilidade, doença e morte, e, por outro lado, surge relacionada com a ideia de um bem-estar físico, mental, social e espiritual assegurado pelo Estado através dos serviços médicos e por meio da responsabilidade individual de cada cidadão. O campo educativo surge como um veículo de suporte à preservação/manutenção de um bom estado de saúde.

A par destas ideias, importa também destacar as diferenças. No que diz respeito à cidadania, a análise levada a cabo permite identificar a ausência à referência à cidadania social em todas as línguas, bem como permite evidenciar um foco nos direitos e responsabilidades, e à pertença a uma comunidade política. No que concerne aos direitos, denota-se a ausência à referência aos direitos sociais na língua inglesa, chinesa e swahili, assim como se evidencia um enfoque nos direitos humanos e de cidadania na língua portuguesa, nas qualidades morais dos direitos na língua inglesa, na relação entre os direitos sociais e a moralidade na língua chinesa, e em ideias de justiça, equidade e verdade na língua swahili. Por fim, no que respeita à saúde, destaca-se a ausência de referências aos aspetos sociais da saúde em todas as línguas, bem como se nota um foco nos aspetos físicos e mentais da saúde. Na língua portuguesa há referência à existência de um sistema de saúde, enquanto na língua inglesa há uma centralidade do vigor e força do corpo; um enfoque na literacia em saúde (educação) é visível na língua chinesa, enquanto na língua swahili há um foco em ideias de paz, bem-estar e força.

Em jeito de consideração final, esta secção abre o caminho para uma crítica fundamentada em bases teóricas dos sentidos mais amplos destas ideias, como a seguir se apresenta.

1.2. Direitos de cidadania e saúde: Uma perspetiva académica

Com base na discussão anterior, importa contrapor a perspetiva ligada ao significado destes conceitos com os debates no campo científico.

Em primeiro lugar, importa atentar para o conceito de cidadão. Para tal, subscrevo os contributos de Monique Lanoix (2007) que identifica que, historicamente, a ideia de cidadão tem vindo a ser configurada, por um lado, enquanto uma pessoa que apresenta capacidade cognitiva para refletir moralmente acerca do seu lugar na comunidade política, sendo que esta noção de cidadão coloca obstáculos para as pessoas, por exemplo, com doenças mentais que afetam as capacidades cognitivas. E, por outro lado, enquanto uma pessoa que apresenta capacidade física para trabalhar e, em larga medida, para se auto governar, sendo que, por exemplo, esta ideia de cidadão coloca obstáculos para as pessoas com condições físicas.

Posto isto, Monique Lanoix (2007) concebe a ideia de cidadão enquanto coabitante, reconhecendo o ser humano como localizado num *continuum* entre o momento do nascimento e o da morte. Por outras palavras, a autora reconhece a pessoa como um cidadão que ao longo da sua vida assume diversos papéis a partir de diferentes lugares (como criança, como trabalhador, como pessoa doente, como pessoa idosa, entre outros), levando em conta que estes lugares apresentam em comum o espaço sociopolítico partilhado em sociedade e, contemporaneamente, em humanidade. Em larga medida, esta perspetiva reconhece que diferentes pessoas (assim como as mesmas pessoas ao longo de diferentes fases da sua vida) apresentam preocupações distintas em termos de direitos e responsabilidades, vivendo diferentes experiências enquanto cidadãos, sendo através do reconhecimento destas diferenças, da singularidade de cada vida humana, que se coconstroem sociopoliticamente condições equitativas. No entanto, não se procura descurar a posição relevante ocupada pela experiência de diferentes grupos sociais e comunidades que se apresentam como cidadãos com base na premissa de um coletivo de seres humanos que coabitam um dado lugar no mundo de forma singular.

Assim, o campo científico permite alargar o conceito de cidadão, visto que o coloca além da pertença ao Estado por meio do seu posicionamento no seio de uma comunidade transnacional ou global e identifica diferentes papéis de cidadania emergentes ao longo da vida humana.

Em segundo lugar, revela-se importante aprofundar o conceito de direitos, visto que o conceito de cidadão carrega consigo esta ideia. Para tal, subscrevo os contributos de Candace Redden (2002) que caracteriza a ideia de direitos segundo duas lentes: a primeira diz respeito aos direitos humanos enquanto máximas da humanidade, acima de qualquer outra lei ou racional humano, e a segunda relaciona-se com os direitos de cidadania enquanto proposições legais, com poder coercivo sobre as pessoas e politicamente contestados.

Nesta perspetiva, os direitos assentam numa expectativa da relação entre o Estado e as pessoas, a partir da qual se constrói a cidadania. A título de exemplo, o direito à saúde encontra-se dependente da existência de recursos adequados para dar resposta às expectativas, necessidades e demandas das pessoas (Redden, 2002).

De forma a aprofundar esta ideia, proponho olhar para o trabalho de Margaret Somers, nomeadamente, para o seu livro *Genealogies of citizenship: Markets, statelessness, and the right to have rights* (2008), onde, colocando em diálogo as perspetivas de autores/as como Thomas Marshall, Hannah Arendt, Ruth Lister, Pierre Bourdieu, Alain Touraine e Iris Young, desenvolve a ideia de que os direitos se encontram abalados pelas forças do mercado global, sendo necessária a construção de uma sociedade civil e política robusta, e a intervenção do Estado para contrabalançar este desequilíbrio de poder. A partir deste racional, a autora elabora um retrato concetual, assente em casos empíricos, dos direitos (humanos e de cidadania) enquanto bens públicos que necessitam de reconhecimento internacional, nacional e humano para gerarem uma aliança entre o poder público e político, e uma ponte mediadora das práticas de cidadania que reivindicam o direito a ter direitos (*the right to have rights*).

Em terceiro lugar, assente na obra de Margaret Somers (2008) e tendo já explicitado as perspetivas académicas que informam as ideias de cidadão e de direitos, importa alavancar a reflexão acerca do conceito de cidadania. Nesta linha de pensamento, a ideia de cidadania implica um equilíbrio delicado entre o Estado, o mercado e as pessoas da sociedade. No entanto, o mercado tem-se vindo a constituir a força motriz desta tríade. Neste sentido, tem-se vindo a assistir à tensão entre as reivindicações das pessoas (da sociedade), que chamam o Estado a prestar contas, e o papel do Estado na regulação das forças do mercado.

Neste cenário, a cidadania constitui-se como o direito a ter direitos (*the right to have rights*), ou seja, as pessoas, enquanto seres humanos e cidadãos, apresentam o direito à inclusão numa dada comunidade/sociedade política (global e/ou local), onde se encontram reconhecidas enquanto pessoas iguais em termos morais e de dignidade, de um tratamento respeitoso face à vida humana, sendo que este reconhecimento acarta consigo a emergência de uma série de direitos humanos e de cidadania que assegurem esta equidade, tais como, os direitos civis, políticos, sociais, culturais, entre outros (Arendt, 1958).

Nesta perspetiva, as tensões que circunscrevem a ideia de cidadania giram em torno do reconhecimento de novas identidades (social, profissional e pessoal), de novas formas de inclusão (sociopolítica) e de participação (social e política) em diversas arenas da vida humana, tais como, as relações de intimidade e a(s) sexualidade(s), as questões étnicas e da inter/multiculturalidade, e as problemáticas relativas à sustentabilidade ambiental, no seio de um

mundo reconfigurado pelo incremento da mobilidade transnacional e pelo surgimento de novas formas de governação supranacional e internacional (Somers, 2008).

Assente neste raciocínio, as pessoas têm vindo a contestar a formação de uma sociedade civil e política divorciada tanto do capitalismo impiedoso e desregulado, como do aparelho burocrático do Estado-Nação, onde o desafio contemporâneo se coloca na implementação de tal organização sociopolítica da vida humana no seio de um mundo circunscrito pelo processo de globalização, pela flexibilização das relações (sociais, institucionais, entre outras) e marcado pelo racional neoliberalista.

Assente nestas ideias, o estatuto de cidadania, por um lado, surge como um estatuto que procura estabelecer direitos equitativos para todas as pessoas independentemente das suas condições de vida e, por outro lado, assenta na distinção entre quem pertence e quem não pertence a dado Estado de direitos (Huisman & Oosterhuis, 2014).

Nesta linha de pensamento, a cidadania diz respeito àquilo que agrega as pessoas numa comunidade política significativa para todos os seus membros, englobando direitos e responsabilidades assentes na relação entre cidadãos e Estado, na participação política na construção do bem comum e da autonomia de cada pessoa, e nos espaços inerentes à vida humana e social, como a esfera pública e privada (Huisman & Oosterhuis, 2014).

Nos últimos anos, a cidadania encontra-se ligada a uma miríade de relações além das fronteiras estatais a partir das quais se constroem novas formas de subjetividade social e política. Assente nesta base, os direitos e responsabilidades ligados ao estatuto de cidadania encontram-se fundamentalmente desafiados pelo campo social e humano, em larga medida, devido às incitações sociais colocados pelo processo de globalização, nomeadamente, o enfraquecimento do poder de governação dos Estados e o aumento do fosso de iniquidades entre as pessoas e grupos das sociedades que constituem o mundo. A par destes eventos, novas redes sociopolíticas se formaram em todo o globo, emergindo como corpos institucionais de governação transnacional e global com o objetivo de representar as pessoas de todo o mundo, de defender os direitos humanos (Hildebrandt & Peters, 2019).

Assente nestas ideias, o estatuto de cidadania encontra-se intimamente ligado a projetos sociopolíticos específicos (e.g., as reivindicações da comunidade LGBTQIA+), a contextos sociais particulares (como é o caso das diferenças entre Estados no seio da União Europeia) e a configurações culturais distintas (e.g., as diferenças étnicas entre as pessoas que habitam o mesmo território) (Holma & Kontinen, 2020).

Neste cenário, as identidades pessoais e políticas convergem para a construção da vida social, onde diferentes identidades pessoais, tais como mulher, católica e professora, contribuem

para moldar a ação política, ou seja, estes posicionamentos pessoais intersectam-se com a arena política, revelando-se na organização de novos grupos sociais e na reconfiguração de outros já existentes sob a égide de um mundo sociopolítico globalizado e incerto, onde as reivindicações (pessoais e) sociais se cruzam com uma multiplicidade de interesses existentes na sociedade e enfrentam diversos desafios políticos (Holma & Kontinen, 2020). Assente nestas ideias, a cidadania surge, na contemporaneidade, enquanto uma prática de engajamento assente na emergência de diversas redes de solidariedade social em resposta a uma multiplicidade de desafios sociopolíticos

Em forma de síntese, a ideia de cidadania reflete-se numa matriz dinâmica e contingente de relações institucionais (trabalhador, utente, consumidor, entre outras relações), de tecnologias (a *internet*, as novas formas de cuidados médicos, entre outras situações), de racionais políticos (social-democrata, neoliberalismo, entre outros racionais) e de práticas sociais assentes na reivindicação de direitos (e.g., ativismo social).

Em síntese, o campo científico permite expandir o conceito de cidadania, no sentido em que o enquadra no seio dos eventos sociopolíticos que sucederam ao longo das últimas décadas, nomeadamente, ao nível das alterações políticas, económicas e socioculturais (o processo de globalização, a reconfiguração das classes sociais, a emergência de novas formas de governação, bem como novos movimentos sociais, entre outras situações) que alavancaram novas formas de reivindicar os direitos (e.g., o espaço digital), bem como novas reivindicações (e.g., o acesso à morte medicamente assistida) (Leach & Scoones, 2003). Assente na discussão destes aspetos, identificou-se que a extensão da cidadania (as normas e regras que regem a sociedade; *como gerir as barreiras de pertença ao Estado?*), o seu conteúdo (os direitos e as responsabilidades; *como alocar os benefícios e os compromissos inerentes à organização dos Estados?*) e a sua profundidade (a densidade das identidades que constituem a sociedade; *como apreender, compreender e acomodar as diversas identidades existentes nos Estados?*) têm vindo a ser contestados sob a égide de movimentos sociais que reivindicam o reconhecimento da diferença e da alteridade (*otherness*), e uma redistribuição económica capaz de criar condições equitativas para todas as pessoas (Isin & Turner, 2002).

Por último, importa discutir a ideia de saúde. Para tal, inicio esta reflexão por olhar para a conceitualização da World Health Organization (WHO) (2020) que identifica este conceito enquanto um “state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity”. Na procura por aprofundar o significado académico-científico desta palavra, importa atentar para o trabalho de Fabio Leonardi (2018), em particular para os nove aspetos fundamentais que o autor desenvolve para definir o conceito de saúde, a saber: ultrapassar o reducionismo da medicina, isto é, não limitar a saúde à ausência de doença; a

saúde perspectivada enquanto uma série de capacidades (e.g., gestão das emoções); como um processo contínuo, dinâmico e iterativo; assente em padrões tangíveis para a realidade social de todas as pessoas, independentemente da etnia, sexo, entre outros aspetos; incluir o conceito de mal-estar, ou seja, de gestão de experiências biopsicossociais que acarretam situações fisiológicas ou psicológicas codificadas como negativas, mas que não implicam uma perda de saúde (e.g., sentir uma dor no corpo durante um curto espaço de tempo ou experienciar tristeza de forma situada e durante um curto espaço de tempo); apresentar simultaneamente aspetos individuais e coletivos; distanciar-se de julgamentos morais; assentar numa perspetiva centrada na pessoa; apresentar-se de forma a que seja possível ser alcançada por qualquer ser humano, independentemente da sua condição cultural, social, económica, entre outros aspetos.

Nesta linha de pensamento, o autor, em linha com outros académicos (e.g., Card, 2017), sugere que, embora a definição de saúde desenvolvida pela WHO tenha sido um marco relevante na história da saúde, servindo de base para o desenvolvimento de inúmeras políticas, atualmente, a mesma encontra-se no plano da utopia em detrimento de se aproximar da realidade socio-humana e clínica contemporânea.

Neste sentido, Leonardi (2018) propõe uma definição que considera adaptar-se de forma adequada aos desafios contemporâneos, identificando a saúde enquanto a capacidade para gerir e fazer face às experiências de mal-estar e de bem-estar que cada ser humano vivencia ao longo da vida, na medida em que apresenta capacidades e competências múltiplas para reagir em termos emocionais, cognitivos e comportamentais a estas experiências.

Deste modo, o campo científico avança a definição de saúde desenvolvida nas secções anteriores, na medida em que vai além da vitalidade humana e enquadra o conceito de saúde no seio de uma gestão de vivências de mal-estar e de bem-estar ao longo da vida.

Em jeito de síntese, a presente secção permitiu consolidar os conceitos que informam a investigação, na medida em que se estabeleceram as orientações de partida que guiaram o olhar científico da pesquisa e que orientarão este documento.

1.3. A relação entre (direitos de) cidadania e saúde: O debate em torno da cidadania em saúde (*health citizenship*)

A presente secção parte do panorama socio-histórico para apresentar uma perspetiva agregadora do conhecimento que se encontra disperso acerca do conceito de cidadania em saúde e procura consolidar a construção deste campo. Tal perspetiva agregadora alicerça-se nos contributos de Dorothy Porter em dois livros pioneiros no que respeita a um retrato histórico da cidadania em saúde (1999, 2011); de Danielle Groleau (2011) no seu artigo intitulado *Embodying 'health citizenship' in health knowledge to fight health inequalities*, onde aborda a

construção do campo da cidadania em saúde enquanto um lugar de contestação sociopolítica face às iniquidades sociais e em saúde; de Frank Huisman e Harry Oosterhuis (2014) que abordam diversos eventos históricos e sociopolíticos que moldam a relação entre cidadania e saúde no contexto europeu, iluminando alguns pontos nublados da construção do campo da cidadania em saúde; de Benjamin Ewert (2019) que desenvolve um esboço concetual dos marcos históricos e sociopolíticos que contribuíram para a construção do campo da cidadania em saúde; e dos contributos de Mikko Jauho e Ilpo Helén (2022) que propõem um enquadramento do conceito de cidadania em saúde à luz da ideia de vitalidade humana.

Assente nestes contributos, uma perspetiva socio-histórica acerca da relação entre cidadania e saúde permite iluminar os diversos significados e sentidos atribuídos ao campo da cidadania em saúde, nomeadamente, em áreas conflitantes, como a saúde e a doença, o bem comum (coletivo) e o bem-estar individual, a liberdade e a coerção, o público e o privado, o humanismo e a tecnocracia, entre outras questões (Porter, 2011). A partir das contradições da realidade social e humana, do conflito de interesses existente na mesma e por meio de um olhar atento às relações de poder que lhe subjazem, o campo da cidadania em saúde revela-se negociado e contestado, na medida em que suscita as seguintes indagações: *Até que ponto a saúde se constitui uma precondição para uma realização dita plena da cidadania e até que ponto a cidadania se constitui uma precondição para a realização de uma saúde dita plena? Como garantir o direito à saúde a todas as pessoas? Quem acede, de que forma acede, como priorizar o acesso e como gerir as pessoas que não acedem à saúde?* Dar resposta a estas inquietantes indagações requer abertura ao diálogo, transparência política e deliberação coletiva, sendo assente nestes elementos que se fundamenta o olhar a seguir construído.

1.3.1. Alguns traços socio-históricos da relação entre (direitos de) cidadania e saúde³

Ao longo da história da humanidade, a relação entre saúde e cidadania marcou profundamente a vida sociopolítica, em particular, realçou as relações de poder existentes no tecido social. A título de exemplo, na Idade Antiga, a saúde prendia-se pela preocupação pela força física (o corpo) e as virtudes morais (a mente), onde, a partir destes aspetos e do poder económico, as populações organizavam-se com base na distinção entre as pessoas ricas e puras, capazes de expressar a cultura do corpo e da mente, e as pessoas pobres e moralmente corrompidas, ligadas à pobreza e à doença. A par desta situação, os cidadãos pertencentes à elite recebiam cuidados médicos, enquanto a outra parte da população (os súbditos) recebia cuidados de saúde por meio da caridade social e religiosa/espiritual (Huisman & Oosterhuis, 2014).

³ Os períodos históricos citados ao longo desta secção (Idade Antiga [400 a.C. ao século V], Idade Média [século V ao XV], Idade Moderna [século XV a 1945] e o Período Contemporâneo [1945 à atualidade]) tomam por referência o trabalho de Peter Stearns (2001) em *The encyclopedia of world history: Ancient, medieval, and modern, chronologically arranged*.

Numa perspetiva ampla, a organização das sociedades encontrava-se influenciada pela saúde, denotando-se que o acesso aos cuidados médicos demarcava as diferenças existentes na arena da cidadania.

Nesta linha de reflexão, também na Idade Média se assistiu ao poder da relação entre cidadania e saúde. A título exemplificativo, a relação entre saúde e cidadania revelava-se mediada pelas instituições religiosas que se massificaram em todo o globo. Estas instituições prestavam cuidados médicos às pessoas desoladas pela pobreza, enquanto as elites mantinham o acesso a cuidados de saúde privados. Neste cenário, com o passar das décadas, as instituições religiosas detinham o capital hospitalar na esmagadora maioria das cidades do globo, provisionando alimento, abrigo e cuidados médicos (Huisman & Oosterhuis, 2014). Numa perspetiva ampla, o controlo sobre a saúde das pessoas expressava o controlo sobre a organização das sociedades.

Ainda nesta linha de pensamento, importa destacar que ao longo da Idade Moderna assistiu-se ao incremento do prestígio social e político da medicina enquanto bússola orientadora da organização social. Em particular, esta ideia surge significativamente vinculada, em 1791, no continente europeu, pela *Assemblée Constituante da Revolução Francesa* aquando da declaração da saúde enquanto um direito. Numa perspetiva ampla, este evento marcou uma reconfiguração da relação entre saúde e cidadania, no sentido em que concedeu à saúde, em termos normativos, uma dimensão enquanto direito que até aquele momento não se observava em outro lugar do mundo, bem como consolidou politicamente aquilo que se entende como o contrato social em saúde (*social contract of health*)⁴ (Porter, 1999).

Assente nesta esteira, a consolidação da ideia de contrato social em saúde em todo o globo contribuiu para o surgimento das raízes da área da cidadania em saúde, nomeadamente, em 1848, quando Jules Guérin (1801-1886), um médico ortopedista francês, publica um artigo na revista *Médicale de Paris* acerca da relação entre democracia, universalização da educação, atenuação das iniquidades sociais e o papel da saúde neste panorama enquanto um novo campo médico-científico, que Guérin cunhou como medicina social. Ao longo das próximas décadas, a medicina social adquiriu corpo científico e contribuiu para o desenvolvimento de diversas temáticas de estudo ligadas à relação entre (direitos de) cidadania e saúde, como a higiene social, a medicina estatal (*state medicine*), a engenharia sanitária, entre outras. Neste sentido,

⁴ Na contemporaneidade, o conceito de contrato social em saúde diz respeito ao entendimento, implícito e explícito, entre as pessoas de dada sociedade e o Estado acerca de como a saúde se encontra organizada em termos das responsabilidades partilhadas ao nível legal, sociopolítico e cultural, económico, educativo e ecológico, e ao nível clínico (Porter, 2011). No contexto da Revolução Francesa de 1791, as pessoas acediam ao direito à saúde em troca do seu compromisso na realização de exames médicos, no cumprimento das prescrições clínicas, no seguimento de um regime particular de higiene pessoal e dietético, na realização de medidas preventivas em saúde, como a vacinação, e na autorização da autópsia dos seus corpos (e dos seus familiares) para facilitar o avanço da ciência médica (Huisman & Oosterhuis, 2014).

desde o ano de 1848 até ao início do século XX, o campo da medicina social constituiu-se pelo estudo do controlo de doenças infecciosas, tais como, a tifo, a varíola, a difteria, a tuberculose, entre outras, onde o estudo destas doenças encontrava-se ligado à criação de medidas políticas no campo da saúde para controlar o surgimento de epidemias (Porter, 2011).

Nesta perspetiva, os avanços no estudo da medicina social permitiram compreender que as doenças associadas às classes sociais pobres advinham de uma série de condições ambientais nefastas para a saúde, como um sistema de saneamento urbano inadequado, e não da perversão moral das pessoas pobres. Assente nesta ideia, as políticas de saúde passaram a focar em ações ambientais, tal como a consolidação dos sistemas de saneamento urbano, e em ações sociais, tal como a regulação das condições habitacionais em que as pessoas viviam (Huisman & Oosterhuis, 2014). Em larga medida, o cariz social associado à saúde revelou-se substituído pelo cariz estatal do direito à saúde.

Assente neste cenário, ao longo do século XX, construiu-se um sistema de valores que assentava na importância da saúde humana para o mercado económico, onde o desenvolvimento da ciência médica expressava um imperativo político, mas também um ideal social que se refletia em termos da distinção entre pessoas saudáveis e produtivas (considerados cidadãos de primeira classe) e pessoas doentes e incapazes de produzir (considerados cidadãos de segunda classe) (Huisman & Oosterhuis, 2014). A par desta situação, o aprofundamento científico da medicina social levou à compreensão que a promoção da saúde das pessoas se encontrava intimamente relacionada com a figura do Estado em termos de políticas de saúde, tais como, a regulação da profissão médica, a construção de instalações de saúde, o desenvolvimento da ciência médica, entre outras situações (Porter, 2011).

Em forma de síntese, a relação entre saúde e cidadania reconfigurou-se ao longo do tempo e o campo sociopolítico foi sendo embrenhado pelo campo científico, onde o papel regulador da Igreja sobre os corpos e as mentes foi sendo transferido para a ciência e para a figura do Estado. Assente nestas transformações, o campo da saúde continuou, ao longo do Período Contemporâneo, a revelar-se um instrumento de poder para regular as sociedades. De seguida, parte-se do rescaldo da Segunda Guerra Mundial e dos seus efeitos no desenvolvimento da medicina social para iluminar o surgimento da cidadania em saúde enquanto uma área profundamente marcada pela transferência dos interesses locais para os interesses globais.

1.3.2. O surgimento da cidadania em saúde (health citizenship)

No Período Contemporâneo, desde o final da Segunda Guerra Mundial em 1945 até à atualidade, identificam-se uma série de transformações no campo da medicina social que

impulsionaram o surgimento do campo da cidadania em saúde, onde o estudo da relação entre saúde e cidadania se revelou moldado por uma reconfiguração do contrato social em saúde, pela elaboração de uma miríade medidas políticas no campo da saúde, pelo estabelecimento de diversas estratégias para controlar o surgimento de doenças infecciosas, por questões relacionadas com a promoção da saúde, entre outros assuntos (Porter, 2011).

Assente nestas ideias, o estudo em medicina social, que tinha vindo a beber dos contributos da epidemiologia, da saúde pública, entre outras áreas científicas, passou a inspirar-se também nos estudos acerca dos padrões alimentares, da saúde infantil, da influência do Estado no campo da saúde (*welfare studies*), das doenças mentais, da higiene escolar, da prevenção de doenças venéreas (atualmente intituladas de doenças sexualmente transmissíveis [DST]) e da educação sanitária (atualmente tipificada como promoção e educação para a saúde [PES]) (Porter, 2011).

Por volta da década de 1950, após o fim da Segunda Guerra Mundial em 1945, do aparato global em torno dos direitos humanos em 1948 e a par com o desenvolvimento do Estado-providência, os discursos sociopolíticos conduziram a debates acerca da construção de sistemas de saúde universais como um contributo para reduzir o fosso das iniquidades sociais causadas pela crise económica de 1930 que se aprofundaram com a guerra.

Neste cenário de reconstrução sociopolítica, as reflexões de Thomas Marshall (1950) acerca da construção dos direitos de cidadania influenciaram a medicina social, na medida em que este campo passou a considerar uma lógica científica humanista em detrimento de uma lógica científica economicista, por outras palavras, passa-se de um pensamento assente em como este campo de estudo pode contribuir para a gestão económica das doenças das pessoas para um pensamento com base na gestão científica das relações sociais e humanas, onde o estudo da relação entre saúde e cidadania conduziria a uma nova ordem socioeconómica e científica assente num Estado socializado e não apenas civilizado (Porter, 2011).

Assim, a construção do campo da cidadania em saúde assentou em torno das problemáticas sociais e globais que se adensaram ao longo do Período Contemporâneo (Porter, 2011). Os eventos que demarcam a construção e a consolidação deste campo do saber prendem-se com o estabelecimento da saúde enquanto um direito humano e social, na contestação do Estado de direito, na emergência da *comodificação* em saúde⁵, e na gestão da saúde assente no conhecimento e no comportamento humanos. Importa notar que estes cenários sociopolíticos,

⁵ Entende-se comodificação da saúde enquanto a reconfiguração de bens e serviços em saúde em objetos com valor de troca no mercado económico, contribuindo para o enfraquecimento do direito à saúde e para o reforço do papel individual na saúde, tanto a nível económico (e.g., seguros de saúde para aceder a cuidados médicos dentários), como social (e.g., responsabilização pela saúde pessoal) (Henderson & Petersen, 2002).

embora situados no tempo, convivem no presente, mas reconfigurados por cada cenário precedente. E que a sua evolução se sucedeu de forma gradual e diferenciada em diferentes partes do globo (Ewert, 2019).

A seguir, apresenta-se a tabela desenvolvida para sumarizar o surgimento e desenvolvimento do conceito de cidadania em saúde, tendo a mesma sido elaborada em seis blocos: a tipologia, que diz respeito ao tema central do cenário sociopolítico que se encontra na base do surgimento ou da redefinição do conceito de cidadania em saúde; o racional político, que indica a base de organização estatal em que assentou a construção do cenário sociopolítico; a abordagem, que diz respeito ao meio pelo qual o racional político se evidenciou no quotidiano social; um bloco que indicia o tipo de conhecimento que informou as políticas sociais; um bloco que descreve a relação entre Estado e cidadãos; e um bloco que procura sintetizar as características chave da cidadania em saúde em cada cenário sociopolítico.

(espaço deixado em branco de forma intencional)

Tabela 4

Caracterização do conceito de cidadania em saúde assente em processos sociopolíticos (Porter, 1999, 2011; Groleau, 2011; Huisman & Oosterhuis, 2014; Ewert, 2019; Jauho & Helén, 2022)

Tipologia	Racional político	Abordagem	Tipo de conhecimento que informa as políticas sociais	Relação entre Estado e Cidadãos	Características da cidadania em saúde
Saúde enquanto um direito social (e humano) (1950)	Segurança social	Acesso ao direito à saúde assente em medidas políticas equitativas.	Conhecimento especializado assente nos profissionais de saúde (médicos).	Estado benevolente e cidadãos detentores de direitos.	Acesso universal aos serviços de prestação de cuidados médicos. Confiança nas instituições públicas.
Contestação do Estado de direito (serviço nacional de saúde) (1970)	Participação sociopolítica	Acesso ao direito à saúde através do empoderamento individual e coletivo.	Consensos coletivos assentes na partilha de conhecimento.	Estado de direito (serviço nacional de saúde) e cidadãos ativos.	Voz coletiva direcionada aos profissionais de saúde e aos serviços de prestação de cuidados médicos.
Comodificação da saúde (1990)	Poder de escolha e competitividade	Marketização do acesso ao direito à saúde.	Predomínio de um racional económico nas tomadas de decisão relacionadas com a saúde.	Estado que induz mercados de saúde e cidadãos enquanto consumidores responsáveis.	Poder de escolha no que diz respeito aos serviços de prestação de cuidados médicos. Foco nas responsabilidades (pensadas como inerentes aos direitos).
Saúde assente no conhecimento e no comportamento humanos (2010)	Literacia em saúde e mudança comportamental	Acesso ao direito à saúde assente na economia comportamental, em particular, na arquitetura das escolhas (estratégias de <i>nudge</i>).	Conhecimento científico, em particular, a utilização de mega dados (<i>big data</i>).	Estado que arquiteta as escolhas no campo da saúde e cidadãos enquanto seres humanos propensos a tomar decisões erradas no que respeita à saúde.	Poder de escolha facilitado pela mercantilização da saúde. Implementação de medidas políticas assentes na prevenção, promoção e educação em saúde (PPES).

Aprofundando a informação da Tabela 4, o primeiro cenário sociopolítico assenta no estabelecimento da saúde enquanto um direito social (e humano), tendo surgido por volta da década de 1950 sob a égide dos direitos humanos e da construção dos Estados-providência. Este cenário caracteriza-se por um acesso universal aos serviços de prestação de cuidados médicos e por uma perspetiva ampla do acesso ao direito à saúde, onde se incluem medidas políticas no que respeita à segurança laboral e relativas à construção de sistemas nacionais de saúde, por exemplo. Assente nestas ideias, importa notar que o campo educativo revelou um papel fundamental na consolidação desta fase por meio da Escola, enquanto instrumento ideológico do Estado, através da qual se difundiam ideias que promoviam o papel paternalista e benevolente do Estado, bem como o poder dos médicos na gestão da vida pública (e.g., no que respeita à institucionalização das pessoas com doenças mentais) (Ewert, 2019).

Na final da década de 1960, a caminho do apogeu dos trinta anos gloriosos, surge a primeira menção académica ao conceito de cidadania em saúde num artigo publicado no *American Journal of Public Health and the Nation's Health* por Howard Ennes intitulado *A crisis of conscience in health care*. Neste contexto, a cidadania em saúde, sob a ideia de cidadania em saúde na comunidade (*community health citizenship*), encontrava-se relacionada com noção de responsabilidade individual na construção de um estilo de vida capaz de potencializar a saúde, onde a utilização do serviço nacional de saúde se realizaria com prudência e eficiência, otimizando a despesa pública, assim como se relacionava com a ideia de uma participação ativa e construtiva na comunidade local através, por exemplo, de práticas de voluntariado (Ennes, 1968). Numa perspetiva ampla, este texto revela-se, por um lado, um discurso precursor das problemáticas políticas que surgiriam alguns anos mais tarde aquando da crise do Estado-providência e, por outro lado, um discurso carregado de uma intenção política particular, na medida em que Ennes (1968) advoga estas ideias enquanto secretário-geral do *National Health Council*, vice-presidente da *Equitable Life Assurance Society of the United States* e consultor do *Health Insurance Council Community Health Action-Planning Program*. Por outras palavras, o foco na responsabilização individual e na redução da despesa pública surgem politicamente motivados pelo estatuto que ocupa.

No início da década de 1970, assistiu-se aos efeitos da utilização em massa dos sistemas de saúde que ocorreram nas décadas anteriores, levando a despesa pública ligada à saúde a um ponto de rutura. A tensão que se estabeleceu entre cidadãos, Estado e profissionais de saúde levou à contestação do Estado-providência e à descrença no serviço nacional de saúde. Este cenário social e político alavancou o projeto neoliberal, iniciado no Reino Unido, pela primeira-ministra Margaret Thatcher (1925-2013), e nos Estados Unidos da América, pelo presidente

Ronald Reagan (1911-2004), que se viria a tornar predominante na economia global (Huisman & Oosterhuis, 2014).

Neste contexto, assiste-se ao surgimento do segundo cenário sociopolítico assente na contestação social do paternalismo estatal e do poder da profissão médica na gestão da vida pública, onde a partir deste novo modelo de organização social, política e económica, acreditava-se que o novo mercado de produtos e serviços em saúde equilibraria a procura em massa dos serviços de saúde públicos. Contudo, assistiu-se a uma mímica dos processos políticos por parte dos serviços de saúde, no sentido em que a administração dos serviços de saúde se revelou desenhada à imagem da organização e administração do Estado: hierárquica, burocrática e ineficiente em termos de resposta às problemáticas sociais, contribuindo para uma fragmentação das políticas no campo da saúde, onde, por um lado, se procurava alcançar a universalidade do acesso à saúde e, por outro lado, procurava-se gerir a incapacidade de alcançar este objetivo por via de PPES. Estes projetos assumiram diversas formas, tais como, testes genéticos, rastreios a diversos tipos de cancro, *check-ups* periódicos, entre outras situações (Huisman & Oosterhuis, 2014).

Neste cenário sociopolítico, os cidadãos surgem perspetivados pelo Estado como ativos e conscientes, devidamente informados acerca dos fatores de risco e de proteção para a saúde, bem como sobre as diversas formas de navegar pelos serviços de saúde. Esta tipologia de cidadão engloba uma série de expectativas acerca do contrato social em saúde, nomeadamente, espera-se que os cidadãos otimizem a sua saúde por via de uma alimentação codificada como equilibrada, pela prática regular de exercício físico e por um estilo de vida moderado (Huisman & Oosterhuis, 2014). Assente nestas ideias, ao longo da década de 1980, observou-se a adesão à ideia de que a imagem da saúde da população de uma nação traduz a sua força económica no mercado global (Porter, 2011).

Na década de 1990, assiste-se ao surgimento do terceiro cenário sociopolítico intimamente ligado com o aprofundamento de dois eventos iniciados nas décadas anteriores: as reformas políticas de desregulação dos sistemas nacionais de saúde em termos de provisão estatal e o incremento do investimento no mercado económico no campo da saúde (*mercantilização* da saúde). Estes eventos levaram à *comodificação* da saúde, onde a responsabilidade individual pela saúde substitui a provisão estatal universal e equitativa do acesso aos serviços de prestação de cuidados médicos. Neste cenário, o Estado induz e contribui para a gestão dos mercados em saúde a partir de tomadas de decisão política assentes em racionais económicos de gestão da despesa pública e das forças mercantis privadas, considerando os cidadãos enquanto consumidores livres e responsáveis dos serviços de saúde disponíveis na sociedade (Ewert, 2019).

Neste cenário sociopolítico, a alteração nos padrões de morbilidade de doenças infecciosas para doenças crónicas contribuiu para que o foco do Estado se centrasse no estilo de vida das pessoas em detrimento dos serviços de saúde, visto que os estudos no campo da saúde indicavam que os principais fatores de risco para a vida humana se relacionavam com as escolhas individuais dos cidadãos, como fumar, consumir álcool e seguir uma alimentação codificada como desequilibrada, que, por sua vez, contribuíam para o surgimento de doenças cardiovasculares e de diversos tipos de cancro. Neste sentido, as medidas políticas em saúde promoviam a ideia de que seguir um estilo de vida saudável passava pela gestão dos fatores de risco existentes numa sociedade de risco, reconfigurando-se, por um lado, o campo da saúde, passando-se do tratamento de doenças para a prevenção assente na pré-disposição genética e, por outro lado, o campo da cidadania, passando-se da distribuição coletiva do peso das problemáticas sociais para o incremento do peso individual nas problemáticas sociais (Huisman & Oosterhuis, 2014).

Posto isto, a crescente complexidade, fragmentação e diversidade do tecido social produzida pelos processos de globalização do mercado económico contribuiu para a pluralização de diferentes estilos de vida assentes na inovação tecnológica e científica, no corte com a divisão tradicional do trabalho doméstico, no estabelecimento de novos tipos de relações de intimidade e em novas formas de mobilidade transnacional (Huisman & Oosterhuis, 2014). Em larga medida, os movimentos sociais que surgiram ao longo das últimas décadas do século XX (que se vieram a expandir no século XXI) procuraram reivindicar equidade em termos de direitos de cidadania, desafiar a noção de corpo e mente saudáveis relacionados com a ideia do ser humano europeu ou americano, de etnia branca, de classe média e de sexo masculino (Porter, 2011) e romper com os obstáculos ao acesso aos direitos de cidadania (e humanos) experienciados por diversos grupos sociais codificados como minoritários, como a classe operária (e.g., saúde no trabalho e segurança social em caso doença), as mulheres (e.g., as questões relacionadas com a interrupção voluntária da gravidez), diferentes grupos étnicos (e.g., o acesso a cuidados médicos), as pessoas homossexuais (e.g., acesso não discriminatório aos cuidados médicos), as pessoas com doenças físicas e mentais (e.g., acesso à segurança social), entre outros grupos sociais, onde a centralidade do campo da saúde na construção da cidadania se revelou nas reivindicações de cada um destes grupos (Huisman & Oosterhuis, 2014).

Por volta da década de 2010, assiste-se ao surgimento do último cenário sociopolítico relacionado com o conhecimento e o comportamento humano, na medida em que a literacia em saúde assume um lugar de destaque no acesso ao direito à saúde (e.g., para navegar pelos serviços de saúde e para tomar decisões acerca de certos tratamentos médicos), assim como se revela realçado o papel da mudança comportamental individual na prevenção de doenças e na

promoção da saúde pessoal e coletiva, sendo que estes objetivos de prevenção e promoção da saúde individual correspondem a fins políticos particulares intimamente ligados com o mercado em saúde (e.g., com programas comunitários de prevenção, promoção e educação em saúde inseridos no esquema amplo do financiamento internacional com vista a alcançar determinadas metas em saúde e sociais). A par desta situação, o mercado económico global entra neste cenário também por via da arquitetura das escolhas que se constroem em torno do campo da saúde, seja no setor dos ginásios, dos suplementos alimentares, dos seguros de saúde, da alimentação biológica, entre outros que, por vezes, em competição e, por outras vezes, ao lado do Estado utilizam o conhecimento científico e o avanço tecnológico enquanto ferramentas de engajamento social (e.g., na criação de redes digitais) e político (e.g., na partilha de valores comuns, como a sustentabilidade agroambiental) com vista à promoção da mudança comportamental. Assente nestas ideias, importa notar que o campo educativo surge, mais uma vez, enquanto instrumento ideológico do Estado, como um veículo para promover a saúde das pessoas, por exemplo, pelo trabalho que se realiza nas escolas no campo da literacia em saúde (Ewert, 2019).

Neste cenário sociopolítico, uma das questões prementes diz respeito a *quem se promove a mudança comportamental, em que sentido se promove esta mudança e com base em que tipo de conhecimento?* Dar resposta a estas inquietantes indagações requer abertura ao diálogo, transparência política e deliberação coletiva, sendo assente nesta base que o contrato social em saúde se transformou. A relação entre saúde e cidadania passou a centrar a atenção na mudança comportamental ao nível individual, surgindo uma cultura da saúde (*health culture*) que colocou uma carga moral no cidadão ao nível da persecução de comportamentos individuais tidos como saudáveis (e.g., a prática regular de atividade física), alavancando uma série de serviços (e.g., os ginásios) e produtos (e.g., os suplementos alimentares) enquanto fontes economicamente rentáveis (Porter, 2011).

Assente nesta esteira, denota-se a procura por construir uma convergência entre o foco individualista e o foco estatal, onde, por um lado, se procura promover um estilo de vida dito saudável (e.g., a prática de exercício físico regular e uma alimentação codificada como equilibrada) e, por outro lado, regular a influência negativa do mercado económico na saúde das pessoas (e.g., a taxação de alimentos codificados como nefastos para a saúde) (Porter, 2011).

Contudo, esta construção tem vindo a constituir-se enquanto um processo contraditório, na medida em que, por um lado, assistiu-se a um incremento do envolvimento do Estado nas questões de saúde pública, em particular no que diz respeito aos fatores de risco, observando-se a implementação de uma série de medidas políticas centradas no consumo de álcool e tabaco, nas DST, ao nível da *fast food* e nos efeitos negativos para a saúde da adoção de um estilo de

vida sedentário sob a égide de projetos comunitários de PPES e de apoios estatais em termos de cuidados médicos e de segurança social (Huisman & Oosterhuis, 2014); por outro lado, observou-se ao investimento estatal no setor privado e em parcerias público-privadas no que respeita aos cuidados médicos com base no discurso da redução da despesa pública, sendo os cidadãos remetidos para o mercado em saúde, onde se enfraquece o papel do cidadão enquanto utente e se reforça o papel do cidadão enquanto consumidor (Ewert, 2019).

Por último, importa indicar o caminho que a cidadania em saúde tem vindo a trilhar nos últimos anos. Por um lado, passa pela interpretação dos fenómenos no campo da sustentabilidade ambiental enquanto forças que redefinem o conceito de cidadania e a sua relação com a saúde ao nível global e local. E, por outro lado, assenta na integração da tecnologia no campo da saúde enquanto um veículo para acentuar o processo de mercantilização do mesmo, assim como para acentuar a noção de responsabilização individual pela saúde.

Em todo o globo, tem-se vindo a contestar a sustentabilidade ambiental e a cidadania em saúde revela-se influenciada por este campo por meio das inúmeras formas de relação social e política que se estabelecem. Assim, enquanto sub-tópico de estudo emergiu a *cidadania em saúde ambiental (environmental health citizenship)*. Christopher Hartmann (2018) desenvolve este conceito enquanto assente numa perspetiva «pós-neoliberal» da organização das sociedades provocada pela tensão entre o neoliberalismo e as reivindicações sociais relacionadas com os direitos que dizem respeito ao ambiente. Por um lado, assiste-se ao foco da política global e local em ideias de solidariedade social e responsabilidade compartilhada em torno da sustentabilidade ambiental (e.g., procurar poupar água nas práticas quotidianas de higiene pessoal e contribuir para os processos de reciclagem) e, por outro lado, observa-se à contestação social que evoca a ausência de condições de vida dignas (como a existência de água potável) para compartilhar de forma equitativa as responsabilidades (sociais e) ambientais, bem como para estabelecer relações de solidariedade comunitária/social.

Num mundo embrenhado pelo digital, a cidadania em saúde revela-se influenciada por este campo através das inúmeras formas de relação social e política digital que se estabelecem. Assim, enquanto outro sub-tópico de estudo emerge a *cidadania em saúde digital (digital health citizenship)*. Dimitra Petrakaki, Eva Hilberg, e Justin Waring (2021) constroem este conceito como um conjunto de direitos (e.g., aceder aos e gerir os dados pessoais de saúde disponíveis no campo digital) e responsabilidades (e.g., conceder *feedback* por canais digitais às entidades de saúde acerca dos seus serviços, indicando formas de melhorar a qualidade dos mesmos) ligados à saúde que emergem do universo digital com vista à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento médicos (e.g., médicas online e a utilização de aplicações para monitorizar aspetos da saúde pessoal), e à mobilização social e ao debate político que se constrói na arena digital (e.g., fóruns

de debate online que alavancam movimentos de reivindicação social em prol do avanço dos direitos de cidadania e humanos).

Assente neste trabalho, importa a seguir definir os contornos concretos do conceito de cidadania em saúde.

1.3.3. Cidadania em saúde: Construindo uma definição agregadora

Danielle Groleau (2011), propõe olhar para a cidadania em saúde enquanto um campo contingente e contestado, na medida em que se revela influenciado e moldado pelo campo sociopolítico, nomeadamente, pelas reivindicações sociais, tais como, uma intervenção eficiente no combate às iniquidades sociais (e em saúde), um olhar cuidado para as problemáticas em torno da sexualidade e das relações de intimidade e a reconfiguração de diversos aspetos do campo da saúde (e.g., a melhoria das instalações clínicas e dos cuidados médicos).

Assente nesta esteira, Aris Komporozos-Athanasίου, Mary Adams e Christopher McKevitt (2018) aprofundam o conceito de cidadania em saúde, articulando-o com o campo biopsicossocial e com o mercado económico global, na medida em que o campo da cidadania em saúde se encontra na interseção entre estes dois lugares, cujo reflexo se evidencia sob diferentes formas de participação das pessoas na reivindicação do acesso ao direito à saúde. Por outras palavras, o campo da saúde revela-se um lugar de expressão da cidadania materializado por uma série de rituais e rotinas em saúde, tais como a utilização de linguagem técnica, e um agendamento prévio das práticas clínicas e sociopolíticas, como medidas legais de ação em contexto de calamidade pública e as leis que enquadram o acesso aos serviços de cuidados médicos, cabendo aos cidadãos o papel de complementar ou reconfigurar estes rituais e rotinas do campo da saúde à luz das reivindicações da arena social (e.g., a qualidade do serviço nacional de saúde, e um olhar cuidado para as relações de intimidade e para a sexualidade) através de manifestações políticas e de transgressões sociais com vista à produção de representações sociopolíticas alternativas, nomeadamente, aquelas que reconhecem a experiência da pessoa doente, a necessidade de humanizar os cuidados médicos e a vontade de alterar as condições políticas que produzem iniquidade social (e em saúde).

Com base nestes contributos, Mikko Jauho, e Ilpo Helén (2022) acrescentam que a cidadania em saúde procura expandir a noção de direito à saúde assente na política global e local, indo além do acesso aos serviços de cuidados médicos. Numa perspetiva ampla, a cidadania em saúde engloba os desafios da pertença a uma comunidade sociopolítica e cultural, as reivindicações associadas ao reconhecimento de direitos humanos (e de cidadania) e a construção de uma sociedade e, indo mais longe, de uma humanidade assente em princípios

éticos de equidade social, tendo em conta que o direto à saúde, em termos amplos, se interseta com a organização da vida humana no seio do mercado económico global, surgindo ligado com as transformações históricas e sociopolíticas que acompanharam a saúde ao longo dos séculos, como se tem vindo a discutir.

Assente nestas ideias, ao longo dos séculos, a cidadania e a saúde alinharam-se em torno da vitalidade das pessoas, da nação e, nas últimas décadas, do mundo, como se denota nos inúmeros projetos nacionais e globais desenvolvidos em torno da sustentabilidade ambiental, assim como na área da PPES, e como se nota na história da saúde, em particular, no foco na fertilidade, morbilidade e mortalidade enquanto aspetos a medir, intervir e manipular de forma a assegurar o bem comum por via da garantia da estabilidade económica das nações, da existência de mão de obra adequada para continuar o avanço civilizacional e como meio de assegurar um corpo militar capaz de defender a pátria, onde as pessoas consideradas, pela sociedade e pelos médicos, doentes, perigosas e incorrigíveis encontravam-se excluídas da sociedade, sendo empregues medidas coercivas de vigilância e controlo sociais, e de tratamento clínico (Jauho & Helén, 2022).

Nos últimos anos, o campo da cidadania em saúde tem sido influenciado pelos diversos motes políticos que alavancaram diferentes movimentos de ativismo social (e.g., o reconhecimento de grupos da sociedade com doenças particulares, como a paralisia cerebral e o autismo), pelas políticas em saúde que expandem o reconhecimento do direito das pessoas em tomar decisões acerca da sua saúde (no que diz respeito à rejeição de certos procedimentos médicos ou no que concerne à morte medicamente assistida) e pelo incremento do peso sociopolítico e clínico da mudança comportamental para a promoção da saúde pessoal e coletiva (e.g., na adoção de um estilo de vida codificado como saudável, onde se inserem a prática regular de atividade física, a adoção de uma alimentação equilibrada e um cuidado atento com a higiene do sono) (Jauho & Helén, 2022).

Nesta linha de pensamento, a cidadania em saúde engloba as características de saúde do ser humano nas suas múltiplas facetas (biopsicossocial, cultural, entre outras), levando em conta a capacidade e o potencial destas características enquanto recursos sociopolíticos a partir dos quais se constroem as noções de uma *politização* da saúde, na medida em que a saúde se revela alvo de medidas políticas que procuram gerir, regular e controlar esta arena da vida humana, por exemplo, quando o acesso aos cuidados médicos se revela facilitado ou condicionado pelas políticas em saúde, e de uma *biologização* da política, no sentido em que a organização das sociedades assenta em processos de gestão, regulação e controlo políticos do ser humano enquanto um organismo biopsicossocial, a título exemplificativo, ao nível do (não) acesso a direitos de cidadania com base em aspetos relacionados com a saúde humana (Jauho & Helén,

2022). Numa perspetiva ampla, a cidadania em saúde diz respeito à incorporação das subjetividades humanas que subjazem à participação nos processos de construção de conhecimento em saúde e de ação política no campo da saúde, com vista a uma compreensão ampla dos processos inerentes à garantia do direito à saúde, assim como a uma gestão contextualizada dos determinantes que governam as iniquidades (sociais e) em saúde.

A seguir, procura-se colocar em perspetiva a relação entre direitos de cidadania e saúde à luz dos direitos humanos.

1.4. O direito (humano) à saúde: Um ponto de situação contemporâneo

A presente secção procura refletir acerca do lugar da (do direito à) saúde no campo dos direitos humanos, uma vez que, por um lado, a área da cidadania em saúde teve origem, como se evidenciou, no desenvolvimento de um direito humano à saúde e, por outro lado, porque abordar as questões da relação entre cidadania e saúde implica, na contemporaneidade, refletir acerca de uma cidadania (em saúde) globalizada e não apenas restrita ao plano nacional.

Neste sentido, para dar conta dos marcos relevantes do desenvolvimento do direito à saúde no seio da construção e do aprofundamento contínuo dos direitos humanos levou-se em conta uma série de documentos internacionais abordados por Jonathan Wolff (2012), por Lawrence Gostin, Stephen Marks e Jose Zuniga (2013), e por Audrey Chapman (2016).

A seguir, apresenta-se a tabela desenvolvida para sintetizar o desenvolvimento do direito à saúde nestes documentos internacionais, tendo a mesma sido elaborada em cinco blocos: um bloco para o nome do texto em análise, outro para o ano de publicação (que, em alguns casos, difere do ano da entrada em vigor), um bloco que indica o número de Estados-nação que ratificaram o documento (a partir dos 195 Estados-nação indicados pelas UN e até ao ano de 2021), outro que indica a parte do texto onde se identificam referências ao direito à saúde e um bloco que refere os contributos chave destes textos para a construção deste direito.

(espaço deixado em branco de forma intencional)

Tabela 5

Caracterização da construção do direito à saúde a partir de normativos internacionais

Documento	Ano	Número de Estados	Citação	Contributos
<i>Charter of the United Nations and Statute of the International Court of Justice</i> [CUNSIJ] (Carta das Nações Unidas e Estatuto do Tribunal de Justiça Internacional)	1945	195/195	1. The General Assembly shall initiate studies and make recommendations for the purpose of: ... b. Promoting international cooperation in the economic, social, cultural, educational and health fields, and assisting in the realization of human rights and fundamental freedoms for all without distinction as to race, sex, language, or religion. (Article 13) With a view to the creation of conditions of stability and well-being which are necessary for peaceful and friendly relations among nations based on respect for the principle of equal rights and self-determination of peoples, the United Nations shall promote: a. Higher standards of living, full employment, and conditions of economic and social progress and development; b. Solutions of international economic, social, health, and related problems; and international cultural and educational cooperation. (Article 55)	O direito à saúde encontra-se perspectivado como um elemento central para alcançar a paz em todo o globo, sendo alvo de investigação científica, e de monitorização e regulação (inter)nacional com vista à prevenção e promoção da saúde das pessoas assente em condições de vida dignas.
<i>Constitution of the World Health Organization</i> [CWHO] (Constituição da Organização Mundial de Saúde)	1946	195/195	Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition. The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security, and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States. The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all. Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is a common danger. Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development. The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health. Informed opinion and active co-operation on the part of the public are of the utmost importance in the improvement of the health of the people. Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. (Preamble)	O direito à saúde revela-se enquadrado no campo fisiológico, psicológico e sociológico assente em princípios democráticos e universais, como a não discriminação e redução das iniquidades sociais. A doenças transmissíveis, como o VIH/SIDA, revelam-se um perigo iminente. A saúde das crianças revela-se basilar, assim como o acesso universal a serviços de saúde. Os Estados apresentam responsabilidade pela saúde dos seus cidadãos e a participação das pessoas nos processos sociopolíticos revela-se fulcral para reivindicar o direito à saúde.
<i>Universal Declaration of Human Rights</i> [UDHR] (Declaração Universal dos Direitos Humanos)	1948	179/195	Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control. (Article 25)	O direito à saúde assente numa miríade de determinantes sociais da saúde, tais como, o acesso ao emprego, à educação, a uma habitação e a alimentos. Os Estados apresentam responsabilidade por assegurar as condições de segurança social necessárias para garantir o direito à saúde e a uma vida digna.
<i>International Covenant on Civil and Political Rights</i> [ICCPR] (Convênio Internacional dos Direitos Cívicos e Políticos)	1966	172/195	3. The above-mentioned rights [right to life and to freedom], shall not be subject to any restrictions except those which are provided by law, are necessary to protect national security, public order, public health or morals or the rights and freedoms of others, and are consistent with the other rights recognized in the present Covenant. (Article 12) 3. Freedom to manifest one's religion or beliefs may be subject only to such limitations as are prescribed by law and are necessary to protect public safety, order, health, or morals or the fundamental rights and freedoms of others. (Article 18)	O direito à saúde constitui um elemento poderoso no seio da organização sociopolítica dos Estados, na medida em que a evocação do bem comum em termos de saúde pública revela-se uma justificação forte o suficiente para suspender temporariamente outros direitos de cidadania (e humanos).

Documento	Ano	Número de Estados	Citação	Contributos
			The right of peaceful assembly shall be recognized. No restrictions may be placed on the exercise of this right other than those imposed in conformity with the law and which are necessary in a democratic society in the interests of national security or public safety, public order (ordre public), the protection of public health or morals or the protection of the rights and freedoms of others. (Article 21)	
<i>International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights</i> [ICESCR] (Convênio Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais)	1966	160/195	The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of just and favourable conditions of work which ensure, in particular: ... (b) Safe and healthy working conditions. (Article 7) 3. Special measures of protection and assistance should be taken on behalf of all children and young persons without any discrimination for reasons of parentage or other conditions. Children and young persons should be protected from economic and social exploitation. Their employment in work harmful to their morals or health or dangerous to life or likely to hamper their normal development should be punishable by law. States should also set age limits below which the paid employment of child labour should be prohibited and punishable by law. (Article 10) 1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for: (a) The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child; (b) The improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene; (c) The prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases; (d) The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness. (Article 12)	A saúde laboral revela-se um campo social importante em termos do acesso ao direito à saúde. A saúde das crianças e das pessoas jovens (adolescentes) revela-se um tema prioritário em termos de proteção social e legal no que respeita ao direito à saúde. O direito à saúde revela-se definido enquanto o direito de todas as seres humanos a alcançarem o mais elevado padrão de saúde física e mental atingível. Para tal, os Estados apresentam a responsabilidade de promover a redução da mortalidade infantil e o desenvolvimento pleno das crianças e adolescentes; a melhoria contínua dos aspetos sanitários relacionados com o ambiente e a indústria; a prevenção e o tratamento de doenças, bem como o controlo de epidemias; e a criação de condições para a construção de um sistema de saúde capaz de assegurar serviços médicos acessíveis, eficientes e de qualidade.
<i>Committee on Economic, Social and Cultural Rights: General Comment No. 14 – The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the ICESCR)</i> (Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais: Comentário Geral N.º 14 – O direito ao mais elevado padrão de saúde atingível [Artigo 12 do ICESCR])	2000	Não aplicável	1. Health is a fundamental human right indispensable for the exercise of other human rights. Every human being is entitled to the enjoyment of the highest attainable standard of health conducive to living a life in dignity. 3. The right to health is closely related to and dependent upon the realization of other human rights, as contained in the International Bill of Rights, including the rights to food, housing, work, education, human dignity, life, non-discrimination, equality, the prohibition against torture, privacy, access to information, and the freedoms of association, assembly and movement. 5. The Committee recognizes the formidable structural and other obstacles resulting from international and other factors beyond the control of States that impede the full realization of article 12 [of the ICESCR] in many States parties. 8. The right to health is not to be understood as a right to be <i>healthy</i>. The right to health contains both freedoms and entitlements. 9. The notion of “the highest attainable standard of health” in article 12.1 [of the ICESCR] takes into account both the individual’s biological and socio-economic preconditions and a State’s available resources. 11. The Committee interprets the right to health, as defined in article 12.1 [of the ICESCR], as an inclusive right extending not only to timely and appropriate health care but also to the underlying determinants of health, such as access to safe and potable water and adequate sanitation, an adequate supply of safe food, nutrition and housing, healthy occupational and environmental conditions, and access to health-related education and information,	A saúde revela-se fundamental para o exercício da cidadania. E o acesso ao direito à saúde promove uma vida digna. O direito à saúde encontra-se dependente da realização de outros direitos de cidadania (e humanos), tais como, o acesso ao trabalho, a alimentação e à educação. Existem condições sociopolíticas que obstruem a realização plena do direito à saúde. O direito à saúde vai além de um estado saudável, enquadrando os aspetos biológicos e socioeconómicos da estrutura sociopolítica, bem como os recursos do Estado para responder às problemáticas da sociedade. O direito à saúde vai além do acesso aos serviços de saúde, enquadrando uma miríade de aspetos fundamentais para a sua realização plena, tais como, o acesso a alimentação, à educação e à habitação. O direito à saúde pressupõe as seguintes pré-condições: disponibilidade de serviços de saúde em bom estado de funcionamento, bem como projetos de promoção da saúde

Documento	Ano	Número de Estados	Citação	Contributos
			including on sexual and reproductive health. 12. The right to health in all its forms and at all levels contains the following interrelated and essential elements, the precise application of which will depend on the conditions prevailing in a particular State party: (a) Availability. Functioning public health and health-care facilities, goods and services, as well as programmes, have to be available in sufficient quantity within the State party; (b) Accessibility. Health facilities, goods and services have to be accessible to everyone without discrimination, within the jurisdiction of the State party, [specifically, in terms of non-discrimination, physical accessibility, affordability and information accessibility]; (c) Acceptability. All health facilities, goods and services must be respectful of medical ethics and culturally appropriate; and (d) Quality. As well as being culturally acceptable, health facilities, goods and services must also be scientifically and medically appropriate and of good quality. Articles 14 to 29: Examples of the implementation of the right to health in terms of maternal, child and reproductive health; healthy natural and workplace environments; prevention, treatment and control of diseases; health facilities, goods and services; non-discrimination equal treatment; gender perspective; women and the right to health; children and adolescents; older persons, persons with disabilities, indigenous peoples and limitations to the right to health. Articles 30 to 45: Specifies the obligations of the States in terms of the pursuit of the right to health (legal, international, general and specific, and core obligations). Articles 46 to 52: Exemples of violations of the right to health in terms of respect, protection and fulfilment. Articles 53 to 64: Specifies the national framework for implementation of the right to health in terms of legislation, indicators and benchmarks, accountability processes, and obligations of other organizations than the States.	elaborados de forma eficiente e com qualidade científica; acessibilidade, ao nível da não discriminação, económico, e da acessibilidade física e de informação; aceitação, no sentido da adequação cultural e respeito ético em práticas no campo da saúde; e em termos de qualidade, no que respeita à eficiência, eficácia e rigor científico. Identificação de áreas prioritárias no que diz respeito à universalidade do acesso ao direito à saúde, tais como, crianças e mulheres, pessoas idosas e pessoas com doenças físicas e mentais. Especificação das obrigações dos Estados para a garantia do acesso à saúde, tais como, a adoção de legislação que promova um acesso equitativo aos serviços de saúde e a garantia de condições de vida adequadas ao desenvolvimento pleno da saúde (cuidados médicos, água potável, alimentação, habitação e medicamentos). Identificação de possíveis violações do direito à saúde, por exemplo, falhas sistemáticas na regulação da poluição da água e do ar. Identificação do enquadramento nacional no que respeita à implementação do direito à saúde, em termos legislativos, de indicadores e de prestação de contas, bem como no que respeita à ação de organizações externas aos Estados. A título exemplificativo, a criação de estratégias nacionais de promoção da saúde, assim como organismos de monitorização dos resultados alcançados com tais programas, e assegurar a participação das instituições da sociedade civil, bem como das pessoas na implementação das políticas em saúde.
<i>Millennium Development Goals</i> [MDG] (Objetivos de Desenvolvimento do Milénio – Agenda para 2015)	2000	189/195	- To eradicate extreme poverty and hunger; - To achieve universal primary education; - To promote gender equality and empower women; - To reduce child mortality; - To improve maternal health; - To combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases; - To ensure environmental sustainability; - To develop a global partnership for development.	O direito à saúde encontra-se presente em todos os objetivos, a título exemplificativo, no acesso à alimentação (1), no acesso à informação por via da educação (2), no acesso à equidade em saúde (3), na redução da mortalidade infantil (4), na promoção da saúde materna (5), no combate ao VIH/SIDA (6), na persecução da redução da poluição do ar e da água (7), e no desenvolvimento de parcerias internacionais assentes na promoção da saúde (8).
<i>Sustainable Development Goals</i> [SDG] (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Agenda para 2030)	2015	195/195	- No poverty; - Zero hunger; - Good health and well-being; - Quality education; - Gender equality;	Garantir o direito à saúde revela-se essencial para alcançar todos estes objetivos, a título ilustrativo, eliminar a pobreza melhora significativamente a saúde das populações (1), o acesso à alimentação revela-se essencial para o desenvolvimento humano (2), o acesso a vacinas e medicamentos contribui para melhorar a saúde das populações (3), a educação apresenta-se um veículo para

Documento	Ano	Número de Estados	Citação	Contributos
			6. Clean water and sanitation; 7. Affordable and clean energy; 8. Decent work and economic growth; 9. Industry, innovation and infrastructure; 10. Reduced inequality; 11. Sustainable cities and communities; 12. Responsible consumption and production; 13. Climate action; 14. Life below water; 15. Life on land; 16. Peace, justice and strong institutions; 17. Partnership for the goals.	uma navegação eficiente pelos serviços de saúde (4), eliminar as diferenças de gênero em saúde contribui para a melhoria das práticas médicas com pacientes homossexuais (5), assegurar o acesso a água potável e a um sistema de saneamento eficiente contribui para a melhoria da saúde das populações (6), o acesso à energia facilita uma alimentação capaz de promover o potencial do desenvolvimento humano (7), o acesso ao trabalho contribui positivamente para a saúde das pessoas (8), a inovação científica e tecnológica no campo médico contribui para a melhoria da saúde das populações (9), as iniquidades em saúde obstruem o acesso aos cuidados médicos a pessoas de classe social pobre (10), a poluição do ar nos centros urbanos revela-se um fator de risco para a saúde das populações citadinas (11), a saúde de todos os seres humanos encontra-se dependente da sustentabilidade de todo o planeta (12, 13, 14 e 15), os conflitos armados empurram milhares de pessoas para situações de vulnerabilidade socioeconómica com efeitos nefastos para a saúde (16) e as parcerias globais no campo da saúde alavancam o avanço da ciência médica e das tecnologias em saúde (17).
<i>Framework Convention on Global Health [FCGH]</i> (Enquadramento da Convenção para a Saúde Global)	2020 (Draft)	Não aplicável	a) Improving national and global accountability to health commitments and to the right to health itself, including by ensuring people's opportunity to participate in health-related decisions from community to global levels; b) Ensuring non-discrimination and addressing persisting marginalization and immense health inequities c) Increasing national and global health financing; d) Ensuring that all sectors of society work towards fulfilling the right to health, and that none (such as intellectual property or trade regimes) undermine this right. (Preamble)	O direito à saúde nas últimas décadas tem vindo a ser alvo de um projeto global pioneiro em termos da construção participativa de ideais, objetivos, ações concretas, indicadores e outros processos relacionados à garantia do direito à saúde em todo o mundo. Em larga medida, este projeto assenta na construção contínua (sobretudo via digital), com a supervisão de pessoas reconhecidas internacionalmente na área da saúde (ciência médica, saúde pública, educação para a saúde, gestão em saúde, direitos em saúde, entre outras áreas), de uma convenção mundial para a saúde global, onde se inscrevam as perspetivas de diferentes pessoas de todo o mundo acerca do direito à saúde. Atualmente, o documento em construção apresenta alguns tópicos de interesse para compreender os desafios em saúde contemporâneos: obrigações estatais no que respeita à garantia do direito à saúde, processos de prestação de contas ao nível dos sistemas de saúde nacionais, meios de assistência internacional para uma ação efetiva nas regiões do mundo em situação de vulnerabilidade socioeconómica, reforço das regulações internacionais e nacionais no que respeita aos efeitos do mercado económico global na saúde, processos concretos para a realização efetiva da equidade social e ações concretas para incrementar a participação das pessoas e grupos sociais na persecução do mais elevado padrão de saúde atingível.

Os documentos referidos na Tabela 5 dão conta da construção e do aprofundamento do direito à saúde nos últimos 75 anos (entre 1945 e 2020). A partir desta análise, compreende-se que o direito à saúde se revela assente em três elementos: na equidade (reconhecimento da saúde enquanto um veículo para promover a dignidade humana de todas as pessoas), na sua condição inalienável (em circunstância alguma se diluí este direito) e na sua universalidade (acesso à saúde para todas as pessoas independentemente da sua condição e posição no mundo).

A par destes aspetos, denota-se que estes documentos representam uma série de ideais acerca da natureza humana que refletem um consenso global notável, tanto em termos históricos, como em termos políticos. Contudo, as fundações morais deste consenso divergem amplamente entre as diferentes nações do mundo e ainda mais divergem as formas da sua implementação a nível nacional. Nesta linha de pensamento, importa ainda notar que muitas das convenções internacionais em que assenta o direito (humano) à saúde não se encontram ratificadas por todos os Estados membros das UN (195 no total). Não obstante, dado que existe um elevado peso político global sob estas convenções internacionais, uma vez que a esmagadora maioria dos Estados as ratificou, o seu valor legal e moral apresenta-se embutido mesmo nos Estados que não ratificaram alguns destes documentos (Wolff, 2012).

Assente nestas ideias, o direito à saúde passa, como referido nos textos, pelo alcance do mais elevado padrão de saúde atingível. Neste sentido, embora os serviços de saúde se revistam de uma importância elevada para a saúde das populações, o conceito de saúde vai além dos cuidados médicos e implica um olhar atento para os determinantes sociais da saúde (vd., WHO, 2012), como o acesso ao trabalho, à educação e o acesso a alimentos (Wolff, 2012).

No entanto, importa notar que o comentário geral número 14 do Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais, ao longo dos anos, revelou-se um dos documentos de maior referência em termos de propor ações concretas para uma realização efetiva do direito à saúde (Chapman, 2016). Em particular, este documento apresenta a base na qual assentam os indicadores para a construção e avaliação dos sistemas de saúde em todo o globo, encontrando-se refletidos nos relatórios de diversas organizações supranacionais, bem como nos documentos de diferentes órgãos nacionais de regulação da saúde, a saber: disponibilidade (*availability*), em termos da existência de um número de instalações médicas capazes de dar resposta às necessidades de saúde da população; acessibilidade (*accessibility*), ao nível dos custos dos serviços de saúde, ao nível das estruturas físicas, em particular, para pessoas com mobilidade reduzida, e ao nível da informação, sobretudo, acerca de diferentes doenças, intervenções médicas, programas em saúde comunitária, funcionamento dos serviços, entre outras questões; aceitação (*acceptability*), no sentido de serem seguidas orientações éticas na prática de atos médicos e de os serviços de saúde se apresentarem culturalmente apropriados à diversidade de

peessoas que os utilizam (peessoas idosas, peessoas com doenças mentais, peessoas de diferentes etnias, peessoas com diferentes crenças, entre outras situações); e qualidade (*quality*), em larga medida, diz respeito à capacidade científica dos médicos, à manutenção dos instrumentos clínicos em termo de um correto funcionamento, ao stock de medicamentos, entre outras situações (Wolff, 2012).

No entanto, este comentário geral, a par de outros documentos que o antecederam e procederam, não aprofunda o entendimento acerca da ideia de dignidade humana em que o direito à saúde, e os direitos humanos em geral, assenta(m). Esta situação, embora de origem filosófica, revela-se um elemento que tem vindo a gerar interpretações múltiplas, na medida em que este conceito se encontra assente num (suposto) entendimento intrínseco e intuitivo partilhado por todas as peessoas, gerando, por um lado, debates e reflexões múltiplas assentes na diversidade humana e cultural existente no planeta, e, por outro, conduzindo a situações onde os Estados assentam num entendimento minimalista do conceito de dignidade humana, isto é, num acesso à saúde com base numa intervenção mínima do Estado, com um foco acrescido nos serviços de cuidados médicos e um olhar desatento para aspetos amplos da vida humana em que a saúde apresenta um papel preponderante, tais como, o trabalho e a educação (Chapman, 2016).

A par destes aspetos, importa salientar que os direitos humanos, onde se inclui o direito à saúde, constituem uma série de normas que orientam os Estados e as peessoas nas relações políticas, institucionais, sociais e pessoais. Neste sentido, a realização efetiva do direito à saúde tem vindo a ser expressa sob a forma da elaboração de políticas em saúde, a nível nacional e internacional. Na arena nacional, os sistemas legais aplicam medidas jurídicas para garantir o cumprimento das políticas em saúde. No campo internacional, utilizam-se estratégias de coerção legal, onde a pressão política global sob a forma de ações diplomáticas entre nações leva a que as normas internacionais em termos de direitos humanos (em particular, os relacionados com a saúde) sejam cumpridas (Cabrera & Ayala, 2013).

Importa ainda referir que a concretização do direito à saúde surge ainda associada a diversas práticas e cidadania, como a mobilização social para contestar direitos, e o recurso a diversas instâncias legais, tais como, os tribunais nacionais e supranacionais, e de diversas organizações humanitárias ou ativistas (Pablos-Mendéz & Stone, 2013).

Neste sentido, a lei internacional dos direitos humanos perspetiva o acesso ao direito à saúde enquanto um processo progressivo, na medida em que, ao longo dos anos, os Estados têm que reunir esforços (e prestar contas) para gradualmente assegurarem a universalidade do acesso ao mais elevado padrão de saúde atingível para toda a população (Grover, et al., 2013).

Contudo, o paradigma dos direitos humanos no contexto neoliberal encontra contradições complexas de ultrapassar, nomeadamente, o obstáculo de atender às problemáticas

sociais das pessoas em situação de vulnerabilidade assente numa lógica socioeconómica e política global que tendencialmente afeta com maior severidade este mesmo grupo da sociedade. Neste cenário, o direito à saúde surge como uma mercadoria, na medida em que, além de um foco acrescido nos serviços de saúde e na responsabilização individual, a disponibilização de cuidados médicos e o acesso aos mesmos, bem como o preço desse acesso e os custos associados aos bens que circunscrevem o campo da saúde encontram-se decididos pela disputa no mercado económico (Chapman, 2016).

Com base nesta ideia, os países codificados como pobres não apresentam recursos suficientes para alavancar uma realização efetiva do direito (humano) à saúde (pelo menos de forma independente). Neste sentido, construiu-se uma rede global de apoio humanitário, onde se alavancam esforços coletivos para progressivamente se alcançar a universalidade do direito à saúde. No entanto, a ideia de apoio humanitário, embora assente numa base de altruísmo e solidariedade humana, contribui, por um lado, para criar um estatuto dependente nas regiões que recebem este suporte. Não obstante, por outro lado, promove o desenvolvimento dos direitos humanos nestas regiões, contribuindo para que as pessoas tenham acesso a alguma forma de acesso à saúde, neste caso, sob a égide da reivindicação dos direitos humanos, onde outrora as populações se viam reduzidas à mercê dos sistemas políticos, atualmente existem mecanismos que contribuem para alguma forma de proteção, tais como, ações humanitárias realizadas por diversas organizações não-governamentais (e.g., Amnistia Internacional), intervenções militares realizadas por organizações supranacionais (como é o caso dos Capacetes Azuis das UN) e ações diplomáticas levadas a cabo por diversas nações. Contudo, importa notar que a eficiência destes mecanismos de proteção revela-se um processo em desenvolvimento e em consolidação (Wolff, 2012).

Assente nesta esteira, ao longo das décadas, observou-se à erradicação da varíola e a gestão global da epidemia do VIH/SIDA, por exemplo. Contudo, como se tem vindo a destacar, a distribuição global destes ganhos em saúde revela-se desigual, identificando-se, a título ilustrativo, que, apesar de se encontrarem disponíveis alimentos suficientes para dar resposta às necessidades nutricionais da população mundial, as iniquidades na distribuição alimentar contribuem para que cerca de um bilião de pessoas, em todo o mundo, se encontrem num estado de fome crónica (um estado biológico de permanente subnutrição, implicando que o corpo, mesmo quando recebe alimentação adequada, se evidencie menos eficiente na absorção dos nutrientes). Importa também referir que a esperança média de vida, segundo o Index de Desenvolvimento Humano (IDH), varia em cerca de vinte anos entre os países que se alocam nos extremos opostos da tabela de quantificação deste indicador. Em larga medida, estes dados refletem os efeitos do processo de globalização no campo da saúde, onde os ganhos significativos em saúde que se alcançaram ao longo das décadas por via deste processo,

implicaram a criação de um fosso profundamente desproporcional entre os lugares do mundo que ganham em saúde e aqueles que «perdem em saúde» (Chapman, 2016).

Neste cenário, atingir a equidade em saúde (e social) implica pensar que ações têm de ser levadas a cabo para que pessoas em circunstâncias de vida fundamentalmente diferentes sejam efetivamente capazes de aceder ao direito (humano) à saúde (Chapman, 2016). A título de exemplo, esta ideia envolve que uma pessoa que viva no continente africano tenha acesso a medicamentos para o VIH/SIDA disponíveis no continente europeu, mas também que seja valorizada de forma adequada em termos salariais, permitindo aceder a uma alimentação capaz de potencializar a sua saúde.

Em forma de síntese, os diversos documentos abordados, por um lado, aprofundam a ideia de um acesso efetivo à saúde enquanto composto por elementos físicos, no sentido do direito a uma existência digna assente no direito à vida, em condições laborais dignas, à eliminação de práticas de tortura, à luta contra o homicídio de seres humanos, entre outros aspetos; por elementos mentais, em termos de autonomia de ação das pessoas assente no direito à liberdade de expressão, de religião, de um acesso equitativo e não discriminatório à saúde, ao direito à privacidade, ao direito à mobilidade, entre outros aspetos; e por elementos sociais, na medida em que se reivindicam os direitos de ação política, de diversidade cultural, de constituição de família e do desenvolvimento de comunidades locais e globais assentes no direito à educação, à liberdade de associação, à liberdade de expressão cultural, aos direitos ambientais, entre outros. E, por outro lado, indicam uma série de medidas para a realização efetiva destes aspetos que se refletem nas políticas em saúde dos Estados, tal como, os diversos indicadores para a construção de sistemas de saúde eficazes, eficientes e de qualidade.

1.5. O lugar da educação no seio da relação entre (direitos de) cidadania e saúde

A educação surge no seio da relação entre cidadania e saúde por meio de uma miríade de possibilidades. No entanto, proponho olhar para a educação no escopo dos projetos globais de promoção em saúde devido à dimensão mundial destas iniciativas e aos seus efeitos nas dinâmicas sociopolíticas em saúde, bem como no seio da relação entre cidadania e saúde.

Nas últimas quatro décadas (especificamente entre 1978 e 2021), a WHO alavancou uma série de conferências internacionais centradas em, por um lado, refletir sobre os desafios no campo da saúde e, por outro lado, em delinear ações concretas para serem levadas a cabo pelas nações em todo o globo enquanto linhas orientadoras para promover a saúde das pessoas e das populações. Ao longo destas conferências, diversos compromissos foram sendo assumidos pelas nações de todo o mundo, tendo influenciado a relação entre cidadania e saúde por meio dos efeitos sociopolíticos alavancados pelas ações propostas nestes eventos na área da promoção em

saúde, nomeadamente, conferências internacionais focadas na promoção em saúde ou nos cuidados de saúde primários que deram origem a duas declarações que marcaram significativamente o campo da promoção em saúde.

Antes de mais, importa distinguir três conceitos centrais ao campo da prevenção, promoção e educação em saúde. Para tal, apoio-me no *Health promotion glossary of terms*, publicado em 1998 e atualizado em 2021 pela WHO, que oferece os consensos científicos mais recentes de um amplo reportório de conceitos ligados à área da promoção em saúde.

O primeiro conceito diz respeito às medidas levadas a cabo para prevenir o surgimento de doenças e para mitigar a progressão das mesmas aquando da sua identificação em dada população ou local. Nesta linha, a prevenção em saúde assente em três níveis de ação: a prevenção primária, que diz respeito à identificação de doenças preocupantes em termos da sua propagação ou incidência na população, assim como diz respeito às estratégias para incrementar a informação disponível acerca da doença e para tomar controlo sobre fatores que influenciem a saúde, procurando-se potencializar o estado de saúde das pessoas e populações; a prevenção secundária, que diz respeito à redução da prevalência e da incidência de casos em determinados subgrupos da população por meio, por exemplo, de rastreios de saúde; e a prevenção terciária, onde se identificam as pessoas com doenças e se procura reabilitá-las e curá-las por meio de diversas formas de intervenção médica.

O segundo termo diz respeito aos processos que facilitam condições para que as pessoas controlem as suas vidas e potencializem a sua saúde. Neste sentido, a promoção em saúde representa um processo sociopolítico amplo direcionado para o desenvolvimento das capacidades e competências das pessoas como meio de contribuir para uma mudança social que promova a saúde.

O terceiro e último conceito diz respeito às oportunidades educativas que contribuem para desenvolver competências e capacidades que promovam a saúde, nomeadamente, que desenvolvam a literacia em saúde, ou seja, os conhecimentos e competências pessoais adquiridos ao longo da vida por meio das interações sociais e humanas que moldam a forma como as pessoas procuram, acedem, encontram, avaliam, assimilam, manuseiam e aplicam a informação de modo a potenciar a sua saúde (WHO, 2021), e as competências de vida, isto é, as competências pessoais, interpessoais, cognitivas e físicas que promovem nas pessoas um maior controlo sobre as suas vidas de modo a contribuírem para uma mudança social e pessoal que fomenta a saúde das pessoas e das populações (WHO, 2021). Nesta linha, a educação para a saúde envolve, a título de exemplo, oportunidades educativas centradas na participação de programas de vacinação e de rastreios em saúde, bem como dirigidas à aprendizagem de

conhecimentos gerais em saúde que permitam navegar pelos serviços de saúde e tomar decisões alimentares que potencializem a saúde.

Assente nesta discussão, a Tabela 6 identifica os contributos das conferências realizadas pela WHO no seio da relação entre cidadania e saúde por relação à arena da educação (para a saúde), tendo a mesma sido elaborada em quatro blocos: um bloco que identifica o tema central da conferência e o ano da sua realização, um outro que refere o local onde o evento ocorreu, um bloco em que se identifica a abordagem em termos de promoção em saúde que subjaz às ações propostas em cada conferência e um outro bloco que aborda os contributos de cada evento em termos da sua influência na relação entre cidadania e saúde. Importa ainda referir que todos os conteúdos da tabela foram construídos a partir da leitura dos relatórios de cada evento disponíveis a partir do *website* da WHO e de um documento da UNICEF (1978).

(espaço deixado em branco de forma intencional)

Tabela 6

Caracterização dos contributos da área da promoção em saúde para o campo da cidadania em saúde no escopo das conferências da WHO

Evento da World Health Organization [WHO]	Localização	Abordagem em termos de promoção em saúde	Contributos
Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde (1978)	Alma-Ata (atualmente Almati, Cazaquistão)	Enfoque em estratégias de conscientização e de capacitação individual e comunitária por via dos profissionais de saúde nos serviços de cuidados primários.	<i>Declaração de Alma-Ata</i> : formulação de um sistema de valores global para uma ação internacional conjunta urgente e eficaz para o desenvolvimento dos serviços de cuidados de saúde primários em todo o mundo, em linha com a «nova» ordem económica mundial – o neoliberalismo. Esta declaração vinca ainda a definição do conceito de saúde apresentada pela WHO na sua constituição em 1946, centra sobretudo a noção de «saúde para todos» (<i>health for all</i>), e apresenta os objetivos principais a que os serviços de cuidados primários devem atender em todo o globo.
Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde (1986)	Ottawa (Canadá)	Enfoque em projetos de intervenção comunitária assentes em processos PPES, com enfoque particular na mediação comunitária e na capacitação individual.	<i>Carta de Ottawa</i> : formulação de um sistema de valores global para o estabelecimento de princípios orientadores internacionais no que respeita à saúde pública. Esta carta vinca ainda o conceito de promoção da saúde, estabelecendo uma série de pré-requisitos para a «um bom estado de saúde» e indicando orientações para o desenvolvimento de políticas saudáveis.
Segunda Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde (1988)	Adelaide (Austrália)	Enfoque em projetos de intervenção comunitária assentes em processos de PPES, com enfoque particular na saúde das mulheres, na construção de uma alimentação «nutritiva», e na redução do consumo de álcool e tabaco.	Reforço da importância da criação de políticas públicas saudáveis, sublinhando-se a responsabilidade dos Estados pela saúde das pessoas, em particular, de grupos sociopoliticamente codificados como minoritários. Formulação de parcerias globais para promover a saúde das pessoas.
Terceira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde <i>Supportive Environments for Health</i> (1991)	Sundsvall (Suécia)	Enfoque na advocacia sociopolítica e na facilitação do empoderamento de grupos sociopoliticamente codificados como minoritários.	Reforço da importância de uma ação global para a criação de ambientes sustentáveis e da construção de condições de vida equitativas para todas as pessoas do globo.
Quarta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde <i>New players for a new era – Leading health promotion into the 21st century</i> (1997)	Jakarta (Indonésia)	Enfoque nos determinantes sociais da saúde através da construção de projetos de intervenção comunitária assentes em processos de PPES.	<i>Declaração de Jakarta</i> : formulação de um sistema de valores global para o estabelecimento de princípios orientadores internacionais no que respeita à promoção da saúde.
Quinta Conferência Global sobre a Promoção da Saúde <i>Health promotion: Bridging the equity gap</i> (2000)	Cidade do México (México)	Enfoque em projetos de intervenção comunitária de índole científica assentes em processos de PPES com o objetivo de sistematizar conhecimento acerca de áreas prioritárias de intervenção.	Reforço da importância de redes nacionais e internacionais em termos de promoção da saúde, sublinhando-se a necessidade de reforçar a investigação científica neste tópico. Esta conferência expressa ainda a centralidade da participação das pessoas e dos grupos sociais na construção de políticas no campo da saúde. Também se vinca o papel regulador da WHO na implementação de estratégias de promoção da saúde em todo o globo.

Evento da World Health Organization [WHO]	Localização	Abordagem em termos de promoção em saúde	Contributos
Sexta Conferência Global sobre a Promoção da Saúde <i>Policy and partnership for action: Addressing the determinants of health</i> (2005)	Bangucoque (Tailândia)	Enfoque em projetos de intervenção comunitária de índole científica assentes em processos de PPES com o objetivo de construir comunidades saudáveis e ativas na reivindicação de direitos relacionados com a saúde.	<i>Carta de Bangkok</i> : formulação de um sistema de valores global para a inserção da promoção da saúde nas agendas nacionais de ação política e reforçar o seu papel na agenda global. Esta declaração reforça a responsabilidade do mercado económico global por levar a cabo ações promotoras da saúde.
Sétima Conferência Global sobre a Promoção da Saúde <i>Promoting health and development: Closing the implementation gap</i> (2009)	Nairobi (Quénia)	Enfoque em projetos de intervenção comunitária assentes em processos de PPES com o objetivo de promover e incrementar a literacia em saúde das pessoas, nomeadamente, no que diz respeito à navegação pelos serviços de saúde.	Reforço da necessidade de fortalecer as estruturas dos serviços de saúde, particularmente, os serviços de cuidados primários, redirecionando a ação médica para uma perspetiva centrada na pessoa. Sublinha-se a importância de reforçar as políticas em saúde, no sentido de uma maior equidade e justiça social.
Oitava Conferência Global sobre a Promoção da Saúde <i>Health in all policies</i> (2013)	Helsínquia (Finlândia)	Enfoque em projetos de intervenção comunitária assentes em processos de PPES com o objetivo de promover e incrementar a literacia em saúde das pessoas, nomeadamente, no que respeita à adoção de um estilo de vida «saudável».	<i>Declaração de Helsinki</i> : formulação de um sistema de valores global para a implementação da ideia de «saúde em todas as políticas» (<i>health in all policies</i>), cujo objetivo se centra na tomada de consciência de que todas as políticas apresentam efeitos no campo da saúde e da necessidade de se contruir sinergias para que estes efeitos se revelem positivos.
Nona Conferência Global sobre a Promoção da Saúde <i>Promoting health in the sustainable development goals: Health for all and all for health</i> (2016)	Xangai (República Popular da China)	Enfoque em projetos de intervenção comunitária assentes em processos de PPES com o objetivo de promover e incrementar a literacia em saúde das pessoas, nomeadamente, no que diz respeito à apropriação da cidade enquanto um espaço promotor da saúde.	Reforço da importância da construção de «cidades saudáveis e educadoras» (<i>health cities and educating cities</i>), sublinhando-se os compromissos realizados na agenda global para 2030 ao nível dos objetivos para um desenvolvimento sustentável.
Conferência Global sobre os Cuidados Primários de Saúde (2018)	Astana (Cazaquistão)	Reforço de práticas em saúde assentes em evidência científica (<i>evidence-based practice</i>). Enfoque em estratégias de capacitação individual por via dos profissionais de saúde nos serviços de cuidados primários.	<i>Declaração de Astana</i> : formulação de um sistema de valores global para alcançar o objetivo da «saúde para todos», nomeadamente, no que respeita ao acesso a serviços de cuidados primários, sublinhando-se a importância de uma ação política local e global consciente da iniquidade existente no acesso ao direito à saúde, bem como de uma participação ativa das pessoas e grupos sociais na saúde das comunidades a que pertencem.
Décima Conferência Global sobre a Promoção da Saúde <i>Health promotion for well-being, equity, and sustainable development</i> (2021)	Virtual (transmitida a partir dos Emirados Árabes Unidos)	Enfoque em projetos de intervenção comunitária assentes em processos de PPES, ancorados em princípios de equidade no acesso ao direito à saúde, com o objetivo de promover o bem-estar (<i>well-being</i>) das pessoas e das comunidades.	Reforço da importância de um sistema de valores global no que respeita a um acesso equitativo ao direito à saúde, nomeadamente, por via da construção de sistemas de saúde coesos, eficientes e sustentáveis, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados paliativos. Sublinha-se a importância do meio digital na promoção da saúde assente na ideia de que a «saúde está em todo o lado» (<i>health is everywhere</i>).

A análise da Tabela 6 suscita diversas observações. Em primeiro lugar, sublinha-se os diferentes enfoques a nível da promoção em saúde que refletem as ações assumidas em cada conferência, onde se denota um foco em estratégias de promoção do empoderamento, da conscientização e da capacitação individual e comunitária, em particular, de pessoas e grupos codificados como minoritários; um foco em processos de advocacia sociopolítica e em práticas de promoção em saúde assentes em evidência científica; um foco em projetos PPES, onde se sublinha a centralidade de uma miríade de temas, tais como a saúde das mulheres, alimentação saudável, álcool e tabaco, literacia em saúde e bem-estar; e um foco em projetos de intervenção comunitária com uma vertente científica, na medida em que se constrói conhecimento para identificar áreas prioritárias de ação e para facilitar a construção de cidades, comunidades e sociedades saudáveis.

Em segundo lugar, importa atentar para os contributos de cada conferência em termos da sua influência na relação entre cidadania e saúde. Nesta linha, denota-se que a formulação de um sistema de valores global em torno de uma miríade de ideias, tais como o desenvolvimento dos serviços de cuidados de saúde primários, o fortalecimento das políticas de saúde pública, a aposta em projetos de promoção em saúde a nível local e global, e o compromisso para com as ideias de «saúde em todas as políticas» (*health in all policies*), de «saúde para todos» (*health for all*) e de a «saúde está em todo o lado» (*health is everywhere*) permitiu alavancar, em todo o globo, embora em ritmos diferentes, uma série de transformações na relação entre (direitos de) cidadania e saúde. A título exemplificativo, o desenvolvimento e a consolidação dos serviços de cuidados de saúde primários contribuiu para facilitar o acesso ao direito à saúde, no que respeita ao acesso a cuidados médicos; o estabelecimento de orientações para o desenvolvimento de políticas saudáveis promoveu uma ação mais robusta dos Estados no mercado económico, por exemplo, a nível do incremento da taxaço do tabaco; os Estados encontraram-se sob uma maior pressão política para avançar o direito à saúde através de medidas de segurança social e de uma maior ação comunitária em zonas codificadas como desfavorecidas, por exemplo; e o enfoque na construção de uma rede de «cidades saudáveis e educadoras» (*health cities e educating cities*), onde se observa uma série de medidas que promovem a saúde, tais como, rastreios de saúde gratuitos, a limpeza frequente do espaço urbano, e o incremento de zonas verdes e para atividade física ao ar livre (Leite, et al., 2015).

Em terceiro lugar, destaca-se a panóplia de locais onde ocorreram as conferências, na medida em que um olhar cuidado para a conjuntura sociopolítica destes lugares do mundo aquando da realização destes eventos permite compreender que a escolha dos locais procurava, por um lado, informar os Estados acerca das problemáticas em saúde que afetavam a sua nação, bem como sugerir medidas de ação concretas para agir sobre estas situações e, por outro lado, pressionar politicamente os Estados a tomar medidas que alavancassem uma mudança social

que promovesse a saúde. A título de exemplo, na década de 1990, a nação da Suécia passava por uma crise económica e a conferência realizada pela WHO em 1991 procurou reunir esforços para que o campo da saúde não aprofundasse o fosso de iniquidade criado pela crise, enquanto debatia temas importantes na agenda global em saúde. E na década de 2000, a nação do Quênia atravessava uma crise política que acentuava o fosso das iniquidades sociais existente e a conferência realizada pela WHO em 2009 procurou reunir esforços para que a nação alavancasse medidas concretas para a melhoria dos cuidados de saúde primários como meio de contribuir para a redução das iniquidades sociais (Leite, et al., 2015).

Em forma de consideração final, as conferências da WHO impulsionaram uma série de debates, projetos e ações concretas que moldaram a relação entre (direitos de) cidadania e saúde em todo o globo, realçando que os processos de globalização, como a influências das políticas internacionais nas políticas nacionais, se complementam e se revelam indissociáveis da arena individual e coletiva da sociedade, como as representações e convicções de diferentes pessoas e grupos acerca do que constitui a saúde e o «ser saudável».

Em nota retrospectiva, a relação entre (direitos de) cidadania e saúde tem vindo a revelar embrenhada em tensões sociopolíticas profundas que abalam significativamente o tecido social e humano em todo o globo. Em primeiro lugar, diversos eventos, ao longo das últimas décadas, evidenciam as relações conflitantes latentes no contexto sociopolítico em diferentes sociedades em todo o mundo. Em segundo lugar, o universo científico, atento a estas problemáticas, tem vindo a debater novos sentidos para esta relação, nomeadamente, sob a égide da cidadania em saúde. Em terceiro lugar, uma análise à etimologia dos significados centrais a esta relação e ao peso da mesma no seio do contexto político global revelam a pluralidade das formas como a relação entre direitos de cidadania e saúde tem vindo a marcar a organização dos Estados e a vida das pessoas. Por último, também o campo das Ciências da Educação se revela marcado por esta relação, em larga medida, no que diz respeito à prevenção, promoção e educação em saúde. Numa perspetiva ampla, todos estes cenários instigam a reflexões profundas em torno da configuração desta relação nas diferentes sociedades do globo, por outras palavras, instigam à procura pela compreensão dos significados mais amplos da relação entre direitos de cidadania e saúde por meio da indagação à volta do que esta relação abarca e que efeitos acarreta para o tecido sociopolítico. Nesta linha, a seguir, procura-se explicar a estratégia pensada para dar resposta às questões levantadas por esta reflexão inicial.

Capítulo II – Considerações ontológicas, epistemológicas, teóricas e metodológicas: A arquitetura da investigação

2. A arquitetura da investigação

O meu intento não é ensinar o método que cada qual deve seguir para bem conduzir a sua razão, mas somente mostrar de que maneira procurei conduzir a minha.

— René Descartes (1637/2018, p. 13), *Discurso do método*

O presente capítulo procura explicar o desenho da pesquisa e aprofundar os fundamentos ontológicos, epistemológicos, teóricos e metodológicos que orientaram todo o processo de investigação, nomeadamente, a partir de diversos manuais académico-científicos em torno do desenho de investigação qualitativo, quantitativo e misto, em particular, Somekh & Lewin (2005) e Creswell (2009) acerca das abordagens quantitativa, qualitativa e mista em ciências sociais; Cohen, et al. (2007); Amado & Boavida (2008) e Amado (2016) sobre abordagens quantitativa, qualitativa e mista na área da(s) (Ciências da) educação; Flick (2009; 2013; 2017); Denzin & Lincoln (2018) e Iphofen & Tolich (2018) em torno da pesquisa qualitativa. Nesta linha, num primeiro momento, pretende-se refletir acerca da produção de conhecimento na área das Ciências da Educação e aprofundar o problema socioeducativo em estudo. E, num segundo momento, a par dos contributos já enunciados, parte-se do referencial de Katie Moon e Deborah Blackman (2014) para iluminar os posicionamentos sobre os quais esta investigação assentou. E, por último, procura-se explicar, de forma fundamentada, os procedimentos metodológicos levados a cabo no processo de revisão.

2.1. Investigar em Ciências da Educação: A ciência das situações educativas

A investigação em Ciências da Educação toma como centro do seu estudo a educação. Neste sentido, há que necessariamente indagar acerca do que constitui este conceito. Para tal, apoio-me nas ideias de João Boavida e de João Amado (2008), no seu trabalho seminal em torno da construção das Ciências da Educação enquanto ciência. Numa perspetiva ampla, a educação revela-se uma realidade complexa de práticas, de significados e de sentidos que contribuem para o contínuo desenvolvimento da pessoa, dos grupos e da humanidade. Como tal, a educação assenta na relação com *eu*, os outros e o mundo, assim como se relaciona com a ação subjacente à vida social e humana. Nesta linha, a educação apresenta uma relação de simbiose com os processos históricos, culturais, políticos, económicos, sociais, ecológicos e educativos, ou seja, a educação surge simultaneamente enquanto um ponto de partida e um ponto de chegada, na medida em que se revela um aspeto transformador no seio destes processos ao mesmo tempo que se apresenta transformada pelos mesmos. Com base nestas ideias, a educação surge enquanto um processo contínuo e variado, onde os mapas de significado da vida, simbólicos e reais, se vão articulando e integrando no contexto amplo da vida humana, na medida de uma harmonização das práticas, dos significados e dos sentidos que constituem o quotidiano social, onde os percursos individuais e a história coletiva adquirem um valor em

permanente construção – a partir de um olhar amplo, aponta-se para a noção de educabilidade. Assente neste olhar particular, a educação acarta consigo a marca do tempo e do espaço que delimita a vida social e humana através da qual se identificam uma teia de relações, uma miríade de processo retroativos e uma pluralidade de significados que permitem compreender e esclarecer acerca da vida quotidiana nos seus diversos formatos.

A partir desta concetualização inicial, cabe indagar o seguinte: *O que é que em Educação se pode tornar alvo de análise científica?* As Ciências da educação debruçam-se sobre as condições de existência, de funcionamento e de evolução dos factos e fenómenos educativos, na medida em que se procura clarificar e compreender os debates filosóficos e as relações sociopolíticas, económicas, culturais, ecológicas e humanas que circunscrevem a vida, tanto no seu aspeto simbólico, como no campo das práticas. A área das Ciências da Educação centra o seu contributo na multirreferencialidade necessária para abordar os factos e fenómenos educativos enquanto questões que exigem o aporte de diversos referenciais científicos para alcançar uma compreensão integradora (de «todas» as formas de olhar dada realidade educativa) e holística (reconhecendo «todos» os aspetos subjacentes a dada realidade educativa), construindo-se um património de saberes ao dispor das práticas sociopolíticas, humanas, educativas, culturais, ecológicas e científicas.

Assente nestas ideias, o trabalho de intervenção e de investigação do educólogo e da educóloga envolve um jogo de tensões entre a afetividade e a racionalidade, entre a proximidade e o distanciamento, e entre o simbólico e o real (Amado, 2017). Nesta linha, o/a educólogo/a não se apresenta reduzido a um ator inserido numa instituição ou a um agente desprovido da sua identidade social, este profissional gere estes diferentes aspetos da sua ação de acordo com as experiências que vive no desenrolar da sua profissionalidade, que se caracteriza pelas suas dimensões híbrida (em termos científicos), simbiótica (em termos de práticas) e adaptativa (à realidade educativa). Numa perspetiva ampla, cabe ao educólogo e à educóloga compreender os factos e fenómenos educativos de modo a dar resposta às questões emergentes no seu contexto de ação, esclarecendo cientificamente as suas práticas e criando o hábito de refletir criticamente para agir.

2.1.1. Aprofundamento do problema socioeducativo a estudar

Assente nas ideias acima discutidas, proponho olhar para o problema socioeducativo a estudar à luz dos contributos pioneiros de Gaston Mialaret (1980), psicopedagogo francês, que concetualiza as situações educativas enquanto situações relacionais, que envolvem uma panóplia de ações (voluntárias e involuntárias, conscientes e inconscientes) e contribuem para «modificar» uma pessoa, um grupo ou um sistema. Nesta dissertação, a investigação que se desenvolveu procurou conhecer as principais características que circunscrevem a relação entre

direitos de cidadania e saúde a partir da área da cidadania em saúde. Mais especificamente, foram os objetivos do processo de investigação:

- Descrever o conhecimento produzido em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde;
- Descrever a relação entre direitos de cidadania e saúde, mapeando alguns conceitos chave, e identificando as suas convergências e divergências; e
- Identificar e descrever as problemáticas socioeducativas e políticas que circunscrevem a relação entre direitos de cidadania e saúde.

A pesquisa visou também dar resposta às seguintes questões de investigação:

- *Como se estrutura a relação entre direitos de cidadania e saúde?*
- *Como se processa a evolução desta relação ao longo do tempo?*
- *Quais são as principais tensões e continuidades na relação entre direitos de cidadania e saúde?*

Posto isto, começarei por aprofundar, em primeiro lugar, os pressupostos ontológicos, epistemológicos e teóricos que orientaram o meu pensamento enquanto investigador e, em segundo lugar, o processo de revisão de literatura utilizado para dar resposta aos objetivos e questões acima referidos.

2.2. O posicionamento ontológico: Um olhar assente no «relativismo delimitado»

A ontologia diz respeito à reflexão sobre aquilo que é cognoscível, aquilo que se pode efetivamente conhecer (à natureza da realidade). Numa perspetiva ampla, *que considerações posso enunciar acerca da realidade enquanto investigador? E como gerir perspetivas conflitantes acerca da realidade?* Na procura por iluminar um caminho capaz de responder a estas indagações, num primeiro momento, há que distinguir o posicionamento «realista» – apenas existe uma realidade – do «relativista» – múltiplas realidades existem. O primeiro remete o investigador para um único mundo, onde a «noção de verdade» permanece singular. Nesta perspetiva, encontram-se posições assentes num «realismo ingénuo», onde a realidade se conhece por meio da utilização de uma estratégia de pesquisa adequada; num «realismo estrutural», onde a natureza da realidade se revela dinâmica à medida que se adquirem novas formas de a conhecer; e num «realismo crítico», onde se reconhece a «impossibilidade» de conhecer a realidade de forma completa, procurando-se explorar o mundo por meio de estratégias amplas assentes na reflexão crítica. E o segundo remete o pesquisador para uma

multiplicidade de realidades, onde a «noção de verdade» surge situada num dado tempo e lugar. Nesta perspetiva, encontram-se posições assentes num «relativismo delimitado», onde as pessoas e os grupos revelam-se capazes de experienciar diferentes realidades localizadas e delimitadas a partir de dado pano de fundo (cultural, moral, humanitário, neoliberal, entre outros); e num «relativismo puro», onde as pessoas e os grupos constroem as suas próprias realidades a partir dos seus mapas mentais (Moon & Blackman, 2014).

Posto isto, a pesquisa sustenta-se no «relativismo delimitado» enquanto posição orientadora para conhecer a realidade. Numa perspetiva ampla, encontro-me convicto de que a realidade se revela situada histórica e culturalmente, na medida em que ao longo do tempo se constroem diferentes visões acerca do mesmo fenómeno que no seu tempo histórico e cultural funcionaram como «verdades», mas que noutro tempo histórico e cultural não se revelam capazes de dar resposta aos desafios da vida humana e social, embora se revelem úteis para iluminar os novos caminhos que se constroem para conhecer a realidade (Moon & Blackman, 2014).

2.3. O enquadramento epistemológico: Uma posição assente no «construcionismo»

A epistemologia diz respeito a relação com aquilo que é cognoscível, à relação entre quem investiga e quem consente ser investigado (à justificação das considerações que se alcança). Numa perspetiva ampla, *como posso produzir conhecimento enquanto investigador? E como posso gerir a minha relação com o campo social?* Na procura por iluminar um caminho capaz de responder a estas indagações, num primeiro momento, há que distinguir o posicionamento «objetivista» – a realidade conhece-se de forma independente do campo social –, o «construcionista» – a realidade constrói-se a partir do campo social – e o «subjetivista» – o campo social impõe uma dada realidade. Na primeira posição, o mundo conhece-se a partir do exterior do campo social, onde os factos e fenómenos socioeducativos já existem no mundo para serem estudados de forma a permitir a sua verificação, validação e generalização independentemente das condições sociais. Na segunda posição, a realidade conhece-se através do engajamento com o *eu*, os outros e o mundo, onde os factos e fenómenos socioeducativos revelam-se construídos à medida que as pessoas e os grupos constroem as suas experiências de vida. E na terceira posição, o mundo conhece-se por meio dos valores, crenças e conhecimentos da mente humana, onde os factos e fenómenos socioeducativos revelam-se determinados pelo que as pessoas e os grupos percecionam à medida que desenvolvem a sua vida (Moon & Blackman, 2014).

Posto isto, a pesquisa sustenta-se no «construcionismo» enquanto posição orientadora para gerir a relação com aquilo que se procura conhecer. Numa perspetiva ampla, encontro-me

convicto de que o mundo social se conhece e constrói à medida que engajamos com a «vida», onde a ação e a linguagem humanas surgem como meios para conhecer a realidade, na medida em que diferentes pessoas e grupos apresentam diversos pontos de vista sobre dado fenómeno que revelam convergências e divergências quando perspectivados na sua globalidade, sendo estas diferenças alicerçadas no lugar social, cultural, histórico, político, económico, educativo e ecológico construído num plano amplo e que enquadra o campo social e a vida humana (Moon & Blackman, 2014).

2.4. O referencial teórico: Um ponto de vista assente no «pragmatismo»

O referencial teórico tem que ver com o sistema de valores ligado à relação entre «conhecer» e «ser», por outras palavras, diz respeito aos valores que conduzem a ação científica (à construção de conhecimento) – *O que move de forma profunda o meu pensamento e a minha ação enquanto investigador? E que sistema de valores me orienta enquanto produtor de conhecimento e produto da realidade?* Numa perspetiva ampla, o referencial teórico surge interligado com o posicionamento ontológico e epistemológico e revela-se influenciado pela área científica do investigador (neste caso, as Ciências da Educação) e por aquilo que este procura conhecer, investigar (neste caso, a relação entre [direitos de] cidadania e saúde à luz das problemáticas do campo da cidadania em saúde). Nesta linha, os referenciais científicos alicerçam-se em diversos sistemas de valores, tais como, o «positivismo» (em termos genéricos, a realidade conhece-se por via do estudo objetivo dos factos e fenómenos socioeducativos a partir dos quais se constrói uma «noção de verdade» singular); o «construtivismo» (genericamente falando, a realidade conhece-se por via do estudo acerca das formas como as pessoas experienciam a vida social e humana, que alavanca a construção de factos e fenómenos socioeducativos, a partir das quais surgem diversas «noções de verdade»); o «interpretativismo» (em tom genérico, a realidade conhece-se por meio do estudo dos mapas de significado das pessoas e dos grupos da sociedade, que alavancam diferentes interpretações acerca dos factos e fenómenos socioeducativos, a partir das quais se produzem «noções de verdade» situadas em termos históricos, culturais e sociais); e a «teoria crítica» (num modo geral, a realidade conhece-se por meio da identificação das relações de poder existentes na sociedade, a partir das quais se expõem os factos e fenómenos socioeducativos e se interpretam «noções de verdade» situadas no tempo e no espaço com o intuito de contribuir para a mudança social) (Moon & Blackman, 2014).

Posto isto, estou convicto de que o referencial do «pragmatismo científico» se adequa ao meu sistema de valores pessoal e enquanto investigador, na medida em que a realidade se conhece por meio da identificação das ideias, valores, significados, experiências e outros aspetos que constituem os factos e fenómenos socioeducativos e que orientam a ação

sociohumana e científica em torno de diversas «noções de verdade» situadas a partir de um lugar que contribui para a contínua melhoria da vida social e humana (Moon & Blackman, 2014). Numa perspetiva ampla, este paradigma permite agregar diferentes contributos de outros enquadramentos teóricos para construir um conhecimento socialmente útil e cientificamente válido (Santos, 2002), ou seja, um conhecimento ao serviço da sociedade e das pessoas, bem como ancorado em sólidos princípios éticos e em práticas científicas robustas. Em larga medida, o pragmatismo científico implica conhecer o mundo enquanto meio de continuamente melhorar o engajamento das pessoas e dos grupos nas diferentes esferas da vida humana e social. Por outras palavras, a «noção de verdade» encontra-se em permanente disputa e revela-se continuamente reconstruída pelas pessoas e grupos em diferentes tempos e espaços, sendo que este paradigma procura contribuir para a concertação das problemáticas sociais, onde, a nível científico, diferentes posicionamentos, métodos e técnicas contribuem para a melhoria contínua da vida humana e social (Hothersall, 2018).

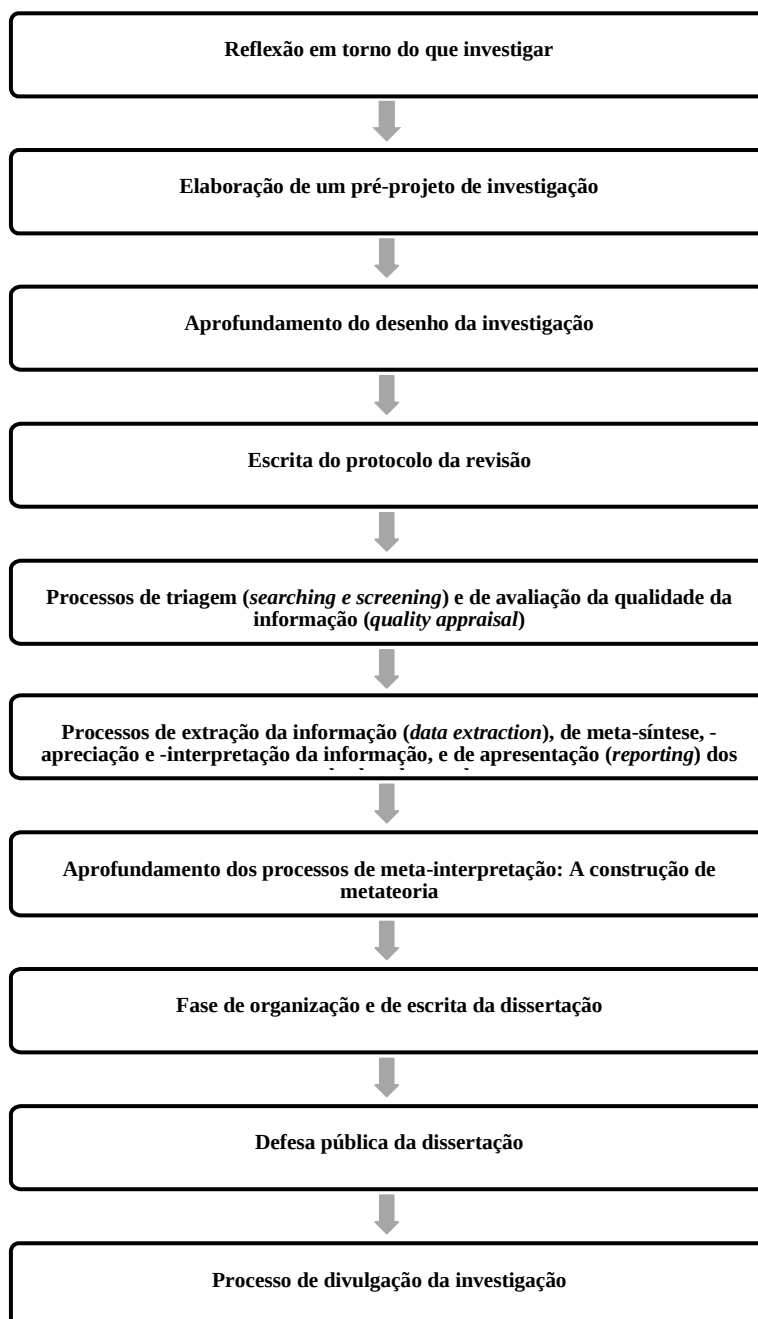
(espaço deixado em branco de forma intencional)

2.5. O desenho da investigação

No que diz respeito ao desenho da pesquisa, a Figura 1 dá conta dos passos levados a cabo.

Figura 1

As etapas do desenho da investigação



Assente na estrutura da Figura 1, a investigação iniciou-se, no seio da unidade curricular de *Questões Aprofundadas de Escola, Comunidade e Democracia: Educação para a Saúde*, pela reflexão em torno de tópicos de interesse para construir o projeto de dissertação. Como tal, este processo caracterizou-se por uma avalanche de ideias que levou a uma pesquisa curiosa em

torno de literatura acerca da cidadania e da saúde. Esta ação resultou num numeroso agregado de literatura que levou a considerar a realização de uma revisão sistemática. Assim, tendo achado a ideia interessante, o desafio estava aceite, sendo que, a partir deste momento, surgiram inúmeras questões, tais como: *Que tipo de revisão realizo? O que implica levar a cabo esta ideia em termos metodológicos? De que forma poderei contribuir de forma singular para o campo científico?*

Neste sentido, alicercei-me em leituras científicas que já tinha realizado ao longo da licenciatura e do ano curricular do mestrado, em experiências académicas vividas e em interesses pessoais ligados ao campo da cidadania e da saúde para colocar a possibilidade de investigar acerca da relação entre (direitos de) cidadania e saúde. A partir desta vontade, segui um caminho de exploração em torno do que poderia constituir esta relação. Compreendi que, por um lado, não existiam revisões de literatura em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde (levantamento realizado em todas as bases de dados em que se pesquisou por artigos [mais à frente destacadas], bem como nas bases de dados da Cochrane, Campbell e PROSPERO), apesar das tensões sociopolíticas que circunscreviam esta problemática, e que, por outro lado, encontrava-se a decorrer, penso que de forma não intencional, um debate científico em torno do conceito de cidadania em saúde, nomeadamente, em relação ao desenvolvimento desta área e dos significados que envolve. Por conseguinte, decidi explorar estas questões a partir, num primeiro momento, da análise etimológica dos significados, e de uma análise normativa e científica dos conceitos centrais a esta relação (direitos, cidadania e saúde), o que me permitiu adquirir uma compreensão ampla acerca destas ideias, bem como me possibilitou fomentar uma reflexão cientificamente informada em torno do desenvolvimento da área da cidadania em saúde.

Assente nesta base, o trabalho realizado contribuiu para desenvolver uma perspetiva agregadora da área da cidadania em saúde que informou, por um lado, uma reflexão inicial em torno da profissionalidade em Ciências da Educação, e, por outro lado, contribuiu para aprofundar a construção do aporte metodológico que a seguir se apresenta.

2.5.1. A construção do referencial metodológico

O aporte metodológico envolveu não apenas a reflexão já apresentada em torno dos pressupostos ontológicos, epistemológicos e teóricos, mas o aprofundamento do processo metodológico da revisão de literatura.

A revisão de literatura, enquanto metodologia, surgiu no universo científico por volta da década de 1750 por meio de um ensaio clínico aleatório (*randomized controlled trial*) produzido pelo médico escocês James Lind, onde identificou a eficácia dos frutos citrinos no tratamento do

escorbuto. No entanto, foi no início do século XX que a metodologia da revisão de literatura surgiu com expressão, nomeadamente, a partir do trabalho pioneiro, na área da bioestatística, de Karl Pearson, em torno dos efeitos das vacinas para o tratamento da febre tifoide (De Sousa et al., 2018). Não obstante, importa ainda destacar que na década de 1970, assente na esteira do movimento baseado na evidência científica (*evidence based movement*) iniciado pelo epidemiologista britânico Archie Cochrane, assistiu-se à expansão desta metodologia no universo científico em termos de diversificação metodológica, de inovação técnica e de um aprofundamento das bases ontológicas (Evans & Pearson, 2001).

Levar a cabo uma revisão de literatura implica um processo sistemático, reproduzível e explícito, de modo a identificar, selecionar e extrair a informação disponível acerca de dado tema ou área, e a criticamente analisar, interpretar e apresentar as considerações alcançadas. Estes processos envolvem decisões sobre as bases de dados a pesquisar, a construção de grelhas orientadoras, ou o recurso a estratégias qualitativas e quantitativas para analisar e apresentar os resultados. Como tal, a seleção do tipo de revisão revelou-se um passo crucial. Nesta linha, levou-se em conta diversos manuais técnico-científicos existentes em torno de processos de revisão de literatura, nomeadamente, o manual do National Institute for Health and Care Excellence (2012); o manual do National Institute for Health Research (2016); o manual da Cochrane (2019); o manual da Campbell Collaboration (2019); e o manual do Joanna Briggs Institute (2020); bem como uma ação de formação em torno do processo de revisão de literatura inserida numa formação modular sobre técnicas de pesquisa desenvolvida pela ScienceDirect/Elsevier em 2018 e dinamizada pela Professora Naomi Lee do King's College of London e do Professor Paul Whaley da Universidade de Lancaster. Não obstante, o artigo de Maria Grant e Andrew Booth (2009), *A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies*, permite um referencial agregador e amplo sobre diferentes tipologias de revisão que a seguir se identificam e apontam os aspetos centrais:

- a revisão crítica (*critical review*), caracterizada por uma extensa pesquisa da literatura com o objetivo de produzir uma nova ideia em torno de dado tópico através de um processo analítico-interpretativo robusto;
- a revisão da literatura (*literature review*), caracterizada por uma pesquisa alargada de documentos com o propósito de identificar as características chave de dada área ou tema;
- a revisão por mapeamento (*mapping review*), caracterizada por uma pesquisa geral em torno de dada área ou tópico com o objetivo de identificar aspetos consolidados e futuros focos de pesquisa;

- a meta-apreciação (*meta-analysis*), revisão caracterizada pela análise estatística de investigação quantitativa com o propósito de realizar um estudo profundo dos resultados;
- a revisão mista (*mix methods review*), caracterizada por uma extensa pesquisa da literatura, onde se combinam estratégias de revisão quantitativas (análise estatística bivariada, a título exemplificativo) e qualitativas (análise de conteúdo, por exemplo) com o objetivo de incrementar a validade e a credibilidade dos resultados alcançados;
- a revisão panorâmica (*overview*), caracterizada por uma pesquisa não sistemática da literatura com o propósito de identificar os pontos chave em torno de dada área ou tópico;
- a revisão da literatura qualitativa (*qualitative evidence synthesis*), caracterizada por uma extensa pesquisa de literatura qualitativa com o objetivo de identificar categorias de construtos;
- a revisão rápida (*rapid review*), caracterizada por uma pesquisa geral em torno de dada problemática ligada a políticas sociais ou a práticas profissionais com o propósito de identificar aspetos chave de modo a propor focos de intervenção;
- a revisão assente no escopo das evidências (*scoping review*), caracterizada por uma pesquisa geral da literatura sobre dado tópico com o objetivo de descrever a extensão e o conteúdo geral de dada área ou tema;
- o estado da arte (*state of the art*), caracterizada por uma pesquisa geral da literatura recente acerca de dado tópico com o objetivo de agregar os aspetos chave e os futuros focos de pesquisa;
- a revisão sistemática (*systematic review*), caracterizada por um processo sistemático de pesquisa, síntese, análise e interpretação com o propósito de identificar os elementos chave de um conjunto de documentos;
- a pesquisa sistemática (*systematic search*), caracterizada pela pesquisa sistemática de documentos quantitativos e qualitativos com o objetivo de realizar um processo de síntese robusto;
- a revisão sistematizada (*systematized review*), caracterizada por uma extensa pesquisa da literatura realizada por meio de um processo não sistemático com o propósito de identificar os aspetos centrais de dada área ou tópico; e
- a revisão em formato de guarda-chuva (*umbrella review*), no fundo caracteriza-se por ser uma «revisão de revisões de literatura» com o objetivo de identificar aspetos chave de dado tema e agregar as considerações alcançadas acerca de dada área.

Com base nesta proposta, considerou-se a conjugação de duas tipologias de revisão de literatura para dar resposta aos objetivos e questões de investigação previamente propostos: a revisão crítica e a revisão mista. A revisão crítica assenta numa extensa pesquisa de literatura que procura identificar a miríade de conhecimento produzido acerca de dado tópico (implica olhar para artigos com diversidade metodológica, ou seja, pesquisas qualitativas, quantitativas e mistas, bem como investigações que utilizam entrevistas, análise estatística, entre outros instrumentos), com o propósito de construir uma nova linha concetual em torno das considerações alcançadas a partir de um robusto processo analítico-interpretativo. Em termos de processo de revisão, a nível geral, a avaliação da qualidade da informação não implica um procedimento sistemático, isto é, um modo planificado, metódico e prudente de avaliar a qualidade da informação, assim como se caracteriza pela apresentação dos resultados em forma narrativa e cronológica. A par destas ideias, a revisão crítica procura ainda dar resposta a debates científicos acerca de dado tema (como é o caso do debate em torno da cidadania em saúde), bem como propõe identificar os aspetos centrais que valorizam/distinguem dada área no seio do universo científico (como se realiza nos capítulos seguintes) (Gyllensten, et al., 2005; Grant & Booth, 2009).

Neste sentido, importa também olhar para as limitações deste tipo de revisão. Em larga medida, considera-se que a revisão crítica carece de um processo sistemático de avaliação da qualidade de informação, bem como de um processo explícito de extração e apresentação da informação. Como tal, para ultrapassar estas limitações revelou-se necessário sustentar o processo de revisão numa segunda tipologia – a revisão mista, que assenta num processo de revisão sistemático, onde a pesquisa de literatura, avaliação da qualidade de informação, extração da informação, e síntese, análise, interpretação e apresentação da informação surgem planificados de forma metódica e prudente. Em termos de processo de revisão, a nível geral, a extensa pesquisa de informação implica procurar conhecimento produzido a partir de diferentes métodos e instrumentos, sendo necessário avaliar a qualidade de informação a partir de diferentes grelhas adequadas a cada método (quantitativo, qualitativo e misto), assim como assenta num processo de extração, síntese, análise, interpretação e apresentação da informação sob a forma de uma análise quantitativa e qualitativa (a componente mista), onde a utilização de tabelas, gráficos, figuras e outros meios de apresentar as considerações alcançadas procura salientar o processo de triangulação do conhecimento produzido pela revisão e contribuir para construir uma imagem holística sobre dado tema ou área (Grant & Booth, 2009; Babakus & Thompson, 2012).

No entanto, este tipo de revisão também apresenta limitações, deste logo porque é desafiante do ponto de vista da análise e interpretação da informação. Numa perspetiva ampla, o escopo da revisão crítica (analisar criticamente a informação de modo a construir novas ideias)

permite ultrapassar esta limitação da revisão mista, visto que exige uma permanente vigilância ao longo da pesquisa em termos da explicitação e sustentação das opções utilizadas, bem como dos procedimentos que se levam a cabo nas diferentes etapas do processo de revisão.

2.5.1.2. O desenvolvimento de uma revisão crítica e mista da literatura em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde

A revisão crítica e mista que se propõe alicerça-se nas diferentes fontes de conhecimento no campo das revisões de literatura previamente enunciadas. Assente nesta base, importa sublinhar os elementos centrais que moveram esta revisão. Em primeiro lugar, a revisão procurou situar-se no seio de um processo de triangulação convergente (conhecimento produzido a partir de artigos assentes em abordagens quantitativas e qualitativas) e holístico (conhecimento produzido a partir de artigos ancorados em diversas técnicas de pesquisa, como entrevistas e grupos de discussão focalizada, e instrumentos de investigação, como análise de conteúdo e estatística) (Turner, Cardinal & Burton, 2015) com a intenção de construir um conhecimento compreensivo e amplo capaz de abarcar a complexidade social e humana por meio da integração de diversas abordagens metodológicas e técnicas investigativas.

Em segundo lugar, importa salientar que todo o processo de revisão (e a pesquisa em termos amplos) assentou em critérios de cientificidade, nomeadamente, na credibilidade (concordância entre a realidade e o observado/estudado), que se procurou alcançar por meio de processos descritivos e interpretativos ancorados na realidade socioeducativa, pela inclusão de artigos assentes em diversas abordagens e técnicas, e por meio de uma análise quantitativa e qualitativa das informações recolhidas; na aplicabilidade (a relevância social, profissional e política das considerações que se alcançam), que se procurou alcançar por meio das diversas reflexões em torno da proposta da dissertação para a profissionalidade em Ciências da Educação, bem como através de um processo de interpretação ancorado nos processos de agência que as considerações alcançadas permitem esboçar à luz da realidade socioeducativa que se estuda; na consistência (robustez científica dos processos levados a cabo), que se procurou alcançar através da estabilidade dos procedimentos realizados ao longo da revisão (por exemplo, a construção de grelhas para avaliar a qualidade da informação e outros instrumentos construídos foram desenvolvidos de raiz de forma a se adaptarem aos objetivos e questões de investigação); e na neutralidade (representação equilibrada das perspetivas inerentes a dada pesquisa), que se procurou alcançar por via do reconhecimento dos diferentes vieses ligados à presente investigação (enunciados mais à frente) e, por conseguinte, de uma permanente vigilância epistemológica (Santos, 1989) por relação aos mesmos (Boavida & Amado, 2008).

Assente nestas ideias, a revisão levou ainda em conta as considerações de Edgar Morin (2005) acerca da construção de um pensamento complexo, nomeadamente, no que respeita ao

princípio dialógico, ou seja, a revisão encontra-se pensada de forma a abarcar diferentes dualidades da realidade sociohumana que por vezes se complementam e noutras vezes conflituam; o princípio da recursão organizacional, isto é, o processo de revisão, em particular, o que diz respeito à análise e interpretação da informação recolhida levou em conta a condição simultânea das pessoas enquanto produtos de algo (das relações sociopolíticas mais amplas, por exemplo), mas também produtoras de alguma coisa (de novas formas de ser e estar no mundo por meio da reivindicação sociopolítica, a título de exemplo); e o princípio hologramático, ou seja, a revisão estruturou-se na procura por aprofundar o conhecimento tanto nas partes constituintes da realidade socioeducativa (por exemplo, os diferentes grupos das sociedades estudadas nos artigos), como na ideia de todo dessa realidade. Numa perspetiva ampla, estes princípios contribuem para alcançar os critérios de cientificidade acima enunciados.

Posto isto, após se discutir as questões éticas em torno do processo de revisão e desta pesquisa, passa-se à explanação das etapas da revisão crítica e mista da literatura levada a cabo (o processo de revisão sob o formato de um protocolo⁶ encontra-se descrito no Apêndice A): triagem (*screening*) e avaliação da qualidade (*quality appraisal*) da informação (seleção das bases de dados e procedimentos de pesquisa da informação); extração da informação dos artigos incluídos na revisão (*data extraction*); meta-síntese, -apreciação e -interpretação da informação dos artigos incluídos na revisão; a construção de metateoria a partir das considerações alcançadas com o processo de meta-interpretação; os procedimentos de apresentação das considerações alcançadas com a revisão; e as estratégias de divulgação do conhecimento produzido.

2.5.1.2.1. Questões éticas

As questões éticas em torno do processo de revisão de literatura foram tidas em conta a partir dos contributos de Jean-Noel Vergnes, Christine Marchal-Sixou, Cathy Nabet, Delphine Maret e Olivier Hamel (2010), e de Harsh Suri (2020). A par destes documentos especificamente ligados aos processos de revisão de literatura, tomou-se ainda em conta os documentos orientadores mais amplos (os códigos de ética) no seio da investigação em educação e, particularmente, em Ciências da Educação, em específico, da American Educational Research Association (2011), da Educational Research of the British Educational Research Association (2018) e da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação (2020). Importa ainda referir que o presente projeto de investigação foi submetido a revisão ética por parte da

⁶ O protocolo, de acordo com as orientações da literatura previamente referida, foi publicado numa plataforma científica para escrutínio académico – Open Science Framework (OSF) –, encontrando-se o mesmo, traduzido para Inglês, disponível para consulta na sua versão final em Correia, Miguel (2022). *Review protocol for a critical and mixed methods review*. Open Science Framework (OSF). <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/3J7XU>.

Comissão Científica do Mestrado em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo obtido parecer favorável (Anexo I).

A partir deste aporte, importa discutir os principais desafios éticos ligados ao desenvolvimento da revisão crítica e mista, e como se procedeu para ultrapassar os mesmos. Em primeiro lugar, o recurso ao consentimento informado não se revelou necessário devido ao conhecimento disponível nos artigos se revelar pertencente ao domínio público. Em segundo lugar, procurou-se perceber em que medida os artigos levavam em conta procedimentos éticos (como discutido na Tabela 9), nomeadamente, a utilização do consentimento informado e a aprovação ética por parte de algum comité especializado. Por último, assente nesta base, procedeu-se à inclusão deste ponto de reflexão nos diferentes instrumentos utilizados (nomeadamente, nas grelhas de avaliação da qualidade da informação).

Nesta linha de reflexão, há ainda que tomar em conta as implicações sociais, profissionais e políticas das considerações alcançadas com a revisão de forma a não produzir um conhecimento enviesado sociopoliticamente e em termos profissionais. Neste sentido, a reflexão que se levou a cabo em torno das bases ontológicas, epistemológicas, teóricas e metodológicas que orientam a revisão (e a pesquisa em geral) contribuem para tornar evidente as linhas de pensamento e de ação em que se alicerçam os atos de investigação realizados, promovendo a prestação de contas aquando do desalinhamento entre «o que se diz e o que efetivamente se faz». A par destas ideias, importa levar em conta os enviesamentos científicos inerentes a um processo de revisão, isto é, a pesquisa por literatura em bases de dados dominantes (por exemplo, PubMed e Scopus) que contribui para um foco em artigos que representam as perspetivas dominantes em dada área ou sobre dado tópico, tanto em termos metodológicos, como em termos de ideias. Assente nesta base, para ultrapassar este obstáculo metodológico e ético procedeu-se à pesquisa de literatura em diversas bases de dados além das consideradas dominantes (a título exemplificativo, DOAJ, ProQuest e JStor).

Em terceiro lugar, importa tomar em conta a forma como se apresentam os resultados da revisão, tanto no formato de artigos, como em eventos científicos, uma vez que a sistematização do processo de apresentação das considerações alcançadas promove a transparência dos processos levados a cabo. Assente nesta ideia, de modo a contribuir para a transparência da explanação do processo de revisão procedeu-se à construção de uma grelha de apresentação deste processo (*reporting*) disponível no Apêndice B que orientou e informou a escrita do capítulo de apresentação de resultados.

Por último, a seguinte subsecção ocupa-se de dar conta dos obstáculos éticos em torno de uma construção reflexiva do processo de meta-síntese, -apreciação e -interpretação dos artigos incluídos na revisão.

2.5.1.2.1.1. As motivações pessoais

As motivações pessoais surgem como um desafio ético, na medida em que a ausência de uma vigilância permanente sobre o impacto destas motivações conduz a um enviesamento da pesquisa que se leva a cabo. Numa perspetiva ampla, tive de atentar para as minhas circunstâncias pessoais enquanto possíveis fontes de enviesamento. Em primeiro lugar, tomei em conta o meu lugar enquanto pessoa no seio do mundo: um cidadão português, de etnia branca, jovem e com qualificações ao nível do ensino superior (licenciatura). Estes aspetos, enraizados na minha pessoa, acartam consigo formas de ver o e de pensar sobre o mundo particulares que, embora possam enriquecer a pesquisa, também evidenciam uma perspetiva no seio de tantas outras. Como tal, procurei olhar os conceitos da pesquisa a partir de uma perspetiva global e pesquisei artigos provenientes de todas as partes do mundo enquanto um meio de romper com a singularidade de uma «perspetiva situada» ao mesmo tempo que procurei situar a pesquisa no seio de diversos lugares do mundo e de formas de pensar distintas. Em segundo lugar, levei em conta o meu lugar científico enquanto «investigador» na área das Ciências da Educação, na medida em que procurei reconhecer e situar a forma de pensar e de produzir conhecimento no seio desta área a partir da clarificação dos pressupostos que me moveram ao nível ontológico, epistemológicos, teórico e metodológico.

Por último, tenho de reconhecer a minha história de vida enquanto uma possível fonte de enviesamento, nomeadamente, em termos da proximidade ao nível das vivências com as histórias de vida que li, sintetizei, analisei, interpretei e apresentei sob a forma desta dissertação. Nesta linha, procurei antes reconhecer esta condição inalterável como uma fonte de enriquecimento reflexivo e de motivação interna para construir um conhecimento útil para a sociedade e prudente em termos científicos, no sentido em que ao compreender de forma próxima experiências ligadas à pobreza, à violência, às doenças mentais, à reivindicação de direitos, entre outros aspetos centrais a esta investigação, fui capaz de realizar um diálogo metafísico com as histórias de vida com as quais contactei ao ler os diferentes artigos, promovendo uma análise profunda das mesmas por meio de um olhar atento para estas vivências assente em qualidades pessoais que se transferiram para o meio científico e se transformaram em qualidades de investigação, tais como, um olhar atento às palavras e ao seu significado, e um pensamento aberto o suficiente para descobrir a realidade enquanto um universo por desvendar e cético o suficiente para continuamente questionar o que vou desbravando. Numa perspetiva ampla, ao reconhecer a minha história de vida como um desafio ético encontrei-me mais capaz de a situar de forma reflexiva enquanto uma fonte de enriquecimento científico por meio de uma permanente vigilância por relação ao impacto destas questões no processo de pesquisa. Assente nestas ideias, procurei ao longo da pesquisa escrever,

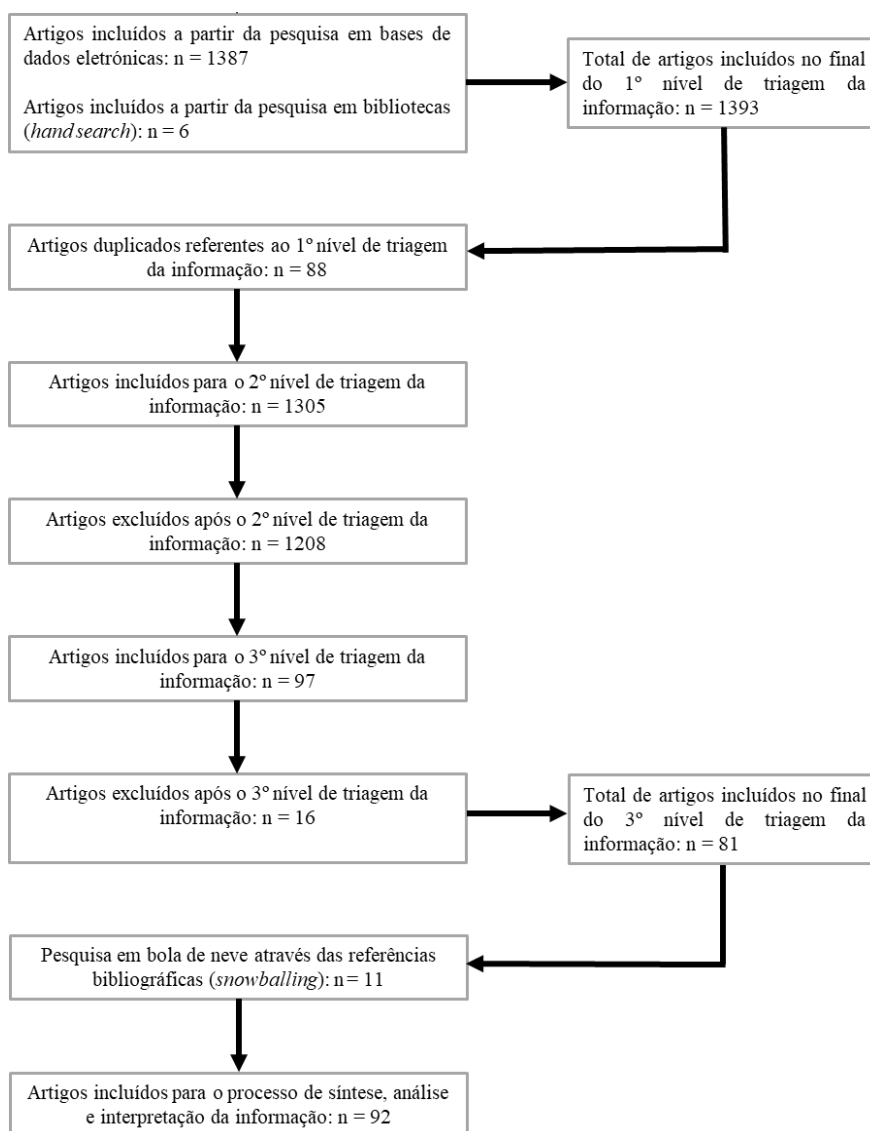
de forma mais ou menos consistente, um «diário de bordo», onde refletia acerca de diferentes desafios (éticos, metodológicos, entre outros) que tive que gerir ao longo da investigação.

2.5.1.2.2. *Processos de triagem (searching e screening) e de avaliação da qualidade da informação (quality appraisal)*

Os processos de triagem da informação envolvem procedimentos de pesquisa (*searching*) de documentos (e.g., em bases de dados eletrónicas) e de rastreio (*screening*) da informação (no fundo, decidir incluir ou excluir dado documento) com base em instrumentos de avaliação da qualidade (*quality appraisal*) da informação. A Figura 2 apresenta um esquema que resume estes procedimentos.

Figura 2

Processos de triagem e de avaliação da qualidade da informação



A partir do esquema desenvolvido e assente na literatura já mencionada (os manuais e os artigos científicos), importa referir que a avaliação da qualidade da informação assume um formato sequencial, com pendor inclusivo/exclusivo e surge contruída em três níveis distintos, mas interligados, sendo que o segundo e terceiro nível surgem marcados por um processo de avaliação assente em dois revisores (um da área das Ciências da Educação e outro da área da Psicologia), havendo possibilidade de «desempate» por um terceiro (da área das Ciências da Educação) em caso de ambiguidade.

Nesta linha, os critérios de inclusão e exclusão em todos estes níveis foram construídos de forma a adaptarem-se aos objetivos e questões de investigação. No primeiro nível (Apêndice C), os critérios guiaram-se pela escolha da língua inglesa, portuguesa e espanhola, por um lado porque são as línguas que os/as revisores dominam e, por outro lado, porque a língua inglesa se apresenta dominante no campo da publicação científica; pela seleção de artigos científicos com base em estudos empíricos, ou seja, em investigações ou intervenções com base em dados obtidos a partir da experiência das pessoas e da realidade social de que fazem parte (Germove, 2014e), tendo-se excluído outras tipologias de documentos (capítulos de livro e literatura cinzenta [*grey literature*], por exemplo) como forma de contribuir para a gestão da informação recolhida nas etapas finais da revisão (síntese, análise e interpretação); publicados através de um processo de revisão por pares; e num espaço temporal entre as primeiras publicações disponíveis até ao dia 31 de dezembro de 2021.

Assente nesta esteira, os procedimentos de pesquisa passaram pela procura de documentos em bases de dados eletrónicas e pela pesquisa manual (*hand searching*) em bibliotecas científico-académicas. Com base neste plano de ação, a procura de informação nas bases de dados eletrónicas, além de tomar em conta os critérios acima referidos, prendeu-se pela seleção da opção de pesquisa da informação contida no resumo, título e palavras-chave, seguida de uma procura assente nos termos direitos de cidadania (*citizenship rights*; *derechos de ciudadanía*) e saúde (*health*; *salud*) de acordo com a seguinte fórmula: *TITLE-ABS-KEY ("citizenship rights" AND "health")*⁷ com o objetivo de encontrar artigos que contivessem simultaneamente informação acerca de direitos de cidadania e de saúde, tendo este processo passado pelas seguintes bases de dados digitais: *Google Scholar*⁸ (672 resultados), *ProQuest*

⁷ Ao nível do processo de seleção das bases de dados eletrónicas e da estratégia de pesquisa por termos seguiram-se as orientações da Library of the Penn State University (2022), da Library of the University of La Verne (2022), da Library of the King's College of London (2022), da Library of the University of Michigan (2022), da Hirsh Health Sciences Library of the Tufts University (2022) e da Library of the Univeristy of Brandeis (2021).

⁸ Assente nas orientações do Professor Neal Haddaway, da Professora Alexandra Collins, da Professora Deborah Coughlin e do Professor Stuart Kirk (2015) num artigo intitulado *The role of google scholar in evidence reviews and its applicability to grey literature searching*, assim como nas orientações da Library of the University of Kent (2021) que iluminaram o caminho para uma pesquisa de artigos em todo o globo por meio da procura de informação em diversas bibliotecas universitárias ao longo do mundo selecionadas por meio das informações fornecidas pela *Clarivate* (2021) em torno da «qualidade académica» de 1750 universidades localizadas em 90 países diferentes: Universidade de Harvard (América do Norte), Universidade de Sydney (Austrália), Universidade da Cidade do Cabo (África), Universidade de Hong Kong e de Pequim (Ásia), Universidade de Oxford e de Cambridge (Europa) e Universidade de São Paulo (América do Sul).

(182 resultados), *ScienceDirect/Elsevier* (164 resultados), *Springer* (96 resultados), *ERIC* (Education Resources Information Center) (78 resultados), *Scopus* (78 resultados), *EBSCO* (Education Research Complete)/*bON* (Biblioteca do Conhecimento Online) (29 resultados), *PubMed* (27 resultados), a base de dados digital da *BMJ* (British Medical Journal) (15 resultados), a base de dados eletrónica da *Taylor & Francis* (14 resultados), a base de dados de jornais científico-académicos da *SAGE* (11 resultados), *DOAJ* (Directory of Open Access Journals) (10 resultados), a biblioteca científico-académica online da *Wiley* (9 resultados), *Repositório da Universidade do Porto* (4 resultados) e a base de dados de jornais científico-académicos *JStor* (Journal Storage) (4 resultados), e a pesquisa manual⁹ passou pela procura de informação nas bibliotecas das faculdades da Universidade do Porto e das escolas de ensino superior do Instituto Politécnico do Porto em Portugal, tendo sido localizadas 5 revistas científico-académicas de interesse: *Educação, Sociedade & Culturas* (Ciências da Educação, Centro de Investigação e de Intervenção Educativas da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto), *E-Revista de Estudos Interculturais* (Estudos Interculturais, Centro de Estudos Interculturais do Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Politécnico do Porto), *Revista Música, Psicologia e Educação* (Estudos Musicais no seio das áreas da Psicologia e da[s Ciências da] Educação, Centro de Investigação em Psicologia da Música e Educação Musical da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto), *Trabalhos de Antropologia e Etnologia* (Antropologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto) e *Sociologia* (Sociologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto), a partir das quais se identificaram 6 artigos. Posto isto, no final do primeiro nível de triagem tinham sido identificados 1393 artigos (1387 através de bases de dados eletrónicas e 6 por meio da pesquisa manual), sendo que após se retirarem os artigos duplicados (88 no total), com recurso ao *EndNote* (Versão 20) e assente nas orientações de Kwon, et al. (2015), seguiram para o segundo nível de triagem um total de 1305 artigos.

Assente nesta linha de ação, para o segundo nível de triagem construiu-se outra grelha (Apêndice D) para aprofundar o processo de avaliação da qualidade da informação e documentar os dados acerca da informação encontrada. Em particular, anotou-se os títulos e os elementos descritivos dos documentos (como a localização geográfica da pesquisa e da publicação, o nome da revista, o ano de publicação, entre outros elementos); registou-se a informação contida nos resumos que remetia para a relação entre direitos de cidadania e saúde;

⁹ A pesquisa manual, em larga medida, passou pelo diálogo com os bibliotecários das seguintes faculdades: Faculdade de Arquitetura, Faculdade de Belas Artes, Faculdade de Ciências, Faculdade de Ciências da Nutrição e da Alimentação, Faculdade de Desporto, Faculdade de Direito, Faculdade de Economia, Faculdade de Engenharia, Faculdade de Farmácia, Faculdade de Letras, Faculdade de Medicina, Faculdade de Medicina Dentária, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e escolas de ensino superior: Instituto Superior de Engenharia do Porto, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Escola Superior de Educação, Escola Superior de Música e Artes do Espetáculo, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Hotelaria e Turismo, Escola Superior de Media Artes e Design, e Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão, de modo a encontrar revistas científicas com artigos ligados simultaneamente aos direitos de cidadania e à saúde.

e documentou-se a biografia académica dos autores (domínio científico de base, entre outros elementos). Importa ainda referir que a grelha se encontrava acompanhada de uma folha com pontos críticos (Apêndice D) a ter em conta ao longo do processo de avaliação num esforço para diminuir a ambiguidade na leitura das indicações e no processo de revisão. A construção da grelha e dos pontos críticos alicerçou-se nas orientações dos manuais e dos artigos referidos anteriormente. Posto isto, neste nível de triagem da informação surgem excluídos 1208 artigos, em larga medida, devido à existência de menções a um dos tópicos em estudo (direitos de cidadania e saúde no título, resumo e palavras-chave) enquanto conceitos genéricos (unidade de saúde, por exemplo) e não sob a forma de ideias em torno destas temáticas. Por outras palavras, a esmagadora maioria dos artigos avaliados abordavam aprofundadamente um dos conceitos centrais da pesquisa e referiam o outro de forma genérica. Por conseguinte, seguiram para o terceiro nível de triagem da informação um total de 97 artigos. Importa referir que neste nível não se identificaram situações de desacordo entre os revisores, sendo que me encontro convicto de que tal evento se deveu à utilização da folha com pontos críticos que dirigiu o olhar durante o processo de revisão.

Nesta linha de abordagem, no terceiro nível de avaliação da qualidade da informação, os critérios desenvolveram-se por meio da construção de outra grelha (Apêndice E) para aprofundar a avaliação da qualidade de informação nesta fase.

Nesta linha, para construir este instrumento procedeu-se à pesquisa por grelhas de avaliação da qualidade da informação em diversas bases de dados eletrónicas (Scopus, PubMed, entre outras), tendo sido identificadas dezenas de grelhas, sendo que se tomou a decisão de interromper esta pesquisa apenas quando cada nova grelha identificada não acrescentava um foco novo para a avaliação da qualidade da informação (aproximação à «saturação do terreno»). A partir deste processo, selecionaram-se as grelhas que se encontravam validadas cientificamente, isto é, publicadas em revistas científicas assentes em processos de revisão por pares – 40 grelhas (para artigos qualitativos, quantitativos e com abordagem mista, assim como para projetos de intervenção e outras abordagens) identificadas no Apêndice E.

Por conseguinte, este processo dedutivo inspirou a construção original de 1 grelha de avaliação da qualidade da informação acompanhada com pontos essenciais transversais a cada tipo de empreendimento científico (Apêndice E) (quantitativo, qualitativo e misto, de acordo com as orientações dos manuais e nos artigos previamente indicados no que respeita às diversas fases dos processos de investigação qualitativa, quantitativa e mista, e de intervenção a levar em conta em processos de revisão de literatura [biografia académica do autor, indicação do fenómeno a estudar, objetivos, foco e fundamentação da investigação, questões de investigação, identificação dos pressupostos científicos que orientam a investigação, o contexto e as pessoas

envolvidas na investigação, as questões éticas e o papel do investigador, método e metodologia, revisão da literatura, técnicas de seleção, recolha, análise, síntese e interpretação da informação, considerações finais, e implicações e sugestões para investigações futuras]) num esforço para diminuir a ambiguidade na leitura das indicações e no processo de revisão.

Nesta linha de ação apresenta-se uma descrição do acima exposto, iniciando-se pela caracterização dos elementos inscritos na grelha: um cabeçalho onde se identifica o/a revisor/a e a data da revisão, um ponto para identificar o título e os autores do artigo, três pontos chave: a *coerência estrutural* (relativa ao «desenho da pesquisa ou intervenção»), composta por cinco tópicos: fenómeno em estudo; objetivos e questões de investigação, pressupostos ontológico, epistemológico, teórico e metodológico; questões éticas; e potencialidades e limitações da pesquisa; a *coerência metodológica* (relativa aos processo inerentes à pesquisa ou intervenção), composta por três tópicos: congruência entre os pressupostos ontológico, epistemológico, teórico e metodológico; rigor nos processos de contacto com as pessoas e os contextos, bem como nos procedimentos de pesquisa; e congruência entre os objetivos e questões de investigação, e as considerações alcançadas; e a *coerência investigativa* (relativa à relação entre quem investiga, quem se deixa investigar e a produção de conhecimento), composta por dois tópicos: as vozes das pessoas surgem tidas em conta na pesquisa ou intervenção, e produção de conhecimento útil para as comunidades locais e a sociedade em geral. Importa ainda referir que, tal como nas outras grelhas desenvolvidas, existe um último ponto onde se fundamenta a decisão de incluir ou excluir o documento, ou ainda de aguardar por informação adicional.

Posto isto, neste nível de triagem da informação surgem excluídos 16 artigos, em larga medida, devido a lacunas significativas no processo de pesquisa ou de intervenção (a título de exemplo, um dos artigos excluídos procurava estudar questões ligadas a pessoas imigrantes e, revelando-se necessário entrevistar imigrantes, dado ao teor dos pressupostos teóricos e metodológicos, os autores do artigo entrevistaram uma «amostra» da população em geral, onde nenhuma das pessoas que participavam do estudo eram, efetivamente, imigrantes, culminando na publicação de «resultados» incongruentes com os objetivos e questões da pesquisa, e outro artigo excluído não explanava a estratégia de pesquisa utilizada para alcançar os «resultados», ou seja, escrevia acerca dos resultados sem referir as análises estatísticas realizadas e os procedimentos associados, em larga medida, inviabilizando a compreensão, e a verificação da validade e fiabilidade das análises), tendo resultado na inclusão final de 81 artigos. Importa referir que neste nível não se identificaram situações de desacordo entre os revisores, sendo que me encontro convicto de que tal evento se deveu à utilização das folhas com pontos críticos que dirigiram o olhar durante o processo de revisão.

A partir dos 81 artigos identificados, foi levado a cabo um processo de pesquisa em bola de neve (*snowballing search*) que toma por base a ideia de que as referências dos artigos incluídos para a fase de extração da informação se revelam capazes de indicar literatura relevante no seio do tema em revisão. A par deste processo, devido à expressão de artigos identificados, como se explora mais à frente na Figura 3, levou-se a cabo uma pesquisa adicional nas revistas científicas *Citizenship Studies* e *Social Science Medicine*. Assente nesta estratégia, identificaram-se 11 artigos que cumpriam os critérios do terceiro nível de avaliação da qualidade da informação, tendo passado para a fase de extração um total de 92 artigos.

2.5.1.2.3. Processos de extração da informação (data extraction), de meta-síntese, -apreciação e -interpretação da informação, e de apresentação (reporting) dos resultados alcançados

Na linha das ações que se tem vindo a realizar e assente nos trabalhos de vários autores (e.g., Sandelowski et al., 1997; Ring et al., 2010; Maxwell et al., 2019; Taylor et al., 2021), os procedimentos de extração da informação, de meta-síntese, de meta-apreciação e de meta-interpretação surgem intimamente ligados e desenvolvidos enquanto um processo simultaneamente sequencial e retroativo, ou seja, realizam-se por meio de uma ordem lógica com base em releituras e em reconstruções de ideias.

Assente nesta esteira, a informação contida nas grelhas de avaliação da qualidade da informação serviu de base (enquanto procedimento de extração) para alavancar uma síntese dos elementos centrais para caracterizar os artigos e o conhecimento que se estava a construir, nomeadamente, o número de artigos, o ano de publicação, as revistas científicas, o número de autores/as, os domínios científicos dos autores, os grupos da sociedade representados nos documentos, o tipo de metodologias e técnicas de pesquisa, os referenciais teóricos, e os países e continentes onde incidiram as pesquisas e a partir dos quais se realizaram as mesmas. A partir destes elementos (melhor dizendo, variáveis), pensaram-se em estratégias de análise estatística descritiva, em particular, a dispersão do ano de publicação dos artigos pelo número de artigos publicados; a frequência do número de artigos publicados em cada revista científica; a frequência de autores/as em cada domínio científico; a frequência do número de grupos da sociedade representados nos artigos; a frequência das metodologias e das técnicas de investigação ao longo dos artigos; a frequência da menção a conceitos teóricos particulares; a distribuição do número de países onde incidiram os artigos pelos continentes do globo, bem como a sua distribuição pelos países a partir dos quais se produzem os estudos; e a distribuição de cada categoria da análise pelos continentes em que as pesquisas incidiram levando em conta o ano de publicação dos artigos. Importa ainda dizer que as análises referidas foram realizadas com o suporte dos programas *Microsoft Excel* (Versão 16) e *SPSS* (*Satistical Package for Social*

Sciences) (Versão 23) a partir do desenvolvimento de tabelas de duas variáveis e da construção de uma matriz de variáveis para a última análise mencionada.

Posto isto, o processo descritivo-interpretativo levado a cabo correspondeu à parte quantitativa da revisão mista. Como tal, esta componente surge alicerçada na análise do conteúdo dos 92 artigos. Neste sentido, os procedimentos de extração e de (meta) síntese da informação revelam-se relacionados com a (re)leitura flutuante do *corpus* documental (os artigos). A partir deste processo, a componente meta-analítica e -interpretativa tomou por base todo o trabalho precedente realizado. Nesta linha, os procedimentos de meta-apreciação centraram-se na categorização dos dados, ou seja, na construção de categorias de análise (neste caso, assentes em temáticas centrais identificadas nos artigos) e, por conseguinte, na agregação da informação por meio de unidades de análise (alocadas em diferentes categorias e subcategorias, sendo, na sua esmagadora maioria, constituídas por um parágrafo) de modo a promover uma descrição real e precisa das características relevantes da informação contida nos documentos. Importa ainda referir que a categorização realizada combinou sistemas de categorias prévias (construídas a partir das considerações de partida, nomeadamente, cidadania e direitos; participação cidadã; saúde física e mental; pessoas migrantes e refugiadas; sexualidade[s] e intimidade) com sistemas de subcategorias emergentes (desenvolvidas indutivamente a partir dos dados ao longo do processo de análise, nomeadamente, a arena científica; a arena legal; a arena política; a arena médica; a arena da(s) sexualidade[s] e da intimidade; a arena social, comunitária e pessoal; a arena médico-política; a arena físico-social; os profissionais de saúde; os profissionais sociais; as pessoas com doenças físicas; as pessoas com doenças mentais; o estatuto (i)legal; as pessoas migrantes e refugiadas, e o acesso à saúde; o mundo do trabalho; os direitos sexuais e reprodutivos; a comunidade LGBTI; a educação) representadas de forma aprofundada no Apêndice F.

Assente nestes procedimentos, o processo de meta-interpretação apoiou-se em todo o trabalho de categorização precedente. Deste modo, meta-interpretar constituiu-se um processo de justificação racional das relações entre os fenómenos por via de um processo de indução analítico-interpretativo. Por outras palavras, construiu-se progressivamente as compreensões numa íntima relação entre (re)leitura, síntese, categorização (análise) e interpretação (desenvolvimento de construtos). Com base nestas ideias, ao longo deste processo, revelou-se necessário realizar um triplo processo hermenêutico, onde as meta-interpretações que se construíam (os construtos de terceira ordem com origem na interpretação das relações entre as ideias e os conceitos dos diversos artigos) alicerçavam-se e tomavam em conta as interpretações dos autores/as (os construtos de segunda com origem no conhecimento produzido acerca da vida social e humana a partir das interpretações dos autores/as) e dos participantes das pesquisas e intervenções (os construtos de primeira ordem com origem no conhecimento adquirido no

quotidiano social e humano pelas pessoas na relação com os outros, o mundo e o *eu*), procurando, por um lado, manter (dentro do possível) o significado original do contexto de produção dos artigos e, por outro lado, construir uma perspetiva mais ampla a partir da agregação de diversos conhecimentos produzidos ao longo do tempo (os 92 artigos). Importa ainda dizer que a análise referida foi realizada com o apoio do programa *Microsoft Word* (Versão 16) a partir do desenvolvimento de sumários narrativos, mapas de conceitos, diagramas e tabelas para alocar as unidades de análise (doze mil oitocentas e quarenta e nove no total), registar as mesmas por cores e com comentários sobre os pontos chave de cada unidade com o objetivo, de modo retroativo e progressivo, de ir desenvolvendo novos construtos.

Por último, importa abordar os procedimentos de apresentação (*reporting*) das considerações alcançadas com o processo de revisão. Nesta linha, procedeu-se à pesquisa por grelhas de orientação da apresentação das considerações alcançadas com revisões qualitativas, quantitativas e mistas em diversas bases de dados eletrónicas (Scopus, PubMed, entre outras), tendo sido identificadas dezenas de grelhas, sendo que se tomou a decisão de interromper esta pesquisa apenas quando cada nova grelha identificada não acrescentava um foco novo para o processo de apresentação da informação (aproximação à «saturação do terreno»). A partir deste procedimento, selecionaram-se as grelhas que se encontravam validadas cientificamente, isto é, publicadas em revistas científicas assentes em processos de revisão por pares – 16 grelhas (para artigos qualitativos, quantitativos e com abordagem mista, assim como para projetos de intervenção e outras abordagens) descritas no Apêndice B. A partir da leitura destas grelhas e da sintetização dos seus aspetos centrais, pensou-se na estrutura da presente dissertação como um meio fundamentado para apresentar de forma profunda, congruente e clara o processo de revisão e as considerações alcançadas com o mesmo.

2.5.1.2.4. A construção de metateoria

Assente nos trabalhos de diversos autores (e.g., Zhao, 1991; Weed, 2008; Wallis, 2010, 2012) no que concerne à construção de metateoria, bem como nos procedimentos de meta-síntese, -apreciação e -interpretação previamente desenvolvidos, que se apresentaram intimamente ligados à identificação de ideias, conceitos e temas centrais à totalidade dos artigos, servindo de base para construir relações, o agregado destas diferentes conexões permitiu desenvolver um conhecimento mais amplo do que aquele circunscrito aos artigos por meio da ligação deste saber com diversos referenciais teóricos, promovendo, assim, o desenvolvimento de uma metateoria acerca do fenómeno em estudo. Nesta linha, a construção de metateoria assentou, embora não de forma exclusiva, nas considerações alcançadas no Capítulo IV. A partir de todo o trabalho precedente, a construção de metateoria tomou por base a componente crítica da revisão. Nesta linha, partiu-se da conceção de teoria para se construir metateoria, ou seja,

uma proposta teórica original sobre o fenómeno em estudo assente na reflexão crítica sobre diversos aportes teóricos (os artigos). Nesta perspetiva, a construção de metateoria procurou desenvolver um entendimento mais profundo sobre o fenómeno em estudo

Assente nesta esteira, os dados desenvolvidos na fase de meta-interpretação permitiram que através de processos indutivos se identificassem diferentes relações por meio do olhar atento a dados elementos das (meta) interpretações alcançadas que, por sua vez, orientaram para a aceitação de dado nexos relacional. Numa perspetiva ampla, o processo indutivo levado a cabo na fase de meta-interpretação revelou-se catalisador de inferências que expandiram o conhecimento sobre a relação entre direitos de cidadania e saúde.

Posto isto, o processo de construção de metateoria revelou-se retroativo, na medida em que implicou construir e reconstruir ideias num processo de justificação racional dos entendimentos mais amplos acerca do fenómeno em estudo.

Em tom sumativo, o presente capítulo permitiu clarificar e aprofundar os fundamentos ontológicos, epistemológicos, teóricos e metodológicos que sustentam o processo de revisão crítica e mista, e a pesquisa em geral. Nomeadamente, o trilha realizado para construir os objetivos e questões de pesquisa no seio da área das Ciências da Educação, assim como para desenvolver as fases de triagem e avaliação da qualidade da informação, de extração e de meta-apreciação, -síntese e -interpretação da informação, de construção de metateoria, de apresentação das considerações alcançadas e de escrita da dissertação, encontrando-se este trabalho alicerçado na coerência entre o «relativismo delimitado», o «construcionismo» e o «pragmatismo» enquanto pressupostos que orientaram o olhar e o pensamento.

2.5.2. O processo de divulgação da investigação

O desenho da pesquisa levou em conta a disseminação do conhecimento produzido enquanto a última etapa da investigação com uma importância significativa para a comunidade científica (e.g., pelo contributo para o avanço do conhecimento) e para a sociedade em geral (e.g., pelo contributo ao nível das práticas sociais e profissionais).

Neste sentido, procurar-se-á elaborar um ou mais artigos para publicar em revistas científicas nacionais e internacionais com processo de revisão por pares, assim como se irá procurar divulgar o conhecimento produzido em diversos eventos académicos, tais como, congressos, colóquios, seminários, entre outras reuniões científico-académicas nacionais e internacionais.

Capítulo III – Apresentação e interpretação dos resultados da revisão

3. Apresentação e interpretação dos resultados da revisão

Where, after all, do universal human rights begin? In small places, close to home – so close and so small that they cannot be seen on any map of the world. Yet they are the world of the individual person: the neighborhood he lives in; the school or college he attends; the factory, farm or office where he works. Such are the places where every man, woman and child seeks equal justice, equal opportunity, equal dignity without discrimination. Unless these rights have meaning there, they have little meaning anywhere. Without concerted citizen action to uphold them close to home, we shall look in vain for progress in the larger world.

— Eleanor Roosevelt (1958 [UN Human Rights, 2011]), *United Nations Commission on Human Rights*

O presente capítulo parte do trabalho investigativo realizado para apresentar os resultados da revisão, interpretando-se os mesmos à luz dos discursos inscritos nos artigos e de todas as leituras invocadas até ao momento, em particular, como se realça no discurso acima citado, a lente dos direitos (de cidadania e humanos) e da dignidade humana revelam-se essenciais para iluminar o caminho reflexivo que a seguir se expõe.

3.1. Reflexão descritiva-interpretativa

Os artigos científicos incluídos na revisão perfazem um total de noventa e dois documentos. A seguir, a partir da análise estatística descritiva de diversas variáveis identificadas nestes textos, apresentam-se uma série de dados que contribuem para caracterizar a relação entre direitos de cidadania e saúde.

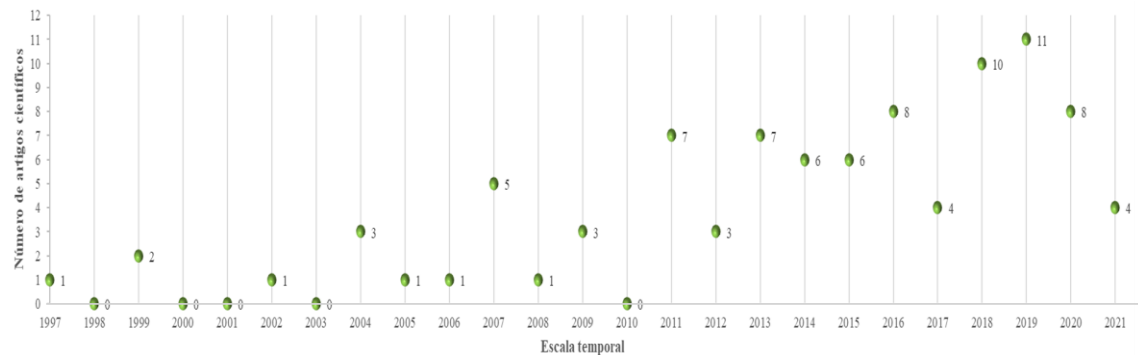
3.1.1. Elementos externos: Ano de publicação, revistas e autores(as)

Os elementos externos dos artigos dizem respeito às características passíveis de serem identificadas antes da leitura integral do documento. No que toca às datas de publicação dos artigos, o primeiro surge em 1997 e os últimos artigos incluídos datam de 2021, o que perfaz um espaço temporal de vinte e três anos. A Figura 3 permite notar uma concentração das publicações dos artigos entre o período de 2011 a 2021. Em larga medida, a última década evidencia-se crucial para a construção da relação entre direitos de cidadania e saúde. Importa notar que se observam anos sem publicações de artigos incluídos nesta revisão (1998, 2000, 2001, 2003 e 2010) e que as publicações entre 1997 e 2010 se revelam residuais (com exceção de 2004 e 2007).

(espaço deixado em branco de forma intencional)

Figura 3

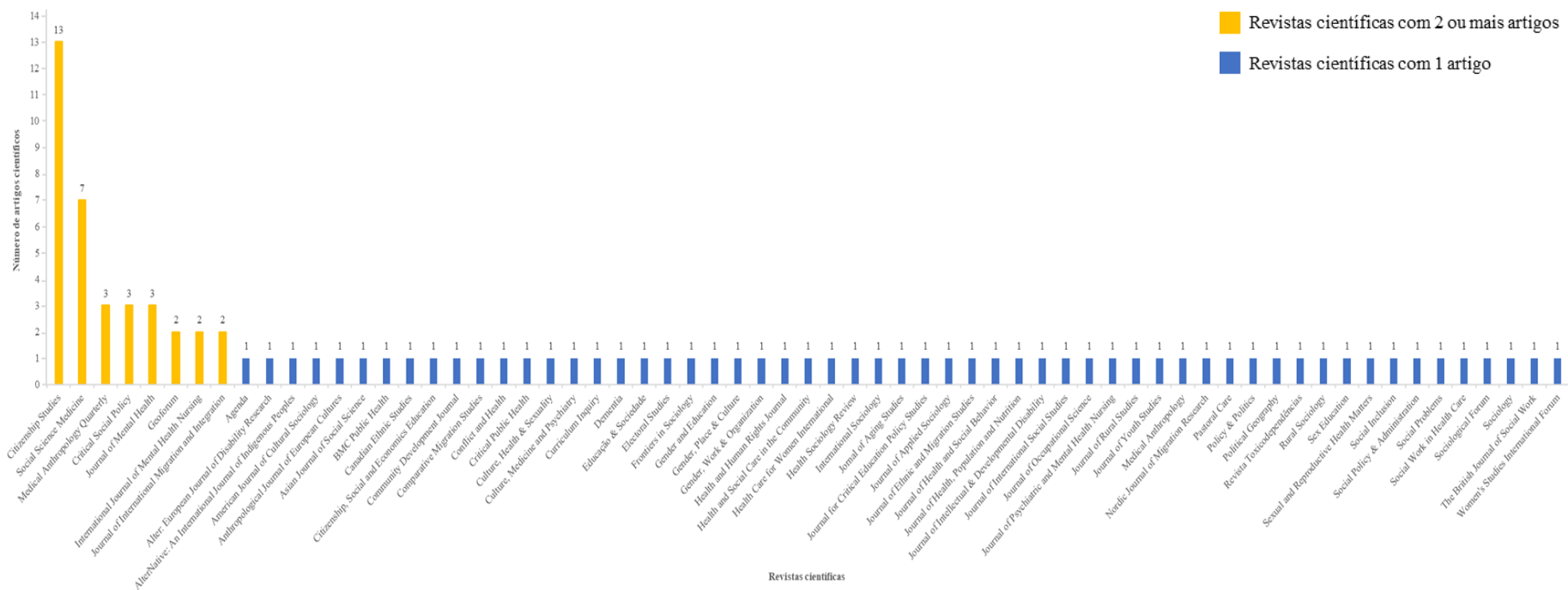
Distribuição dos artigos por ano de publicação



Nota: O número de artigos científicos corresponde a $N = 92$. A escala temporal identifica os anos referentes às publicações dos artigos. Contudo, em termos de análise, revelou-se interessante evidenciar, no tempo compreendido desde o primeiro artigo publicado até ao último, os anos em que não se observam artigos incluídos na pesquisa.

Um outro elemento importante a destacar prende-se com as revistas científicas onde os artigos foram publicados.

(espaço deixado em branco de forma intencional)

Figura 4*Frequência do número de artigos por revistas científicas*

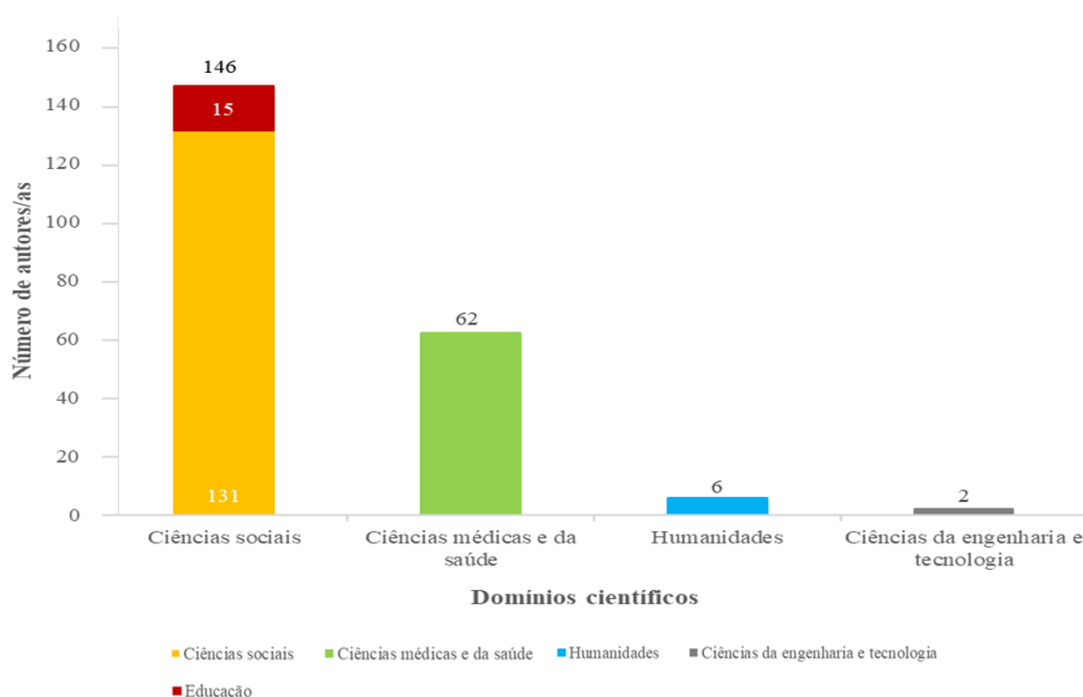
Nota: O número total de artigos científicos corresponde a N = 92. E o número total de revistas científicas corresponde a N = 65.

A análise da Figura 4 revelou-se importante para identificar as revistas onde se realizaria uma parte do processo de revisão em bola de neve, bem como para identificar as revistas onde se realizam publicações significativas, em termos de quantidade, neste campo. A Figura 4 permite denotar que a esmagadora maioria dos artigos (cinquenta e sete) foram publicados numa panóplia de revistas enquanto publicações isoladas. Não obstante, os dados também remetem para a aglomeração da publicação de trinta e cinco artigos por oito revistas científicas diferentes, cuja representatividade se revela pertinente destacar para 2 revistas, designadamente, a *Citizenship Studies*, cujo escopo se prende com a investigação e intervenção na área da cidadania, e a *Social Science Medicine*, cujo escopo diz respeito à relação entre diferentes ciências sociais e a área da medicina.

Os domínios científicos dos/as autores/as dos artigos também foram levados em conta.

Figura 5

Frequência das áreas científicas dos autores dos artigos



Nota: O número total de autores/as corresponde a $N = 216$. E o número total de domínios científicos corresponde a $N = 4$. A área da «Educação» surge identificada no interior do domínio das «Ciências sociais» devido à pertinência analítica deste dado, visto que o campo de estudo desta dissertação se enquadra no interior das ciências da educação. As áreas científicas dos autores/as foram agregadas em domínios de acordo com o manual Frascati (2015).

A Figura 5 permite identificar que a esmagadora maioria dos/as autores/as dos artigos pertencem a áreas científicas dentro do domínio das ciências sociais, tais como, sociologia, psicologia, antropologia, geografia económica, direito, ciências políticas, serviço social, entre outras. No seio deste domínio importa destacar a presença de autores/as da área científica das

Ciências da Educação. Também se nota a presença de autores/as do domínio das ciências médicas e da saúde, tais como, saúde pública, medicina, psiquiatria, enfermagem, ciências da saúde, ciências do desporto, entre outras. Importa ainda referir a presença de autores/as do domínio das humanidades, em particular, das áreas científicas da história, da filosofia e da ética, assim como das ciências da engenharia e da tecnologia, designadamente, das áreas científicas da engenharia médica e da engenharia do ambiente. Em larga medida, estes dados reforçam a centralidade dos domínios científicos das ciências sociais, e das ciências médicas e da saúde.

3.1.2. Elementos internos: Participantes, metodologias, técnicas de investigação e bases teóricas

Os elementos internos dizem respeito às características dos artigos passíveis de identificar apenas a partir da sua leitura integral. Os noventa e dois textos incluídos continham reflexões sobre cerca de três mil documentos (políticas de saúde pública, casos judiciais, submissões a assembleias governamentais, documentação cinzenta [*grey literature*] e atas de reuniões de associações comunitárias) e contavam com a participação de cerca de dez mil e quinhentas pessoas (desde os 8 até aos oitenta anos de idade) e cerca de setenta e oito mil agregados familiares. Ainda foi possível caracterizar noventa artigos como projetos de investigação e 2 documentos como projetos de intervenção¹⁰. A Tabela 7 procura identificar a diversidade de pessoas que participaram nos projetos descritos nos textos.

Tabela 7

Frequência de grupos sociais identificados nos artigos enquanto participantes

Grupos sociais	Número de artigos
Grupos caracterizados de forma ampla ^a	22
Pessoas caracterizadas sem especificidade grupal ^b	10
Pessoas com doenças mentais	8
Pessoas com condições físicas	6
«Associações de utentes»	4
Agregados familiares	4
Comunidade LGBTI ¹¹	3

¹⁰ Entende-se que existem diferenças entre projetos de investigação e de intervenção. Os primeiros dizem respeito à produção de conhecimento e à sistematização desta produção (Djellal et al., 2003) assente em critérios de inovação, de originalidade e de publicação (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2015). E os segundos procuram numa vertente comunitária e social, assim como psicológica e existencial (Menezes, 2010) contribuir para o desenvolvimento das pessoas e das comunidades assente numa dimensão cultural e metodológica pragmática (Boutinet, 1996). Não obstante, no campo científico e social observa-se a interligação entre estas duas tipologias de projeto. Contudo, no caso desta revisão, estas diferenças encontraram-se significativamente demarcadas entre os documentos referidos.

¹¹ A sigla atualmente empregue é LGBTQIA+ que significa pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans(géneras) [e Transexuais], Queer, Intersexo, Assexuais, e o símbolo «+» traduz outras formas de expressar a identidade sexual e de gênero, bem como abarca

Grupos sociais	Número de artigos
Pessoas idosas	3
Pessoas jovens	2
Pessoas migrantes e refugiadas¹²	37
Pessoas migrantes	15
Pessoas imigrantes	11
Pessoas refugiadas	11
Pessoas com doenças físicas e mentais	26
Pessoas com VIH/SIDA ¹³	6
Pessoas com demência	4
Pessoas com síndrome do espectro do autismo	3
Pessoas com diabetes	3
Pessoas com tuberculose	2
Pessoas que utilizam cadeiras de rodas	2
Pessoas com Alzheimer	2
Pessoas com síndrome pós-poliomielite	1
Pessoas com síndrome alcoólico fetal	1
Pessoas com paralisia cerebral	1
Pessoas surdas	1
Pessoas do campo sociopolítico	25
Políticos	10
Pessoas ativistas	6
<i>Health brokers</i>	3
Assistentes sociais	2
Militares	2
Advogados/as	2
Pessoas do campo educativo	23
Professores/as universitários	5
Investigadores/as científicos	5
Estudantes universitários	4
Professores/as do ensino básico e secundário	3
Alunos do ensino básico e secundário	3

as pessoas que apoiam esta comunidade (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex and Asexual Resource Center [LGBTQIA RC], 2022). Contudo, a dissertação apenas aborda as pessoas LGBTI (pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgéneras [e Transexuais] e Intersexo) porque os artigos incluídos se focam apenas neste grupo de pessoas.

¹² Consideram-se pessoas migrantes aquelas que saem do seu país de origem em busca de melhores condições de vida (e.g., educação, emprego e habitação) e pessoas refugiadas aquelas que saem do seu país de origem por causa de uma situação que coloca a sua vida em risco (e.g., conflito armado). As pessoas imigrantes enquadram-se na tipologia das pessoas migrantes (Alves, 2020). Contudo, no contexto dos artigos incluídos este termo caracteriza as pessoas que saem temporariamente do seu país de origem para realizar trabalho sazonal (e.g., plantação de cereais).

¹³ A sigla VIH/SIDA significa Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. No contexto de citações em língua inglesa surge a sigla HIV/AIDS que significa Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (World Health Organization [WHO], 2022).

Grupos sociais	Número de artigos
Educólogos/as	3
Pessoas do campo da saúde	22
Médicos/as	12
Enfermeiros/as	10
Pessoas de comunidades étnicas	13
Pessoas de etnia latina	5
População Rohingya	3
População Roma	2
População Inuit	1
População Māori	1
Comunidade Hijra	1
Pessoas da comunidade LGBTI	13
Pessoas lésbicas	4
Pessoas gays	3
Pessoas transexuais	2
Pessoas bissexuais	2
Pessoas transgénero	2

Nota: A esmagadora maioria dos artigos incluídos solicitou a participação de mais do que um grupo da sociedade, bem como cada artigo caracterizou algumas pessoas como integradas em mais do que um grupo. Por estes motivos, o total da coluna referente ao número de artigos ultrapassa o número total de artigos incluídos ($N = 92$). A tipologia dos grupos da sociedade utilizada nesta tabela foi construída a partir das nomenclaturas sugeridas pelos autores dos artigos.

^a Os grupos da sociedade incluídos nesta categoria procuram destacar os grupos em que não foi possível especificar uma nomenclatura particular por relação a outros grupos de pessoas em que os/as autores/as dos artigos acentuaram dada nomenclatura. A título de exemplo, alguns artigos especificam os participantes como pessoas gays ou lésbicas, enquanto outros documentos identificam como pessoas da comunidade LGBT.

^b Alguns artigos incluídos procuravam, a título de exemplo, perceber as diferentes perceções sobre dado tema entre pessoas com doenças físicas e mentais, e pessoas que não apresentavam doenças físicas e mentais. Como tal, as pessoas que não apresentavam doenças físicas e mentais, e todas as pessoas que foram caracterizadas sem especificidade ao nível de um grupo social, face a outros artigos que especificavam um grupo social, foram integradas nesta categoria.

Com base na Tabela 7, observa-se um equilíbrio entre os diferentes grupos sociais. Não obstante, existem dois aspetos relevantes a ter em conta: o primeiro, tem que ver com o relevo existente nos artigos do grupo de pessoas migrantes e refugiadas, e o segundo, prende-se com diferenças acentuadas no seio de alguns grupos sociais, nomeadamente, os políticos e as pessoas ativistas no grupo de pessoas do campo sociopolítico. Revela-se também importante referir a participação de um número significativo de pessoas que os/as autores/as dos artigos caracterizam de forma ampla, nomeadamente, pessoas com doenças mentais, pessoas com condições físicas e pessoas sem especificidade grupal (maioritariamente designadas por «pessoas sem as características do outro grupo»).

O tipo de metodologia empregue nos artigos apresenta-se como um dado importante a salientar. A análise da Tabela 8 permite compreender que a esmagadora maioria dos artigos apresenta uma abordagem qualitativa. As abordagens mistas e quantitativas revelam-se menos utilizadas, embora com um peso significativo na totalidade dos documentos analisados.

Tabela 8

Frequência das metodologias identificadas nos artigos

Metodologia	Número de artigos	%
Qualitativo	59	≈ 64 %
Misto	18	≈ 20 %
Quantitativo	15	≈ 16 %
Total	92	100 %

Nesta linha de ideias, apresenta-se pertinente destacar o tipo de técnicas investigativas empregues nos artigos.

Tabela 9

Frequência das técnicas de investigação identificadas nos artigos

Técnicas de investigação	Número de artigos
Análise de conteúdo	87
Entrevista	60
Etnografia	33
Análise estatística	27
Grupo de discussão focalizada	17
Questionário	15
Análise documental	14
Histórias de vida	11
Referência à utilização de consentimento informado e ao recurso a aprovação ética	32
Recurso a <i>software</i> de apoio à análise	28

Nota: A esmagadora maioria dos artigos incluídos utilizou mais do que uma técnica investigativa. Por esse motivo, o total da coluna referente ao número de artigos ultrapassa o número total de artigos incluídos ($N = 92$). A referência à utilização de consentimento informado e ao a recurso de aprovação ética, e ao recurso a *software* de apoio à análise, embora não se enquadrem enquanto técnicas de investigação, mas antes como procedimentos de pesquisa, foram alocados nesta tabela devido à sua pertinência analítica enquanto dados a destacar.

A Tabela 9 permite identificar que a esmagadora maioria dos documentos analisados recorreu à análise de conteúdo e à entrevista (semiestruturada e informal). A etnografia e a

análise estatística surgem nos documentos com um peso significativo. O recurso a grupos de discussão focalizada, a questionários, à análise documental e a histórias de vida revela-se diminuto na totalidade dos artigos. Importa referir que menos de metade dos documentos incluídos reporta procedimentos éticos. Embora a ausência da referência ao recurso a procedimentos éticos não implique a inexistência dos mesmos, note-se que a preocupação científica em os destacar se revelou reduzida. Um outro dado importante de destacar prende-se com o recurso a *software* de apoio à análise quantitativa (*Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, o programa *R* e o programa *Stata*) e qualitativa (*NVivo*, *ATLAS.ti*, *Non-numerical Unstructured Data Indexing, Searching, and Theorizing* – NUD*IST e o *Qualitative Data Analysis Software QSR N6.0*). Em larga medida, revelou-se interessante observar a evolução do tipo de *software* utilizado e a ampliação das suas ferramentas ao longo dos vinte e três anos a que a totalidade dos documentos dizem respeito.

Um outro dado de interesse foi suscitado pela leitura global dos artigos: as bases teóricas e conceituais utilizadas para sustentar e/ou para iniciar as reflexões.

Tabela 10

Frequência da referência a autores/as e aos seus conceitos ao longo dos artigos

Bases teóricas	Número de artigos
Thomas Marshall (1950) – Direitos de cidadania	71
Foucault (1988 [1982]) – Governamentalidade	40
Ruth Lister (1998) – Universalidade diferenciada	27

Nota: Muitos dos artigos incluídos fizeram referência a mais do que um destes/as autores/as. Por esse motivo, o total da coluna referente ao número de artigos ultrapassa o número total de artigos incluídos (N = 92). Outros/as autores/as e conceitos foram identificados ao longo dos documentos enquanto bases teóricas e conceituais, no entanto, na globalidade dos artigos revelaram uma frequência residual (cerca de 1 a 3 referências), não sendo identificados na tabela por não se revelar pertinente a sua análise.

A Tabela 10 permite denotar um foco consistente nas ideias de três autores/as: nos conceitos de Thomas Marshall (1950) acerca dos direitos de cidadania, nomeadamente, na sua definição de direitos civis, políticos e sociais; no conceito de governamentalidade (*governmentality*) de Michel Foucault (1988 [1982]), onde o Estado se apresenta como uma figura que inculca ideias de organização social, familiar e individual à sociedade que governa; e nas ideias de Ruth Lister (1998), designadamente, no conceito de universalidade diferenciada (*differentiated universalism*), onde a cidadania se apresenta simultaneamente um estatuto e uma prática. Em larga medida, esta análise suscitada pela leitura dos artigos revela que estes conceitos prevalecem centrais a uma reflexão acerca da relação entre direitos de cidadania e saúde, sendo que também servem de base para as reflexões apresentadas nesta dissertação.

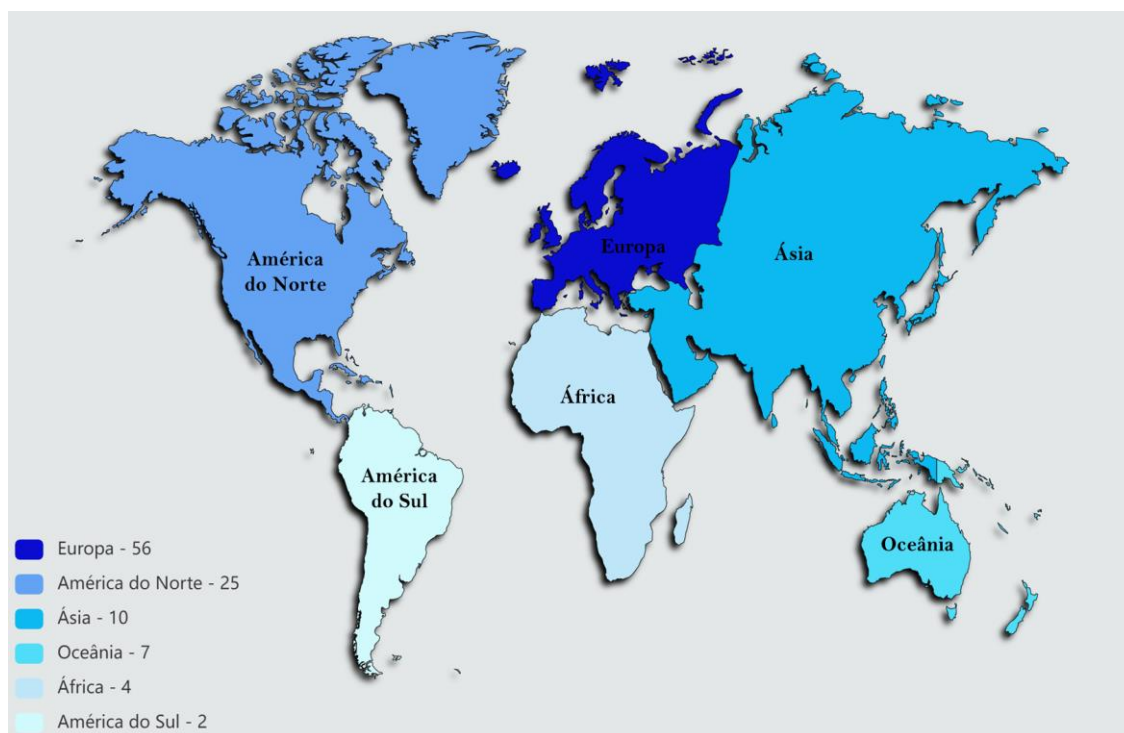
3.1.3. Elementos emergentes: A relação entre artigos, categorias de análise e a geografia do globo

Os elementos emergentes dizem respeito às características passíveis de se identificar após o término do processo de interpretação, contribuindo para consolidar uma perspetiva global acerca do conhecimento produzido.

Nesta linha, importa olhar para a distribuição global dos lugares do mundo sobre os quais se produziu conhecimento científico, na medida em que se procura aferir os lugares sobre os quais a pesquisa permite um olhar mais robusto.

Figura 6

Distribuição do número de países onde incidiram os artigos por continentes



Nota: O número total de países corresponde a N = 104. E o número total de continentes corresponde a N = 6. No caso desta análise, o foco prende-se em destacar os lugares do mundo sobre os quais se produz conhecimento científico. Como tal, contabilizaram-se todos os países onde ocorreram as pesquisas e intervenções, inclusive aqueles que surgiram repetidos. Os países identificados foram agrupados em continentes segundo a norma M49 das Nações Unidas: Department of Economic and Social Affairs Statistics Division of the United Nations. (1999). *Standard country or area codes for statistical use* (Series M/No. 49/Rev. 4). <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>.

A Figura 6 permite destacar que a esmagadora maioria do conhecimento produzido recai sobre zonas do continente europeu, seguindo-se de um foco significativo sobre zonas do continente asiático e do norte do continente americano. As zonas do continente africano, do continente oceânico e do sul do continente americano revelam-se focos residuais.

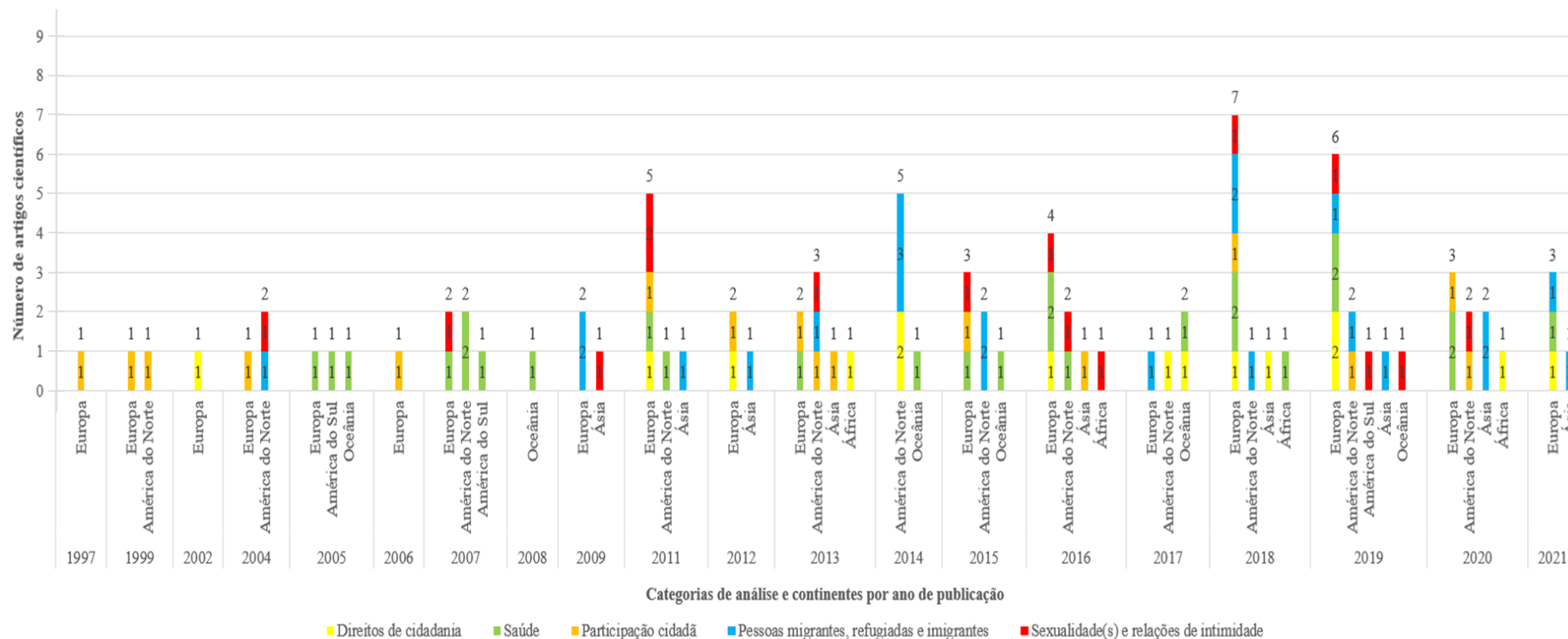
Assim, numa perspetiva ampla, a pesquisa, embora tenha procurado de forma intencional acentuar o conhecimento que se produz em todo o globo, permanece influenciada pelas dinâmicas de hegemonia científica e sociopolítica (Lima, 2010). Não obstante, o esforço realizado revela-se significativo, na medida em que abarca conhecimento acerca de todo o globo, mesmo que em proporções desiguais.

Nesta linha de pensamento, importa ainda atentar para a relação entre os lugares do mundo onde ocorreram as investigações e as intervenções, e as categorias de análise onde foram alocados os artigos, tendo em conta o ano de publicação dos mesmos. Nesta perspetiva, a variável que diz respeito aos anos de publicação dos artigos permite identificar, em cada categoria e em cada continente, focos de concentração da produção de conhecimento que, por sua vez, contribuem para fomentar indagações em torno do contexto sociopolítico naquele ano e naquela região face ao tópico em questão, sendo que este processo permite identificar as bases sociopolíticas que impulsionam a produção de conhecimento e que influenciam a relação entre direitos de cidadania e saúde. Assente neste racional, no Apêndice G encontra-se disponível uma análise fina dos lugares do mundo que produziram o conhecimento em que assenta a revisão por relação a cada categoria de análise, contribuindo para aprofundar a centralidade de cada categoria em cada continente do globo. Em jeito de agregação, a seguir, apresenta-se a distribuição das categorias enquanto um todo por continentes e ano de publicação.

(espaço deixado em branco de forma intencional)

Figura 7

Distribuição das categorias de análise por continentes e ano de publicação



Nota: A figura procura explorar a relação entre as categorias de análise (representadas pelas diferentes cores) por relação à distribuição geográfica dos lugares onde as investigações e intervenções ocorreram (identificados pelos continentes descritos na figura), levando em conta o ano de publicação dos artigos (representados pela divisão em blocos).

Importa notar que dois artigos focaram a sua reflexão em mais do que um continente do globo. Por este motivo, o total da coluna referente ao número de artigos científicos ultrapassa o número de documentos incluídos (N = 92).

A partir destas observações e atentando para a Figura 7, depreende-se que a esmagadora maioria do conhecimento produzido se concentra entre 2011 e 2021, sendo que o período entre 1997 e 2009 se revela como um tempo disperso em relação à construção de conhecimento neste campo. Importa notar, na figura supra construída, que a partir de 2011 se evidencia o surgimento constante de 3 a 5 categorias por ano, indicando a riqueza de conhecimento produzido em termos da pluralidade de temas.

No seguimento desta análise, importa referir que se denota um destaque acentuado nas regiões dos continentes europeu, oceânico, asiático e do norte do continente americano, prevalecendo uma centralidade nas regiões do continente europeu e do norte do continente americano. Ainda se observa um destaque reduzido concedido às regiões do continente africano e do sul do continente americano. Também se revela interessante observar que a partir de 2011 existe um aumento da diversidade ao nível das regiões do mundo sobre as quais se produz conhecimento.

Em jeito de conclusão, os artigos incluídos na revisão, contribuem para romper com a hegemonia europeia e norte-americano no que respeita ao campo científico (Lima, 2010). Não obstante a uma forte presença de artigos centrados nestes dois lugares do globo, o esforço realizado apresenta-se significativo pela inclusão de investigação produzida a partir da e sobre a totalidade dos continentes do globo. Em larga medida, este cenário permite contribuir para a construção de um campo científico a partir de uma diversidade de culturas socio-humanas e de visões acerca da construção de conhecimento.

3.2. Reflexão narrativa-interpretativa

A partir do processo de análise de conteúdo, apresenta-se em forma de narrativa as interpretações alcançadas a partir das diferentes categorias e subcategorias identificadas nos artigos.

As tabelas presentes ao longo desta secção descrevem de forma sumária os documentos incluídos na pesquisa por artigo (nome dos autores e ano de publicação), localização (continente onde ocorreu a pesquisa), foco (objetivo central da investigação) e contributo (ponto fulcral que o documento acrescenta à reflexão). Os documentos foram distribuídos em diferentes tabelas ao longo das diversas categorias e subcategorias. Não obstante, importa destacar que a esmagadora maioria dos artigos contribuiu com ideias, em termos de unidades de análise, para a totalidade das categorias e subcategorias a seguir apresentadas, no entanto, para facilitar a apresentação, e a leitura e interpretação dos contributos principais dos documentos, os mesmos foram alocados numa categoria específica para a qual mais contribuíram em termos de unidades de análise, assim como em termos de proximidade face ao seu contributo central.

3.2.1. *Concetualizando a construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde*

Tabela 11

Descrição dos artigos referentes à construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Dwyer (2002)	Europa	Projeto de investigação com pessoas inglesas de diferentes grupos sociais com o objetivo de construir uma definição de cidadania.	Cidadania social
MacIntyre, Cogan, Stewart, Quinn, O'Connell & Rowe (2021)	Europa	Projeto de investigação direcionado para a construção de um modelo empírico de cidadania com base nas perceções de pessoas pertencentes a diferentes grupos sociais.	Modelo empírico de cidadania

A análise dos artigos permitiu extrair uma série de elementos característicos do conceito de direitos de cidadania. Um destes elementos prende-se com a relação trifurcada entre os cidadãos, a sociedade e o Estado, onde a (exclusão-)inclusão das pessoas se revela por via do seu (não) reconhecimento enquanto pessoas com direitos e responsabilidades, e da sua (não) representação nos espaços de tomada de decisão e na vida quotidiana.

Nesta linha, os cidadãos, segundo uma perspetiva legal e política, apresentam-se detentores de direitos de cidadania, no entanto, em certas situações de vida, onde existem diferenças entre a cultura de cidadania do Estado, e a cultura de cidadania das pessoas e dos grupos sociais, estes últimos não apresentam os meios para aceder a estes direitos.

Assente nesta esteira, os artigos identificam as pessoas enquanto inseridas num espetro entre cidadãos e não cidadãos (assente na [i]legalidade do estatuto de nacionalidade, de residência permanente, de refugiado, entre outras configurações), onde os direitos de cidadania, particularmente os ligados à saúde, são reivindicados por via de uma panóplia de formas de expressar a cidadania.

Como ponto de partida para esta discussão, apresenta-se relevante organizar uma estrutura de pontos chave sobre os quais se constituem os direitos de cidadania ligados à saúde¹⁴ evidenciados ao longo dos artigos. Assim, importa notar que as pessoas se tornam cidadãos em relação com o *eu*, com os outros e com o mundo, sendo que o acesso aos direitos de cidadania

¹⁴ Integram esta categoria direitos como o acesso a cuidados médicos (físicos e mentais), a vacinação, a medicamentos, a alimentos, à vida, à integridade física, ao respeito pela autonomia e pela capacidade de decidir, entre outros direitos que vão sendo abordados ao longo desta reflexão e que poderão vir a ser identificados em futuras pesquisas. Em larga medida, integram os direitos que facilitem o acesso a condições de vida que permitam um desenvolvimento da saúde (WHO, 2020) capaz de se enquadrar nos padrões vigentes do contexto onde as pessoas se inserem (Marshall, 1950).

se encontra dependente da relação das pessoas e dos grupos sociais a uma panóplia de elementos da vida sociopolítica:

- **os direitos** (e.g., acesso à saúde): “It was really a hopeless situation. I had to wait for insurance. I was really afraid of breaking a leg or being hospitalised during that time. I had no legal papers (trans* women [sic] in her mid-40s)” (Monro & Van Der Ros, 2018, p. 65);
- **as responsabilidades** (e.g., pagamento de impostos);
- **os papéis sociais** (cidadão trabalhador ou cidadão pai/mãe, a título exemplificativo): “If you are not studying then you should be looking for work (Mohammed, Asian claimants group)” (Dwyer, 2002, p. 286);
- **os recursos** (económicos, humanos, entre outros);
- **as relações que nos ligam ao mundo e aos outros** (e.g., relações com entidades da sociedade e/ou com grupos de pertença);
- **a capacidade de autonomia** (oportunidades para se desenvolver ao longo da vida, como forma de exemplo);
- **a aceitação social** (e.g., não ser discriminado e estigmatizado);
- **o acesso a serviços** (saúde, educação, entre outros):

Three years after my accident I was diagnosed with kidney stones. ... I had to wait two years to have it removed. For those two years I was in pain (Chris, disabled claimants group). (Dwyer, 2002, p. 282)

[In the hospital they] tell you to get back to the DPS [the district psychological services]. If you do so, they [DPS] do not know how they should help you. They have no idea! (Non-binary person in their early 20s). (Monro & Van Der Ros, 2018, p. 67);
- **o apoio** (e.g., rede familiar); e
- **os valores culturais em comum** (ser solidário, viver em harmonia, cuidar do ambiente, entre outros).

Assente nestas ideias, os direitos de cidadania ligados à saúde apresentam uma relação ao nível micro das relações familiares, de pares e com os outros em geral, onde se denota um contacto com estes direitos por transmissão de valores: “Providing care for an elderly relative (Ibbu Elly)” (Berenschot et al., 2018, p. 140); ao nível meso das relações com a comunidade e com grupos sociais, onde existe um elevado sentimento de pertença face à reivindicação do direito à saúde: “Its getting a group of similar minded people, where it might be just from experience and that and how they actually deal with situations (James, FG4)” (MacIntyre et al.,

2021, p. 700); e ao nível macro das relações com as estruturas da sociedade, onde se observa o desenvolvimento da consciência cívica (perceção de que a organização da sociedade se constitui enquanto um espaço de debate com propósitos compartilhados) em relação aos direitos de cidadania ligados à saúde: “I can go back into the community and talk to other people, helping people, going to groups and make other people feel I am supporting them (Laura, FG5)” (MacIntyre et al., 2021, p. 701).

Por fim, tendo em conta esta discussão de ideias, reconhece-se que, ao longo dos artigos, a cidadania se apresentou enquanto um espectro de cidadanias empiricamente compósitas e continuamente contestadas, sendo que se procura, a partir dos artigos identificados, salientar os contornos destas cidadanias e da sua relação com os direitos e a saúde.

3.2.2. Os direitos de cidadania na arena científica, legal, política, médica, e da(s) sexualidade(s) e das relações de intimidade

As presentes categorias identificam um leque de cidadanias, onde a relação entre direitos de cidadania e saúde se evidencia através de diferentes tipos de contestação e de construção social nos mais variados contextos da vida. Em larga medida, estas categorias partem das experiências sociais e pessoais presentes ao longo dos artigos para enunciarem a construção da relação entre direitos de cidadania e saúde, ou seja, realçam a construção de um conjunto de cidadanias que reivindicam direitos de cidadania ligados à saúde, bem como destacam os processos de contestação destes direitos.

As categorias construídas realçam as contestações sociais por direitos de cidadania nas arenas da ciência (cidadania científica), dos normativos (cidadania de juventude e *custodial citizenship*), da política (cidadania biopolítica, cidadania híbrida e cidadania militar), da medicina (cidadania biomédica, cidadania farmacêutica, *brokered citizenship* e cidadania póstuma), e da(s) sexualidade(s) e relações de intimidade (cidadania sexual e íntima, cidadania transgénera e cidadania intersexo).

3.2.2.1. A arena científica

Tabela 12

Descrição do artigo referente à construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde no que respeita à arena científica

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Guta, Strike, Flicker, Murray, Upshur & Myers (2014)	América do Norte	Projeto de intervenção com pessoas com VIH/SIDA para investigar o engajamento das comunidades com a ciência.	Cidadania científica

A ideia central ligada a esta subcategoria prende-se com o conceito de cidadania científica. Nesta linha, surge um cidadão científico, isto é, um cidadão que se engaja ativamente na produção de ciência por via do envolvimento em projetos de investigação e de intervenção:

[The people of the community in the research] were all of the margins of society, they were all using [drugs], they were committing crimes. I mean social violence, social conflict, so there's all kinds of things going on. So what happened was so beautiful, they began to change. They were eating better! They were making some small sum of money every week. They had a sense that they weren't just taking from society, they were contributing. They got a sense of value. ... Skin improved! Hair improved! None of them was using anymore, they were all on methadone. Housing situation improved! ... You know the research became something more than the research (Interview 7, A) (Guta et al., 2014, p. 257)

This group of 15–20 construction worker members were actively involved in conducting [this] research study, setting policy priorities for the campaign based on survey results and mobilizing community support for the campaign at the local and statewide levels (forming a Build a Better Texas Coalition with more than 115 signatories). They have organized protests, including a thirst strike that pushed the Austin City Council to pass the rest break ordinance, and a statewide mobilization called the Day of the Fallen that drew attention to the deadly conditions in the Texas construction industry by marching 138 coffins down Austin's main avenue to the State Capitol. (Torres et al., 2013, p. 152)

A partir destes cenários, observa-se que o trabalho científico permeou a comunidade e contribuiu para uma participação cidadã significativa na sociedade, para uma forma diferenciada de perspetivar a cidadania. Em junção com esta situação, a análise permitiu denotar que o envolvimento das pessoas na ciência alavanca a mudança social (vd., Sztompka, 1993), visto que a integração das pessoas a quem se dirigem as medidas políticas nos projetos de investigação e de intervenção permite que os grupos sociais se revelem capazes de ter assento nos lugares de tomada de decisão e oportunidades para fazerem ouvir a sua voz, fomentando novas políticas adequadas às suas reivindicações, como destacado pelos autores na segunda passagem.

Por último, como se nota na primeira entrevista citada, a participação das pessoas na construção da ciência também se constitui enquanto um processo promotor de mudança pessoal (vd., Menezes, 1998; Monteiro, 2013). Os projetos de investigação e de intervenção possibilitam uma forma significativa de participar na vida e revelam efeitos transformadores ao nível individual.

3.2.2.2. A arena legal

Tabela 13

Descrição dos artigos referentes à construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde no que respeita à arena legal

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Caldas, Fonseca & Santos (2011)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender a construção da cidadania em pessoas jovens em contexto de proteção estatal.	Cidadania de juventude

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Underman, Sweet & Decoteau (2017)	América do Norte	Projeto de investigação que procura definir os contornos particulares da reivindicação dos direitos de cidadania de pessoas com doenças físicas e mentais por parte dos seus cuidadores/familiares.	Cidadania de custódia (<i>custodial citizenship</i>)

A presente subcategoria procura destacar a relação entre os direitos de cidadania ligados à saúde e as práticas legais. Para tal, note-se as problemáticas em torno do conceito de cidadania de juventude:

Dalila: “Ela não é portuguesa, é romena, não sabe falar! Entreguem à polícia, expliquem a situação e nós [assistentes sociais] vamos buscá-la”. Eu deixei, desde que ela me ponha num lugar seguro. Foram comigo para uma instituição de proteção de raparigas. Disseram que tinha que tomar banho, vestir roupa limpa, para ir ao hospital porque estava grávida. Tive vergonha de comer à frente daquela técnica. Mas quando ela saiu comi, comi. Estava cheia de fome! Fizeram um quarto enorme só para mim! Dormi, dormi. E depois quando me vieram acordar estava cheia de vergonha, muitas raparigas à minha volta. “Ela não sabe falar, é romena, não tentem falar com ela que não percebe nada!” ... Elas puxavam muito por mim para falar. Adorei estar naquela instituição. Aprendi muito. Foram muito minhas amigas. As técnicas ajudaram-me muito. ... Aceitei vir aqui para [outra] instituição pelo meu filho, porque não quis dar para adoção, queria ficar junto dele. ... Ao fim de um mês tinham que me fazer uma avaliação para ver como cuidava do meu filho, se sabia cuidar. ... Deram-me o regulamento com muitas regras! Li. Não concordava. ... Depois há alguns meses atrás fugi desta instituição com o meu filho, já não aguentava mais. Queria voltar para a Roménia. Mas voltei para o Porto. Preciso de autorização para ir [para a Roménia]. E levei consequências durante dois meses e meio. Nunca fiquei tanto tempo fechada! (Caldas et al., 2011, pp. 1027-1029)

O relato desta jovem permite compreender a complexa e conflitante relação entre o sistema social, judicial e terapêutico, onde os direitos de cidadania apresentam contornos situados nos limites entre o que se considera um direito universal (proteção social e acesso à saúde) e uma situação ilegal face à vida e à saúde das pessoas (restrição da liberdade). Em larga medida, este relato demonstra-se importante para pensar os direitos de cidadania e o acesso à saúde. A proteção estatal revelou-se um espaço de conflito entre estas duas esferas, na medida em que a proteção das pessoas implicou, em simultâneo, uma abertura a outras formas de ser e estar (à diferença de nacionalidade e ao direito de esta pessoa ser protegida e «ter direitos») e um fechamento pessoal ao *eu* (onde a pessoa abdica de alguns direitos – a liberdade – para obter outros – acesso a cuidados obstétricos).

Assente nesta esteira, apresenta-se pertinente analisar a cidadania de custódia (*custodial citizenship*), onde, mais uma vez, se denota a relação conflitante entre o sistema social, judicial e terapêutico:

Dr. Krigsman: This is a photograph of Michelle’s diaper and her diarrhea. (...) I included this slide because I thought that it was important for the Court to see firsthand what the diarrhea was. We’re talking about liquidy stool. If there’s any question in anyone’s mind whether this diarrhea was real, or not real, or semisoft, or otherwise, other various degrees of being formed, this is Michelle’s typical stool (*Cedillo vs Secretary of the Departemet of Health and Human Services of USA*, Day 2).

...

Dr. Mumper: But he doesn't really look at his parents or look at the grandmother, he doesn't really give eye contact at any time. And there is no babble, no vocalizations at all. I reviewed all the videos of Jordan King, I have never heard one word. When there are a few vocalizations they are usually not socially directed and their communicative intent is dubious (*King & Mead vs Secretary of the Departemet of Health and Human Services of USA*, Day 15). (Underman et al., 2017, pp. 13-16)

Nestes dois excertos, retirados do artigo que aborda o processo judicial de pais norte-americanos que processaram o Estado devido a cuidados médicos que potencialmente causaram doenças físicas e mentais graves aos seus filhos/às suas filhas, observa-se um cenário em que os profissionais de saúde procuram decidir quem acede (e quem não acede) aos direitos de cidadania ligados à saúde. No primeiro relato, o médico apresenta provas de como a pessoa apresenta mazelas físicas graves, sendo este um dos motivos para a pessoa aceder aos direitos de cidadania. Já no segundo relato, o psicólogo procura provar que a pessoa já apresentava uma doença mental antes de ter sido submetido ao tratamento nos cuidados médicos públicos, sendo esta a base para não aceder aos direitos de cidadania.

Nesta forma de expressar a cidadania, nota-se que as pessoas consideradas elegíveis pelo Estado (pais, profissionais de saúde, entre outros) reivindicam os direitos daqueles que não são consideradas elegíveis (as crianças, neste caso particular). Por conseguinte, observa-se uma apropriação dos direitos do outro através da apropriação do seu valor biológico, onde especialistas em saúde (médicos, psicólogos, entre outros), especialistas legais (advogados e juízes, por exemplo) e cuidadores/familiares discutem os direitos de uma pessoa sem que esta seja ouvida e decidem sobre aqueles direitos a que (não) pode aceder.

Assim, a arena legal realça a relação conflitante entre direitos de cidadania e saúde no seio do sistema político-legal.

3.2.2.3. A arena política

Tabela 14

Descrição dos artigos referentes à construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde no que respeita à arena política

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Gold (2007)	América do Norte	Projeto de investigação com o objetivo de compreender a construção da cidadania da população Inuit.	Cidadania híbrida
Lakhani & Timmermans (2014)	América do Norte	Projeto de investigação direcionado a compreender a utilização do valor biológico das pessoas em relação com a reivindicação de direitos de cidadania.	Cidadania biopolítica
Bryers-Brown & Trundle (2017)	Oceânia	Projeto de investigação centrado em refletir acerca da cidadania militar da população Māori.	Cidadania militar

A presente subcategoria identifica a contestação social por direitos de cidadania ligados à saúde através da arena política. O primeiro conceito importante surge sob a forma da cidadania biopolítica, isto é, sob a utilização do valor biológico humano como meio para reivindicar direitos de cidadania, como explica um advogado entrevistado num dos artigos:

Attorney: [People] present their biology to another state actor, an expert (usually a physician or another medical professional), who performs a formal classification of their biology that individuals then appropriate to make demands on the state or that the state uses to grant citizenship rights. (Lakhani & Timmermans, 2014, p. 368)

Esta forma de expressar a cidadania implica a politização do corpo e da mente como veículo para aceder aos direitos de cidadania (por parte das pessoas) e como forma de legitimar ações políticas (por parte do Estado), como também se destaca no seguinte excerto:

Again, it is an alleged Omission of the Crown and [from New Zealand's government], not to acknowledge the financial, health, and psycho-social costs experienced by the New Zealand nuclear test veterans and their families, and to give them relief and recognition, by applying the humane and only sensible honorable «benefit of the doubt» clause, with regard to war pensions, and indeed in the area of children's health (Māori veteran statement from Wai 2036). (Bryers-Brown & Trundle, 2017, p. 48)

Este testemunho contribui para destacar a relação entre diferentes tipos de cidadania e a sua conexão com a saúde, onde a utilização do valor biológico humano por parte de certos grupos de pessoas interconecta-se com a ideia de cidadania biopolítica. Neste caso particular, observa-se a interconexão entre a cidadania biopolítica e a cidadania militar, onde uma série de direitos universais se revelam tidos em conta para as pessoas que realizam serviço militar, como é o caso de pensões devido a problemas de saúde causados pela vida militar. Esta reivindicação advém da ideia de um cidadão com um estatuto particular, na medida em que demonstram uma ligação específica ao Estado por via do serviço militar (cidadão-militar), bem como da ideia de politização do corpo e da mente enquanto alvos de risco, de lesão e de morte (cidadão biopolítico). Neste sentido, o direito à saúde revela-se inalienável às funções enquanto cidadão-militar, sendo reivindicado politicamente a partir do princípio do valor biológico humano e da sua relação com os direitos de cidadania, como é o caso do acesso aos cuidados médicos.

Assente nesta esteira, apresenta-se pertinente abordar a contestação social por direitos de cidadania de outros grupos sociais e observar a diversidade de questões que alavancam em termos biopolíticos:

We [Inuit community] adapted the term «aanniajukkuvik»—a place where they look after services that prevent illnesses—that's the translation of «Department of Health and Social Services». ... It used to be—we all woke up, got dressed, went outside, went hunting. You don't know what you're doing—but you're exercising, eating well. They wouldn't look at a person as unhealthy—a fat person or a skinny person. ... It [the integration of a political and health system] has changed my life in some ways. It taught me to be more informed in terms of decisions that are made by our leaders and how it's going to affect us as a public. It made me realize that we have a place in this world as an Inuit group (Inuit participant). (Gold, 2007, pp. 356-359)

O excerto aborda a perceção de uma pessoa da população indígena Inuit acerca do processo de construção de um sistema político e social nesta comunidade assente no sistema de democracia canadiano. Em larga medida, a arena política no seio da relação entre direitos de cidadania e saúde revela um escopo amplo, onde a integração da comunidade Inuit se alimenta das formas de organização do sistema político e social canadiano. Este cenário evidencia uma forma de cidadania híbrida, ou seja, de um modo de organizar a vida política e social que implica, por um lado, um processo de aculturação (vd., Lakey, 2003) das ideias de um outro sistema político e, por outro lado, um processo de emancipação cultural face a essa organização da vida. Por outras palavras, observa-se a construção de um sistema sociopolítico a partir das ideias de um outro sistema, onde, em simultâneo, também se procura manter aspetos da cultura social e humana anteriores a essa construção. Este raciocínio denota-se de forma particular na construção do sistema de saúde Inuit, onde coexiste a cultura de saúde sociopoliticamente codificada como moderna (e.g., hospitais com acesso a medicamentos codificados como modernos) e a cultura de saúde sociopoliticamente codificada como tradicional (e.g., pessoas que praticam atos de saúde com base em medicamentos de origem caseira).

Assim, a arena política permite destacar a relação entre direitos de cidadania e saúde no escopo macro (político), meso (comunitário) e micro (individual).

3.2.2.4. A arena médica

Tabela 15

Descrição dos artigos referentes à construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde no que respeita à arena médica

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Decoteau (2013)	África	Projeto de investigação com o objetivo de compreender a construção da cidadania de pessoas indígenas com VIH/SIDA.	Cidadania biomédica
Rygiel (2016)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de compreender a cidadania póstuma das pessoas migrantes e refugiadas que morreram num naufrágio ocorrido no Mar Egeu a 2 de setembro de 2015.	Cidadania póstuma
Berenschot, Hanani & Sambodho (2018)	Ásia	Projeto de investigação com o objetivo de compreender as relações entre <i>brokers</i> , cidadãos, direitos de cidadania e saúde.	<i>Brokered citizenship</i> (cidadania por via de intermediários)
M'charek & Casartelli (2019)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de compreender a relação entre a ética do cuidado no trabalho forense e a cidadania póstuma das pessoas migrantes e refugiadas que morreram num naufrágio ocorrido no Mar Mediterrâneo a 18 de abril de 2015.	Cidadania póstuma
Ogunrotifa (2020)	África	Projeto de investigação com o objetivo de aprofundar empiricamente o conceito de cidadania farmacêutica.	Cidadania farmacêutica

A presente subcategoria parte do mundo médico para compreender a relação entre direitos de cidadania e saúde:

I have 5 kids, and I'm also living with HIV. There's a problem with regard to checking the CD4 count [a medical way to observe the robustness of the immune system¹⁵]. Every six months, you have to go to check. Sometimes when you go, you are automatically disqualified from receiving a grant. But I'm taking ARVs [antiretrovirals – medication used to treat HIV/AIDS], and you are supposed to eat good food when you are taking ARVs – all the time. So, how am I supposed to eat without any money? (Female participant, FGD).

...

We sell ARVs so that we can buy paraffin. We don't have food, so we buy food. If they give us ARVs, we sell those to get supplies' (Female participant, FGD). (Decoteau, 2013, pp. 419-420)

A partir destes relatos de um grupo de discussão focalizada, observa-se as problemáticas inerentes ao conceito de cidadania biomédica. Esta forma de expressar a cidadania encontra-se relacionada com o biopoder (vd., Foucault, 2008a) do Estado, na medida em que o acesso aos direitos de cidadania está intimamente relacionado com critérios de elegibilidade ditados pela cultura biomédica do Estado. E, em larga medida, a saúde das pessoas encontra-se condicionada à inclusão nestes critérios que, por sua vez, permitem o acesso aos direitos de cidadania.

Neste cenário, sobressai uma realidade dual, onde a cidadania biomédica se revela, por um lado, relacionada com a (não) inclusão em critérios médicos (como no caso da primeira fala) e, por outro lado, apresenta-se ligada à manipulação dos benefícios sociais oriundos desta inclusão para aceder a outros direitos de cidadania (o acesso à alimentação, como dito no segundo relato).

Seguindo esta linha de pensamento, importa notar as problemáticas biomédicas em torno do conceito de cidadania farmacêutica:

Kunbi: I had a wonderful relationship with my brothers and sisters and their respective families. ... To be honest, we loved each other and paid attention to each other's well-being until HIV ensued. ... Then I live a good life. I have money and I don't experience any hardship. ... When I was diagnosed with HIV, I was told there is medication for it. The cost of HIV medication at the time was ₦200,000 [around 445€] per month. I sold my land, my house and car to buy the drugs. ... In my family house, I faced a lot of hatred and prejudices from my family member. While foods are served with ceramics/stainless plates with other members of the family, they serve me with plastic/rubber plates, rubber cups and rubber spoons. ... [They] said that I am not entitled to use them because very soon I will die. ... One day I told my immediate senior brother that I'm hungry and that he should give me money to buy food. But he said that I should go back to where I got my ill-luck (HIV) from and asked them to feed me. That word that came out from my direct brother made me to weep profusely, and I thought of committing suicide. ... I hung myself with a rope on a tree, it was people from nearby church that came to the rescue. Because of this, I was placed on suicide watch. ... After spending all my money on medications, it came to a point that I came out and went to ministry of women and youth affairs and disclosed my HIV status, the state government gave me an apartment to live and enrolled me on free antiretroviral therapy programme where I was given drugs every three months. ...

¹⁵ Uma contagem de CD4 (um tipo de glóbulos brancos ou leucócitos) entre 500 e 1600 células/mm³ evidencia um sistema imunitário dito saudável e uma contagem de CD4 inferior a 200 células/mm³ aponta para uma infeção com VIH/SIDA (World Health Organization [WHO], 2022). No continente africano, aquando da realização do estudo, as pessoas com uma contagem de CD4 superior a 200 células/mm³ não se encontravam elegíveis para receber um subsídio do Estado devido à sua condição de saúde frágil.

After observing me for about 4 years and I am still alive, my brother (who refused to give me money for food) and his wife came to my house to apologise on behalf of the family and reconciled with me. All family members changed their attitude towards me, and we became family again. (Ogunrotifa, 2020, pp. 16-19)

A partir deste excerto realça-se que os direitos de cidadania também se apresentam ligados à pertença social a diferentes grupos, tais como o grupo familiar, o grupo de pares, o grupo de trabalho, o grupo religioso, o grupo digital, o grupo desportivo, o grupo cultural, o grupo da nação/do Estado, entre outras redes que se constituem enquanto grupos da sociedade. Por conseguinte, a exclusão de um destes grupos acarreta efeitos significativos na vida das pessoas, conduzindo a um processo gradual de marginalização social (vd., Pelc, 2017; Cullen & Pretes, 2000). Em contrapartida, a reintegração num destes grupos alavanca a possibilidade de reintegração social (vd., Pierzchala, 2015). Em larga medida, o (não) acesso a medicamentos facilita (ou obstaculiza) estes processos de exclusão-inclusão social (vd., Magalhães e Stoer, 2005b), de forma que a exclusão num grupo (no caso do relato, o grupo familiar) não implica a exclusão em todos os outros grupos (o Estado/a nação, como no exemplo citado). Assim, esta relação complexa e tensa entre exclusão e inclusão nos diferentes grupos da sociedade revela-se um elemento marcante da reivindicação de direitos de cidadania, no sentido em que estes se revelam armas sociopolíticas para facilitar a reintegração social.

De acordo com esta linha de ideias, a análise dos artigos permite ainda destacar, além do Estado, outras pessoas enquanto agentes com poder de decisão no que respeita à facilitação ou obstrução do acesso ao direito à saúde – os *brokers* (intermediários):

If they [hospital staff] keep insisting that it is not possible, then I will go on and argue harder, usually by telling them that this is a public hospital, and funded by us [the citizens] through taxes, so they should give better service to citizens. I also said that BPJS [an Indonesian social security program] is a government program anyway, so they should honour it. Usually, after arguing, the hospital staff relent (Ibu Elly). (Berenschot et al., 2018, p. 135)

Os *brokers* apresentam-se ligados a entidades não-governamentais ou governamentais que auxiliam as pessoas a reivindicarem direitos por via de contactos sociais (políticos, profissionais de saúde, entre outros) e através do apoio na navegação pelos procedimentos burocráticos (leis, sistema de saúde, entre outros). Estes intermediários vernaculizam os direitos de cidadania ligados à saúde, isto é, permitem assegurar os meios para que as pessoas acedam aos cuidados médicos, agilizando a marcação de consultas de especialidade no hospital, facilitando o acesso a cuidados médicos em casos de estatuto ilegal, entre outras situações.

Como tal, a ação dos *brokers* flexibilizava os direitos de cidadania, surgindo a ideia de uma cidadania por via de intermediários (*brokered citizenship*). Embora estas pessoas contribuam para promover o acesso a direitos, estes, em certa medida, apresentam-se também assegurados pela mediação de relações pessoais de outra forma inacessíveis para os cidadãos, denotando-se na sua ação uma forma de desempoderamento (vd., McKenry et al., 2006; Susen,

2009; Berti & Simpson, 2021). Aliado a esta situação, a relação entre cidadãos e *brokers* revelou-se ligada a uma ação política, na medida em que os políticos se associavam aos *brokers* para garantir votos e estes aliavam-se aos políticos para continuar a garantir o seu lugar privilegiado enquanto intermediários no acesso aos direitos de cidadania. Assim, observa-se a complexa rede de relações em que assenta a ligação entre direitos de cidadania e saúde.

Por último, importa reconhecer que esta rede de relações se revela de tal forma complexa e profunda que se nota o acesso aos direitos de cidadania no momento da morte – cidadania póstuma. Em larga medida, esta forma de cidadania observa-se em catástrofes marcantes, como no caso de naufrágios de embarcações que transportam centenas de migrantes e refugiados.

Neste contexto, a pessoa que morre adquire a subjetividade legal¹⁶, que em muitos casos não adquiriria em vida, através do reconhecimento universal pelo cuidar da pessoa que morre e em dignificar o ser humano no momento da sua morte, como se nota nas palavras de um bombeiro envolvido no resgate dos corpos das pessoas que morreram num naufrágio no Mar Mediterrâneo: “We had to lie across [the dead bodies] to pull them up, but we never walked on them. ... Out of respect, no firefighter ever stepped on a body (Firefighter)” (M’charek & Casartelli, 2019, p. 748).

A partir destas ideias, denota-se que a pessoa morta adquire ainda um significado social por via do reconhecimento da sua identidade e da sua história de vida, como descreve uma pessoa entrevistada:

Some [people] have names because we learn their names, but others have numbers because they do not have any documents. Listen, this is normal. If I do not have any name, I have the DNA. I give a number to this DNA. If, after years, somebody says I lose my child or I lose a relative, they take the DNA, so they can find that number (...) and they can come and they can take (Interview). (Rygiel, 2016, p. 555)

Assente neste racional, o conjunto destes procedimentos éticos, legais e socio-humanos reconhece à pessoa que morre o «direito a ter direitos» (vd., Arendt, 1958). Em larga medida, os direitos da pessoa que morre surgem associados a uma agência (vd., Giddens, 1991; Ahearn, 2001; Gofman, 2002; Frank, 2006; Dubar, 2008) legitimada pela sua morte e assegurada pelo Estado e pela humanidade, como se denota nas palavras do primeiro-ministro italiano aquando do naufrágio no Mar Mediterrâneo: “The hundreds who lost their lives off Lampedusa yesterday are Italian citizens as of today (Prime Minister)” (M’charek & Casartelli, 2019, p. 749). Em larga medida, a morte marca um momento de transgressão na lógica do Estado contemporâneo em relação à cidadania, onde a desresponsabilização do Estado pelas pessoas que entram

¹⁶ Entende-se subjetividade legal enquanto uma forma das pessoas e grupos recorrerem à lei para reivindicarem direitos e assenta na relação pré-estabelecida entre a lei e as pessoas a partir da construção da cidadania e da democracia. Neste caso particular, este conceito transcende ambas as partes (a lei e os seres humanos), na medida em que se reconhece a dignidade humana enquanto valor universal e inalienável (Pessers, 2016).

ilegalmente no seu país não se revela universalmente aceite no que respeita às pessoas que morrem no seio do seu território, como evidenciado por um autor:

The victims of the shipwreck were made members of a community through the care of various actors who worked all summer on a voluntary basis, from firefighters who laid beside the bodies to recover them and made sure not to step on them, ... to those who washed the bodily remains and personal belongings to produce good evidence. The dedicated care of these forensic practitioners made the victims new citizens, *post mortem* (Field notes). (M'charek & Casartelli, 2019, p. 755)

Neste cenário, a pessoa que morre adquire um novo estatuto de cidadania, onde o cuidar do corpo que morreu e o direito a um funeral digno se apresentam como oportunidades ambíguas e paradoxais de reconhecer *post mortem* (alguns d)os direitos de cidadania contestados pelas pessoas em vida.

Assim, a arena médica contribuiu para aprofundar a reflexão ao nível da ligação entre pessoas e Estado, possibilitando um entendimento amplo das questões sociais e políticas em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde.

3.2.2.5. A arena da(s) sexualidade(s) e das relações de intimidade

Tabela 16

Descrição dos artigos referentes à construção de (direitos de) cidadania no campo da saúde no que respeita à arena da(s) sexualidade(s) e das relações de intimidade

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Fonseca, Araújo & Santos (2012)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender a construção da cidadania sexual e íntima de pessoas jovens do sexo feminino grávidas.	Cidadania sexual e íntima
Monro & Van Der Ros (2018)	Europa	Projeto de investigação com pessoas transgénero para compreender os efeitos nas suas vidas da perspetiva médico-legal em relação aos direitos de cidadania.	Cidadania transgénero
Monro, Crocetti & Yeadon-Lee (2019)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de compreender os contornos da cidadania intersexo face aos direitos legais, reprodutivos, íntimos e sexuais, e de acesso à saúde em três lugares distintos: Itália, Reino Unido e Suíça.	Cidadania intersexo

A presente subcategoria contribuiu para identificar quatro formas de expressar a sexualidade e a intimidade interconectadas com a contestação por direitos de cidadania. A partir da análise dos artigos, importa discutir a construção de diferentes formas de intimidade (vd., Brown, 2001; Guiddens, 1992a, b) e de sexualidade (vd., APA, 2015; Tolman et al., 2014), ou seja, de diferentes formas de viver as experiências sexuais (e.g., a equidade na busca pelo prazer), a construção da identidade de género (pessoas gays, pessoas lésbicas, pessoas transexuais, entre outras formulações) e a construção das relações humanas ligadas à vida íntima (e.g., a negociação de poder). Em larga medida, estes conceitos carregam em si a ideia da

democratização das relações humanas (e.g., a não discriminação por relação à sexualidade no acesso aos direitos de cidadania) e do corte com a normatividade de certas noções sociais (e.g., a sexualidade heteronormativa):

He is not my lord. I told him: “Do you come to command because you are a man? You are no more than I am, we are equals”. He said immediately: “Who wears the trousers?”. I replied right away: “It’s me. Don’t you see that I wear the trousers?”. He thought that I was like the other girls who would be quiet (Anabela). (Fonseca et al., 2012, p. 653)

O excerto permite apoiar a reflexão anterior, na medida em que a reivindicação da equidade nas relações de intimidade e sexuais, na situação apresentada entre pessoas de sexo feminino e pessoas de sexo masculino, apresenta efeitos no acesso aos direitos de cidadania relacionados com a saúde, como é o caso do acesso à contraceção sexual: “When I started to have sex with [my boyfriend], mother took me to a woman doctor. ... From then on, I took the pill (Sara)” (Fonseca et al., 2012, p. 655). Neste cenário, o acesso à contraceção sexual, em larga medida, uma reivindicação em termos de cidadania sexual, permite realçar o poder de tomada de decisão das pessoas de sexo feminino sob as suas vidas no contexto de uma relação íntima com pessoas de sexo masculino, em larga medida, uma reivindicação no que respeita à cidadania íntima.

A par desta discussão, apresenta-se relevante olhar também para os contornos da cidadania transgénera e da cidadania intersexo. Em primeiro lugar importa caracterizar estes dois grupos. Neste sentido, as pessoas transgéneras identificam-se segundo um género diferente daquele que seria representado pelo seu sexo (masculino ou feminino) e as pessoas intersexo apresentam características biológicas de ambos os sexos (masculino e feminino), podendo identificar-se segundo diferentes formas.

Com estas ideias em mente, importa destacar que as pessoas destes grupos experienciam uma série de barreiras no acesso aos direitos de cidadania e, em muitos casos, vivem momentos de violência ao longo da vida:

I carry out a large number of genitoplasty operations when the children are no more than one year old ... then before menarche run a check in the operating room and if there is a vaginal tightening we re-operate. This is so the girl feels alright [sic], instead of waiting and saying “well if she starts being sexually active then we’ll perform surgery” but this makes our girls feel blocked when approaching the opposite sex, because they feel inadequate (Paediatric urologist, Italy). (Monro et al., 2019, p. 791)

O profissional de saúde entrevistado ilustra um cenário onde uma série de decisões significativas para a vida da pessoa intersexo são tomadas por si, em particular, decisões relacionadas com o seu corpo. Tal forma de agir condiciona o acesso aos direitos de cidadania das pessoas intersexo, a título de exemplo, ao nível da parentalidade:

She [intersex person] wanted to have children, married and everything and these children never, never arrived, and she was like, “well, but how come?”, but this was because, fundamentally, they had never told her the truth, [that she was sterilized when she was a baby] (Luca, Psychologist and Sexologist). (Monro et al., 2019, p. 792)

Esta pessoa entrevistada relata um caso em que o acesso à parentalidade se apresenta condicionado para uma pessoa intersexo por ações externas a si, neste caso por ações tomadas pela família.

Assente nesta esteira, as pessoas transgéneras e intersexo enfrentam barreiras sociais, culturais e legais no acesso aos direitos de cidadania, como notam duas pessoas entrevistadas:

One of the big issues I've personally faced is my birth certificate, that was one issue that affected me during my childhood. Because I was registered male at birth and for the first year of my life was, I was male, when the surgeons convinced my parents to bring me up as female, I still had a male birth certificate and it is incredibly difficult to change a birth certificate (Joe Holliday, Intersex, UK). (Monro et al., 2019, p. 788).

I was referred to the clinic in 2003, and it took to 2007 to get the message that I was a gender-disturbed man, not a woman. In the meantime, I was discriminated [against], subjugated, made invisible. ... I did not exist as a woman for them (trans* woman in her mid-40s). (Monro & Van Der Ros, 2018, p. 65)

Nestes casos, a pessoa intersexo enfrenta barreiras em harmonizar o sexo inscrito na sua certidão de nascimento com a sua identidade de género. E a pessoa transgénera experiencia obstáculos em ver reconhecida a sua identidade de género nos serviços de saúde e pelos profissionais de saúde que a acompanham. Em larga medida, o acesso das pessoas intersexo e transgéneras aos direitos de cidadania ligados à saúde revela-se condicionado por uma série de práticas sociais, culturais e legais.

Assim, a arena da(s) sexualidade(s) e das relações de intimidade permite alargar a reflexão acerca de direitos de cidadania e saúde para um campo social e humano de particular foco nos últimos anos ao nível global.

Em jeito de síntese, as arenas descritas possibilitam uma compreensão profunda da relação entre direitos de cidadania e saúde, nomeadamente, no que diz respeito aos processos de participação na vida social e política, nos meios de reivindicar direitos de cidadania ligados à saúde, e nas formas de expressar e vivenciar a cidadania por relação ao campo da saúde.

3.2.3. A participação cidadã a partir do olhar da saúde

A presente categoria oferece uma perspetiva sobre as diferentes formas de as pessoas participarem na vida e revela as implicações dessa participação no acesso aos direitos de cidadania ligados à saúde, onde diferentes contextos permitem um olhar particular para as ações cidadãs.

A análise dos documentos permite distinguir entre cidadão ativo, aquele que participa em cenários sociais previamente estabelecidos, como é o caso do voluntariado em organizações não governamentais, e cidadão ativista, aquele que procura criar cenários sociais que rompam

com as normas estabelecidas, por exemplo, o voluntariado humanitário que sucede no interior de nações que proíbem este tipo de suporte (Isin, 2008a). Independentemente da tipologia em que se alocam, os atos de cidadania¹⁷ realizados pelas pessoas procuram questionar a lei vigente, chamando o contexto político a prestar contas.

A seguir, exploram-se estas possibilidades a partir do olhar da saúde nas arenas política, e social, comunitária e pessoal, bem como através do ativismo profissional em contextos de saúde e sociais.

3.2.3.1. A arena política

Tabela 17

Descrição dos artigos referentes à participação cidadã na arena política

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Gooldin (2013)	Ásia	Projeto de investigação centrado em compreender o debate político no parlamento israelita acerca do acesso à fertilização <i>in vitro</i> como meio de reivindicar o direito à parentalidade.	Identificação de efeitos sociopolíticos da participação dos cidadãos na construção de medidas políticas.
Whittaker & Leng (2016)	Ásia	Projeto de investigação centrado em analisar o turismo médico enquanto ato de cidadania social.	Turismo médico enquanto ação cidadã.

A presente subcategoria procura explorar a relação entre a reivindicação de direitos de cidadania ligados à saúde e a participação cidadã a partir do contexto político. A seguir, ilustra-se um caso onde se observa um efeito sociopolítico significativo da participação dos cidadãos na construção de medidas políticas:

My grandmother's dream is to see her granddaughter bring a child into the world. For us, [the cutbacks] are a death sentence to all of us in the family. I want my grandmother to enjoy the privilege of seeing a great-grandson and continuity. She lost everyone in the Holocaust. They executed all her brothers in front of her eyes (Israeli citizen).

...

There is something malignant about infertility because it spreads emotionally, socially and through the family. As we have heard during some very emotional testimonies, the entire family unit and environment suffer. It [becomes] the everyday ultimate thing; people think only about how to have children both as a fundamental right, because every man and woman wants to be a parent, and because they want to get out of [a situation in which they are susceptible to] social and emotional distress. So many families have broken up because of this. This has malignant social and emotional consequences of the highest level. Therefore, we should not be cowed by talk of cancer. Funds must be allocated to terminal cancer patients as well as to the possibly terminal state of the family, as emotionally

¹⁷ Entendem-se atos de cidadania/ações cidadãs enquanto atos praticados por pessoas ou grupos (os atores) que procuram transformar as formas (e.g., orientações sociais de como agir) e os modos (de ser e estar enquanto pessoas – migrantes, imigrantes, trabalhadores, entre outros) de se construir a cidadania, a partir de outras formulações de reivindicação social (por direitos e responsabilidades), onde surgem novos atores e se transformam outros, e onde se constroem novos cenários sociais e se reconfiguram outros (Isin, 2008b). Assente nestas ideias, entende-se a participação cidadã enquanto expressa através de atos de cidadania, onde os espaços público e privado se interconectam por via de diferentes meios de ação e de comunicação (Bonner, 2008).

expressed by the woman who has no more descendants on her mother's side of the family because of the Holocaust (Chief of the Committee on the Status of Women). (Gooldin, 2013, p. 95)

Em larga medida, este caso permite notar que a contestação social pelo acesso à fertilização *in vitro* como meio de aceder ao direito à parentalidade alavancou formas de legitimação política do discurso dos cidadãos, assim como destacou a utilidade da participação cidadã para alavancar um processo de construção assente na democracia. Neste sentido, os cidadãos revelaram-se pessoas com agência suficiente para promover a mudança social.

Nesta linha de reflexão, importa destacar o artigo de Andrea Whittaker e Chee Leng (2016) que realça o caso do turismo médico, ou seja, o processo de viajar para o espaço transnacional de forma a obter cuidados médicos em melhores condições de serviço ou inacessíveis de outra forma.

Aliado a esta ideia, os artigos destacam o conceito de cidadania biológica flexível enquanto ato de cidadania. Por outras palavras, realçam a negociação entre Estado(s) e cidadãos acerca dos direitos e responsabilidades de cidadania conectados ao atual mercado de saúde global, onde a mobilidade transnacional das pessoas se revela um processo de mercantilização da saúde, em que esta mobilidade é tida em conta pelos cidadãos enquanto um meio para acumular valor biológico, isto é, para preservar/melhorar a sua saúde, e pelo(s) Estado(s) enquanto forma de aumentar o capital económico por via do investimento de cidadãos internacionais no serviço nacional de saúde. Não obstante, ambas as partes procuram assegurar o direito à saúde.

Por conseguinte, os artigos denotam que a responsabilização pela saúde das pessoas não se revela apenas atribuída ao governo nacional, mas também ao contexto transnacional, evidenciando que existe uma relação delicada entre a saúde enquanto direito social e a saúde enquanto serviço economicamente rentável.

Assente nestas ideias, os artigos evidenciam as diferentes formas utilizadas pelas pessoas para responderem de forma fluída às situações sociopolíticas, de modo a reivindicarem transnacionalmente o direito à saúde. Em primeiro lugar, surge a ideia de cidadãos cosmopolitas que, pelo pendor da sua vida laboral, apresentam à sua disposição oportunidades para aceder aos serviços de saúde em outros países (e.g., seguros de saúde por via do trabalho). Em segundo lugar, nota-se a centralidade da procura transnacional, por parte dos cidadãos, de tratamentos considerados ilegais a nível nacional (e.g., mudança de sexo). Em último lugar, observa-se que os cidadãos tomam a iniciativa de procurar transnacionalmente cuidados de saúde inexistentes no seu país, seja por via dos seus recursos económicos, seja por via do Estado (*medical outsourcing*/terceirização médica).

Assim, estas ideias permitem compreender que os direitos de cidadania, particularmente os direitos de acesso à saúde, se encontram intimamente relacionados com o contexto político, visto que este molda a relação entre ambas as partes em termos de uma flexibilização do conceito de cidadania. Por outras palavras, os cidadãos reivindicam o direito à saúde através do recurso a serviços médicos transnacionais, uma vez que o Estado obstrui o acesso aos direitos de cidadania ou não se apresenta capaz de os garantir. Como consequência, esta ação por parte das pessoas fomenta processos em que os cidadãos reconhecem a si mesmos certos direitos que o Estado a que pertencem não lhes reconhece, sendo os primeiros a procurar de forma fluída o seu reconhecimento. Contudo, estes processos acartam alguns riscos, como a impossibilidade de acompanhamento médico ao nível nacional ou de reconhecimento legal de dado procedimento médico realizado transnacionalmente, a título de exemplo.

Assim, esta subcategoria permite delinear diferentes formas de relação entre a participação cidadã e a reivindicação de direitos de cidadania ligados à saúde a partir do contexto político.

3.2.3.2. A arena pessoal e social

Tabela 18

Descrição dos artigos referentes à participação cidadã na arena pessoal e social

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Barnes & Shardlow (1997)	Europa	Projeto de investigação centrado na análise das ações de cidadania realizadas por associações de utentes (<i>users organizations</i>) localizadas no continente europeu.	Identificação de ações de cidadania realizadas por associações de utentes (<i>users organizations</i>): divulgação de informação, facilitação da integração social e promoção do desenvolvimento pessoal.
Higgins (1999)	América do Norte	Projeto de investigação com o objetivo de refletir acerca da participação cidadã nas políticas de saúde.	Estatuto socioeconómico enquanto fator determinante da participação cidadã.
Barnes (1999)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de refletir acerca da ação sociopolítica das associações de utentes (<i>users organizations</i>) localizadas no continente europeu.	Associações de utentes (<i>Users organizations</i>) enquanto grupos de interesse com poder de influenciar a mudança sociopolítica.

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Valokivi (2004)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender a participação de pessoas idosas no acesso a cuidados de saúde.	Tipologia da ação cidadã de pessoas idosas no acesso à saúde: desengajamento passivo, contacto formal, cooperação e negociação, exigências e desengajamento ativo.
Pais, Guedes & Menezes (2012)	Europa	Projeto de investigação centrado na reflexão acerca das formas de empoderamento que crianças e adolescentes com doenças crónicas utilizam para aceder aos direitos de cidadania.	Tipificação de formas de empoderamento que facilitam o acesso aos direitos de cidadania: o empoderamento interacional, o empoderamento comportamental centrado no <i>eu</i> e o empoderamento comportamental centrado nos <i>outros</i> .
Macgregor (2020)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de compreender as experiências de pessoas com doenças mentais nas audiências do <i>Mental Health Tribunal</i> na Escócia.	Advocacia em saúde enquanto participação cidadã.
Sayani & Silke (2020)	América do Norte Europa	Projeto de investigação centrado na análise das ações de cidadania realizadas por associações de utentes (<i>users organizations</i>) localizadas no continente europeu e americano.	Identificação de ações de cidadania realizadas por associações de utentes (<i>users organizations</i>): divulgação de informação, reivindicação de direitos de cidadania e financiamento de investigação em saúde.

Assente na reflexão que se tem vindo a realizar, importa destacar que as pessoas também reivindicam os direitos de cidadania ao nível pessoal, onde a negociação pelos cuidados de saúde adota uma interação de cidadão-consumidor (também latente em alguns aspetos do turismo médico), ativo no processo e com poder de decisão e de contestação.

Neste sentido, Heli Valokivi (2004) destaca uma tipologia para a participação cidadã das pessoas na reivindicação do direito à saúde, particularmente no que respeita ao acesso a cuidados médicos: por «desengajamento passivo» (os direitos de cidadania tornam-se ocultos quando o cidadão deixa de procurar os serviços de saúde e, de forma recíproca, os serviços também deixam de procurar o utente, havendo um desligamento mútuo), por «contacto formal» (os direitos de cidadania apresentam-se garantidos por via do contacto direto com a entidade que fornece os cuidados médicos de forma regular), por «cooperação e negociação» (os direitos de cidadania encontram-se assegurados por via da cooperação entre pessoa doente, entidade de saúde e família, onde os cuidados médicos são negociados), por «exigências» (os direitos de cidadania revelam-se assegurados por via da contestação efetiva desses direitos, por exemplo, sobre a forma reclamação) e por «desengajamento ativo» (os direitos de cidadania tornam-se

ocultos quando o cidadão ativamente se distancia dos serviços de saúde; no entanto, nesta tipologia o utente procura outro lugar com cuidados médicos semelhantes para o auxiliar).

Com base nesta discussão, nota-se que a participação cidadã se encontra intimamente ligada às questões do empoderamento (vd., Rappaport, 1981; Lincoln et al., 2002). Neste sentido, o artigo de Sofia Pais, Margarida Guedes e Isabel Menezes (2012) permite tipificar este conceito, relacionando-o com a saúde e os direitos de cidadania. Nesta linha, surge o conceito de «empoderamento interacional», que se observa quando a interação com outras pessoas (amigos, a título de exemplo), grupos (associações, a título ilustrativo) ou instituições (centros de saúde, por exemplo) fomenta a reivindicação de direitos de cidadania: “When I went to the pharmacy and found out that my daughter’s medicine was not being made available for free as it was required by law, I contacted a support association (Mother E)” (Pais et al., 2012, p. 138).

Também se nota o surgimento da ideia de «empoderamento comportamental centrado no *eu*», que se evidencia aquando da oportunidade de uma pessoa tomar decisões acerca da sua saúde no momento em que acede aos direitos de cidadania (optar por determinado profissional de saúde em detrimento de outro, sentindo que a sua voz é tida em conta, a título ilustrativo): “[M]y voice was heard when I had my son at the [Downtown Eastside hospital] (Super woman)” (Salmon, 2007, p. 282).

E ainda importa notar o conceito de «empoderamento comportamental centrado nos *outros*», que se revela na oportunidade em apoiar outras pessoas em situações de vida similares face ao acesso aos direitos de cidadania (oportunidade de uma pessoa com condições físicas apoiar outra pessoa com condições físicas, a título exemplificativo): “I volunteer on a steering committee in my local council. The things you do impact upon other people in the community, even though you are behind the scene (Interview #7)” (Yeung et al., 2008, p. 69).

Assente nesta reflexão, os artigos de Marian Barnes e Polly Shardlow (1997), de Marian Barnes (1999) e de Sayani Mitra e Silke Schicktanz (2020) complementam as ideias acima enunciadas, na medida em que contribuem para refletir sobre o papel das «associações de utentes» (*users organizations*)¹⁸ enquanto um grupo de interesse com poder social e político capaz de alavancar processos de mudança social através de uma série de atos de cidadania, como no apoio à reivindicação de direitos de cidadania de diferentes grupos da sociedade, particularmente no campo da saúde:

I think it is very easy for professionals to write a really glowing document saying this is what we are providing, but if the end result is that it is not what is really happening, then they have to be made accountable for that particular statement and so one of the roles I think we play is to actually challenge

¹⁸ Genericamente falando, consiste em qualquer tipo de grupo – associação, organização, fundação, sociedade, entre outros – organizado com o fim de reivindicar os direitos de dada comunidade social (Mitra & Schicktanz, 2020). A título de exemplo, Associação Portuguesa de Fibromialgia, Australian Association for Infant Mental Health, entre outras.

the quality assurance issues, for instance, laid down in the contract between the mental health unit and the purchasing group of the health authority. And if they don't meet that then we will actually raise it both with the purchaser and say, you know, what are you going to do about this?' (Mental health activist). (Barnes, 1999, p. 84)

As ações de cidadania observadas nestes contextos de advocacia revelam-se perspetivadas pelos utentes enquanto um apoio significativo para a sua contestação social por direitos de cidadania: “[Advocates] are good at putting things into proper words. Like, you can say something to them and then they’ll put it into a presentable case, you know? (Craig)” (Macgregor, 2020, p. 162).

Mas também se revelam centrais na divulgação de informação acerca dos direitos de cidadania e na facilitação da integração social de pessoas em situação de vulnerabilidade:

Ativist 7: [We’ ve] done a lot of work this year on re-housing, benefit rights, getting people on proper benefits and getting a better quality of life for people, and making them aware of what they can claim (Mental health group 2). (Barnes & Shardlow, 1997, p. 296)

E ainda na promoção do desenvolvimento pessoal e no financiamento da investigação científica nas áreas da saúde e da cidadania: “Activist 16: For me the important bit is to work at the end of empowerment which relates to employment, involvement in citizenship roles, leisure, education and training (Mental health group 3)” (Barnes & Shardlow, 1997, p. 296).

Por último, importa destacar a influência do estatuto socioeconómico na participação cidadã. O artigo de Joan Higgins (1999) permite observar que a garantia do direito à saúde através do acesso a cuidados médicos apresenta-se influenciada por este fator. A autora destaca ainda a prevalência de pessoas de estatuto socioeconómico considerado elevado ligadas à gestão das organizações de voluntariado, sendo este um obstáculo à participação de pessoas em situação de vulnerabilidade social em lugares de tomada de decisão.

Assim, esta subcategoria permitiu elucidar acerca da relação entre a participação cidadã e a reivindicação de direitos de cidadania ligados à saúde no seio da arena pessoal e social.

3.2.3.3. O ativismo profissional em contextos de saúde

Tabela 19

Descrição dos artigos referentes ao ativismo profissional em contextos de saúde

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Pols (2006)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender a construção da cidadania de pessoas com doenças mentais institucionalizadas em hospitais psiquiátricos através da lente do ato de tomar banho.	Tipos de ação cidadã realizadas por profissionais de saúde mental em contexto de hospital psiquiátrico.
Castañeda (2013)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de refletir acerca do ato de voluntariado em contexto de saúde enquanto ação de cidadania.	Voluntariado em saúde enquanto participação cidadã.

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Nading (2013)	América do Norte	Projeto de investigação focado na análise da ação profissional e social de médicos(as) inseridos num projeto de saúde comunitário.	Tipologia da ação cidadã dos profissionais sociais e de saúde em contexto comunitário: cidadão-exemplo e cidadão-profissional.
Stillo (2015)	Europa	Projeto de investigação com pessoas com tuberculose hospitalizadas em antigos sanatórios romenos acerca do acesso aos direitos de cidadania, em particular, o acesso ao direito à saúde.	Estratégias de «subversão responsável» no campo da saúde.
Hamer, Rowe & Seymour (2019)	América do Norte	Projeto de investigação direcionado para o estudo acerca dos atos de cidadania realizados por profissionais de saúde em contexto clínico.	A «subversão responsável» enquanto estratégia de ação cidadã empregue por profissionais de saúde em contexto de saúde.

A presente subcategoria procura explorar a ação cidadã dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, cuidadores formais, entre outros) enquanto forma particular de promover a cidadania assente em ações cidadãs específicas. Nos contextos de saúde «hospitalares», as formas de participação cidadã levadas a cabo por profissionais de saúde evidenciam-se sob a forma de estratégias de «subversão responsável», onde estes profissionais enquadram clinicamente e organizacionalmente ações cidadãs que procuram romper com as práticas biomédicas usualmente aplicadas, levando em conta outras possibilidades de promover o acesso aos direitos de cidadania a pessoas em situação de vulnerabilidade:

In my previous job, I would finagle the diary and switch it around so patients who unexpectedly turned up with acute pain problems would get into the [orthopedic] doctor's room quicker. I witnessed the doctors doing that. And here too, the staff take extra time with service users, nurses go the extra mile to make the person comfortable (Health professional). (Hamer et al., 2019, p. 300)

A partir deste excerto observa-se uma forma de subversão responsável por via de uma priorização médica distante dos protocolos usualmente utilizados nos hospitais. No entanto, estes atos de cidadania também se estendem além das fronteiras hospitalares para os cenários sociais:

I have taken a person out for a fudge sundae, you should have seen the look on her face. ... The moving part of this was that she said, "people actually served us food!". When was the last time she ever ate with somebody? [Inclusion] is being served; I serve them (Lola). (Hamer et al., 2019, p. 300)

Neste relato, o profissional de saúde de uma casa geriátrica para pessoas com doenças mentais procurou, num dos momentos de lazer e de interação social, acompanhar um utente para um passeio fora da instituição, aproveitando a formalidade desta ação para introduzir, de forma subversiva, contextos sociais que promoveriam o bem-estar da pessoa, mas que não se encontravam regulamentados e autorizados formalmente. Assente nesta ação, levantam-se questões em torno das razões que levam estes contextos de saúde a descartar os locais externos enquanto lugares habituais da vida quotidiana dos utentes.

Com base nestas ideias, as estratégias de subversão responsável não se esgotam no contexto das micro interações, mas também se evidenciam ao nível meso e macro das relações:

Mircea stares off The Pines Tuberculosis Sanatorium balcony. He tells me that in the valley below he once had a family and worked as a miner and then at a collective farm. Now he is alone and unwanted. His blue eyes swell up with tears and he tells me, “we are the losers of socialism, there is no hope for us”. He continues: “We are losers in society, and when you see yourself, the way you are now, and you know what you used to be, when you mattered, and worked, it’s hard for you. This is why we say we are embarrassed, because you don’t matter anymore, to anybody”. 55-year-old Mircea spent the last four years of his life here, abandoned by his family, dying of [tuberculosis]. When I asked his doctor when he would go home, she replied, “Home? To what? ... He is a social case [meaning he lacks social and economic resources], I cannot discharge him” (Field notes).

...

We can treat them in the hospital, but then what? They return to the same conditions that caused their illness in the first place (Doctor).

...

Tudor, a former plumber, had lived on the street for twelve years before arriving at the sanatorium. He was so ill with [tuberculosis] he only weighed 107 pounds [$\approx$ 48,5 kg]. He had no possessions, not even an ID card [identification card], and was wearing items donated by patients and staff – a pair of pyjamas several sizes too large and a pair of women’s bright pink slippers. Even though he was 50, he looked much older. Tudor’s greatest problem was his homelessness. At the sanatorium, where he had shelter and food, he quickly became [tuberculosis] negative and gained twenty pounds [$\approx$ 9 kg] in two months (Field notes). (Stillo, 2015, pp. 132-136)

A partir desta vinheta evidencia-se a relação complexa e tensa entre os direitos de cidadania e a saúde, onde os processos clínicos, simultaneamente, facilitam a exclusão e a inclusão das pessoas em diferentes esferas da vida.

Por um lado, observamos que o acesso ao direito à saúde permite aceder a cuidados médicos (as pessoas recebem tratamento médico especializado para a tuberculose), a uma forma de habitação (as pessoas, em larga medida, vivem nestes antigos sanatórios) e a alimentação (as pessoas recebem diversas refeições por dia nestes espaços) que promovem a saúde das pessoas e abrem uma janela de oportunidades para as mesmas reintegrarem a sociedade. No entanto, a situação de vida das pessoas que recebem estes cuidados médicos caracteriza-se pela dificuldade em aceder a recursos sociais e económicos (ao trabalho, ao suporte familiar, entre outros). Tal situação origina processos de exclusão social. E assente nestas condições de vida, as instituições e os profissionais de saúde manuseiam os recursos sociais, económicos e humanos concedidos pelo Estado através do acesso ao direito à saúde para facilitar o acesso a outros direitos de cidadania, como a habitação e a alimentação, como se denota no discurso dos médicos e nas notas de terreno. E, no caso de Tudor, revelou-se promotor de uma condição de vida e de saúde significativamente dita positiva face à situação em que se encontrava anteriormente.

Por outro lado, o acesso a diferentes direitos de cidadania facilitado pelo acesso ao direito à saúde acentua a situação de vida marcada pela vulnerabilidade em que as pessoas se

encontram, particularmente, acentua a exclusão da sociedade, como destacado no caso de Mircea.

Assente neste racional, um dos artigos incluídos permite salientar uma outra forma subtil das pessoas em situação de vulnerabilidade social e com um estado de saúde fragilizado¹⁹ reivindicarem direitos de cidadania – o momento do banho, em particular, as micro ações associadas ao ato de tomar banho, como descritas através do artigo de Jeannette Pols (2006).

Em larga medida, o banho integra a privacidade individual das pessoas e a forma como se apresenta desenvolvida revela efeitos nas capacidades de autonomia. Nesta linha, em cenários de saúde onde as pessoas se encontram numa situação de vulnerabilidade, a cidadania revela-se construída pelo acesso a oportunidades de se tornar uma pessoa autónoma através das práticas subjacentes ao ato de tomar banho, como destaca uma enfermeira:

Care used to be a group event, you went to the shower as a group, so to speak. In a huge institution such as this hospital, everything is centrally arranged. There's always the same food, always the same jam and cheese. And everybody has the same soap and shampoo. Then we said: "Give us the money, we'll arrange it for ourselves". And then the clients realized: "We can decide for ourselves what we want to put on our bread and what shower gel we like". And they learned to deal with a budget. If you buy expensive shower gel, you can't buy something else. So they became aware of how to deal with money. And they really liked it! (Psychiatric nurse). (Pols, 2006, p. 80)

A partir deste caso, observa-se que a regulação financeira relacionada com o ato de tomar banho contribui para estimular a autonomia e a participação das pessoas em situação de vulnerabilidade nas atividades diárias que lhes dizem respeito.

Assente nestas ideias, estes profissionais de saúde levam a cabo ações de cidadania que procuram que o ato de tomar banho se constitua enquanto uma prática de empoderamento individual, onde o autocuidado se apresenta um meio de promoção da autonomia através do qual a cidadania se revela por via da independência, como evidenciado pelas notas de terreno da autora:

Nurse Rose has helped Mrs. Brisbane out of bed, out of her nightgown, into the wheelchair, and has wheeled her to the bathroom. Rose turns on the taps, puts a washcloth in front of Mrs. Brisbane and says: "Put your hand on it. Okay, now wet it. Now go ahead and wash your face". "No", says Mrs. Brisbane. "Come on, it's nice if you can do that for yourself!", Rose says. "No", says Mrs. Brisbane. But she starts washing her face anyway. And I see she is perfectly able to do it. "Your ears too!", Rose calls from the other room, where she is making the bed. "Yes", says Mrs. Brisbane, but I can see that she isn't doing it. Rose returns to the bathroom, "Now the upper part of your body, with soap. Put some soap on the cloth, okay now". Mrs. Brisbane fiddles with the soap and with an efficient movement Rose puts soap on the cloth. Mrs. Brisbane starts washing her chest while Rose gives directions, "Your armpits too!". Mrs. Brisbane washes her armpits. "And under your breasts!". Mrs. Brisbane obediently lifts the left breast and washes the skin underneath. "Very good", Rose says, "Now the other breast. Otherwise you'll get a rash, you have it a little bit already". Rose helps her.

¹⁹ Entende-se «em situação de vulnerabilidade social» enquanto uma condição social situada no tempo que reflete a obstrução ao acesso a uma série de recursos, tais como informação, poder de decisão, redes sociais, cuidados médicos, entre outros (Singh et al., 2014). E entende-se «estado de saúde fragilizado/frágil» enquanto uma condição que reflete um estado de saúde, situado no tempo ou prolongado ao longo da vida, em que a pessoa apresenta dificuldade em gerir e fazer face às experiências de mal-estar que vivencia, na medida em que apresenta dificuldade em reagir em termos emocionais, cognitivos e comportamentais a estas experiências (Leonardi, 2018).

Now Mrs. Brisbane is finished and she puts the washcloth in front of her. Rose rinses the cloth and says: “Put your hand in again. Just to rinse off the soap. You’re doing great!”. And the ritual repeats itself (Field notes). (Pols, 2006, p. 86)

O excerto supracitado permite observar que o ato de tomar banho implica uma série de micro ações que se revelam fundamentais estimular para promover a independência das pessoas e, em alguma medida, promover a sua participação enquanto agentes do seu quotidiano.

Com base nestas ideias, o ato de tomar banho, neste tipo de contextos de saúde, evidencia-se enquanto uma pré-condição para a construção da cidadania, onde o acesso aos direitos de cidadania assenta nas capacidades das pessoas em conseguirem promover a sua autonomia e independência, como acentuado por uma enfermeira:

Well, yes, we do try to let people keep their independence as much as possible. And that is something different than wanting people to function as independently as possible. In that case you will teach people to do tricks. Everybody does the dishes; everybody cleans his own room, and so on. While here, we look at the person and ask: “Is it meaningful to them, does the person benefit from it, can the person handle it, and do things get messed up if he doesn’t do it”. It has to be an improvement for someone’s life (Psychiatric nurse, team leader). (Pols, 2006, p. 90)

O testemunho da enfermeira permite observar que promover a autonomia e a independência das pessoas passa por compreender de forma significativa aquilo que estas são capazes de realizar diariamente que contribui para acrescentar sentido à sua vida, em termos de participação nas questões que lhes dizem respeito.

Assente nesta esteira, o ato de tomar banho revela-se também uma prática relacional, onde a cidadania se constrói através da relação com *os outros*, como acentuado neste excerto:

Psychiatric nurse: Mr. Jones has lived here for four years without taking a shower.

Pols: Really? And he doesn’t smell?

Psychiatric nurse: Of course he smells. But there is a difference. ... With Mr. Jones it took four years. Booming psychosis. They took him once to put him under the shower and he really thought: “I am going to the gas chambers”. I will never forget that, it was so intense, the way he screamed. Dear God, that was a heart-rending cry. Then you wonder: “Should you do that?”. ... We try to negotiate, be flexible, and talk. That has its limits, of course. But I always think it’s fascinating: these people are really ill, really disturbed. But you can establish some form of relation; you can communicate in certain ways. You can understand them and you will always discover that there is some place from which to work. But you have to be patient, put in a lot of effort, and be happy with very small changes (Interview). (Pols, 2006, p. 95)

O testemunho da enfermeira permite destacar que a promoção da cidadania de pessoas em situação de saúde fragilizada passa pela forma como os seus cuidadores e as suas cuidadoras se revelam capazes de fomentar a sua participação no quotidiano e pelos meios que utilizam para compreender este grupo de pessoas e procurar promover a construção de uma forma singular de viver a cidadania.

Por último, importa também atentar para o cenário do voluntariado médico. A partir dos documentos destaca-se que as práticas de voluntariado médico contribuem para uma desresponsabilização do Estado face às necessidades sociopolíticas. Em larga medida, as

entidades não-governamentais realizam todo o apoio necessário às pessoas em situação de vulnerabilidade e, por conseguinte, o Estado mantém as políticas sociais vigentes, não se alavancando uma mudança política efetiva e relevante aos desafios sociais, como se denota no discurso de uma médica voluntária: “Here we were, critiquing their [Government] policies, demanding change, and they were actually referring people to us [Berlin MediBuro] for treatment! (Volunteer, Berlin MediBuro)” (Castañeda, 2013, p. 236).

Não obstante a este cenário, importa ainda notar o duplo sentido da ação cidadã presente no voluntariado médico. Por um lado, impedidos de cuidar das pessoas nos serviços públicos de saúde, os profissionais procuram por via do voluntariado realizar esta ação. E, por outro lado, ao realizarem o voluntariado médico alavancam uma forma subtil de reivindicar os direitos de cidadania das pessoas em situação de vulnerabilidade, na medida em que cuidam das pessoas que o Estado não considera elegíveis para acederem ao direito à saúde através dos serviços públicos.

Em linha com estas ideias, revela-se importante destacar o artigo de Alex Nading (2013), onde aprofunda a ação de mediação dos profissionais de saúde. A partir do trabalho do autor, a participação cidadã destes profissionais assume a forma de uma ação enquanto «cidadão-exemplo», na medida em que realizam uma série de práticas de cidadania (no interior ou no exterior do seio profissional) ligadas à saúde que devem ser levadas a cabo para o exercício de uma cidadania concordante com os valores socioestatais e da cultura de cidadania global (por exemplo, desinfetar as mãos e utilizar máscara de proteção individual) e enquanto «cidadão-profissional», no sentido em que aplicam estratégias (educação para a saúde como estratégia discursiva, por exemplo) e técnicas (procedimentos de diagnóstico clínico, a título exemplificativo) que contribuem para a saúde das pessoas. Importa notar que estas tipologias se observam agregadas ao longo de um projeto de intervenção comunitária na área da saúde ou isoladas em atos de apoio clínico residual.

Assim, esta subcategoria permitiu elucidar acerca das formas particulares em que os profissionais de saúde promovem a cidadania das pessoas que apoiam.

3.2.3.4. O ativismo profissional em contextos sociais

Tabela 20

Descrição dos artigos referentes ao ativismo profissional em contextos sociais

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Barbosa (2011)	Europa	Projeto de investigação centrado em analisar as práticas de cidadania de profissionais do serviço social.	Tipos da ação cidadã realizadas por agentes sociais no acesso a cuidados médicos.

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Perna (2018)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de analisar o acesso à saúde por parte de pessoas migrantes.	Tipos de ação cidadã realizadas por profissionais sociais e de saúde no acesso a cuidados médicos.

A presente subcategoria procura explorar a ação cidadã dos profissionais sociais (assistentes sociais, educólogos, mediadores socioculturais, entre outros) enquanto forma particular de promover a cidadania. Os artigos permitem destacar que os profissionais sociais também realizam a sua ação cidadã no decorrer da sua ação profissional através de uma série de ações informais, mas que, não obstante, se evidenciam como ações carregadas de poder:

“At Hamid’s desk [intercultural mediator], a woman asked for the renewal of her brother’s ENI code [a code contained in a certificate for european people not registered with the national health service]:

Woamn: He is here to have some medical exams. He has been receiving treatment for a while now and he comes back and forth from Romania almost each month.

Hamid: (turning white) What you are telling me is bad. If he wants to access healthcare in Italy, he must stay in Italy!

Woamn: But I cannot afford hosting him for longer period! I am in deep water, I am in the red.

Hamid: I am sorry. But that is the law.

Woman: Can’t we even meet the doctor? You know, his situation is worsening.

Hamid: Well, I’ll talk to the doctor so she can see the results of the analysis. But she cannot do anything else (Health facility, registration desk, fieldnotes)” (Perna, 2018, pp. 13-15).

A partir destes relatos revela-se possível observar os profissionais sociais enquanto agentes de poder que decidem quem (não) acede ao direito à saúde. A sua ação flexibiliza o enquadramento formal dos procedimentos, reenquadrando organizacionalmente os direitos de cidadania das pessoas que procuram aceder a cuidados médicos.

Em concordância com estas ideias, o artigo escrito por Jorge Barbosa (2011) permite aprofundar a ação dos profissionais sociais enquanto prática de mediação entre as pessoas em situação de vulnerabilidade e o acesso aos direitos de cidadania. Com base no trabalho do autor, o ativismo profissional em contextos sociais assume a forma de uma «mediação de assistência» (acesso a alimentação e habitação, por exemplo), de uma «mediação de acessibilidade» (acesso aos serviços de saúde e de segurança social) ou de uma «mediação de dinamização» (intervenção com a comunidade inserida em projetos sociais). Importa notar que estas tipologias se observam agregadas ao longo de um projeto de intervenção social ou isoladas em atos de apoio residual.

Em jeito de síntese, destacam-se aspetos duais destas práticas, onde, por um lado, os profissionais sociais e de saúde se revelam capazes de exercer um certo tipo de regulação social

enquanto agentes ao serviço do Estado e, por outro lado, se apresentam capazes de contribuir para facilitar o acesso aos direitos de cidadania. Importa ainda acentuar que as tipologias de ação cidadã identificadas em contexto profissional se interconectam com as ideias destacadas nas arenas política, e social, comunitária e pessoal.

3.2.4. Aprofundando a relação entre (direitos de) cidadania e saúde (física e mental)

Tabela 21

Descrição dos artigos referentes à relação entre (direitos de) cidadania e saúde (física e mental)

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Yeung, Passmore & Packer (2008)	Oceânia	Projeto de investigação centrado em compreender as perceções de pessoas com paralisia cerebral acerca da construção da cidadania.	Identificação de elementos respeitantes à construção da cidadania de pessoas com doenças físicas e mentais: contribuição para a comunidade/sociedade, inclusão comunitária/social e equidade de oportunidades de acesso e de sucesso.
Hamer, Finlayson & Warren (2014)	Oceânia	Projeto de investigação centrado em compreender as perceções de pessoas com doenças mentais acerca da construção da cidadania.	Identificação de elementos respeitantes à construção da cidadania de pessoas com doenças mentais: regras e normas sociais, tensão entre exclusão e inclusão comunitária/social e acesso a uma «cidadania plena».

A saúde surge, sobretudo, associada à construção da cidadania e à reivindicação de direitos por parte de pessoas com condições físicas (como pessoas com diabetes, pessoas surdas, pessoas que utilizam cadeiras de rodas, pessoas com VIH/SIDA, entre outras) e mentais (como pessoas com Alzheimer, pessoas com esquizofrenia, pessoas com síndrome de Asperger, entre outras). Estes grupos de pessoas apresentam um olhar distinto acerca da relação entre direitos de cidadania e saúde, nomeadamente no que diz respeito à construção da cidadania. Nesta linha, a cidadania, nas palavras das pessoas entrevistadas:

[Revolves around] full participation in every aspect of social relations, [to be] accepted as an equal citizen in everything, no exceptions (Peter). (Hamer, Finlayson & Warren, 2014, p. 206)

[Revolves around a citizen that is] loyal, community minded, [that] cares about the community, the children, the elderly and the animals (Interview #3). (Yeung et al., 2008, p. 69)

Assente nestas ideias, a cidadania diz respeito, por um lado, aos direitos (e.g., direito à saúde) que promovem a participação das pessoas na vida e, por outro lado, às responsabilidades (e.g., voluntariado) no seio da comunidade que fomentam a sua inclusão e reconhecimento.

No entanto, a construção da cidadania, para as pessoas com doenças físicas e mentais acarreta desafios:

[Implies being] given this persona [meaning being labelled as a physical and/or mentally ill person]. ... Part of the journey through the health system is the act of being labelled and being separated and marginalized from the community (Zara). (Hamer et al., 2014, p. 206)

Assente nesta perspetiva, a estigmatização social (vd., Bruce & Yearley, 2006) e, consequente, exclusão da sociedade que as pessoas com doenças físicas e mentais experienciam revela-se acentuada pelos desafios que a relação com os *outros* acarreta:

[People in general do not] understand people with disabilities because they don't know how to react to them. They don't know if they are intelligent or not, ... that's how society sees us. Mostly our job is either low in pay and in skills. ... The majority of employers haven't had much to do with people with disabilities. So you've got to ... prove that you are capable of doing those tasks that are assigned to you (Interview #3). (Yeung et al., 2008, p. 71)

Assentes nestas palavras, as pessoas com doenças físicas e mentais reivindicam os direitos de cidadania, nomeadamente: “[The right] to be a normal person [sic] in a normal environment [sic], to have their own home, their own car, a husband, and children’ (Interview #1)” (Yeung et al., 2008, p. 70).

Não obstante, os desafios que as pessoas com doenças mentais e físicas enfrentam no acesso ao direito à saúde surgem como um contributo significativo para a construção da cidadania:

One way I have regained my citizenship is through therapy for the past 9 years for my childhood trauma. I have regained an internal sense of worth as a first-class citizen [sic] so I am rebuilding my city walls. I am no longer hiding behind a mask. I feel equal with people (Zara). (Hamer et al., 2014, p. 207)

Assente nesta esteira, as experiências de vida destacadas ao longo dos artigos permitem compreender os significados atribuídos à construção da cidadania e à realização de um cidadão em relação com o mundo, com os outros e com o *eu*, onde, neste processo construtivo, se evidencia a existência de barreiras na persecução das aspirações pessoais, na construção dos papéis sociais e na persecução de uma vida digna²⁰, sendo que, em larga medida, estes obstáculos apresentam-se social e politicamente construídos.

²⁰ Para compreender a formulação desta ideia revela-se importante definir, em primeiro lugar, dignidade humana: qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano, que implica valorizar e respeitar todas as pessoas enquanto seres singulares abrangidos por uma série de direitos e responsabilidades humanas, que reivindicam um estilo de vida que permita às pessoas desenvolverem o seu potencial humano (Mezzaroba & Silveira, 2017). Assente nestas ideias, compreende-se que a cidadania expressa uma forma de dignidade humana, no sentido em que exprime a capacidade humana de viver num coletivo assente em leis de governação coconstruídas a partir de uma base democrática e equitativa (Waldron, 2013). Em larga medida, uma vida digna assenta numa construção socioculturalmente situada da cidadania com base na dignidade humana (Marshall, 1950). Para exemplificar, viver de forma digna pode ser expresso por duas pessoas que vivem de formas diferentes, como é o caso entre pessoas que vivem no continente europeu e que habitam em prédios construídos segundo os padrões socioculturais europeus e de pessoas que vivem no sul do continente americano e que habitam em casas construídas segundo padrões socioculturais diferentes daqueles que se observam

3.2.5. A construção da cidadania de pessoas com condições físicas

As presentes subcategorias levam em conta as experiências de pessoas com condições físicas e situa-as no seio da relação entre direitos de cidadania e saúde, nomeadamente, nas diferentes formas de construir a cidadania assentes na relação deste grupo de pessoas com a arena médico-política e com a arena física e social.

3.2.5.1. O corpo em relação com a arena médico-política

Tabela 22

Descrição dos artigos referentes à relação entre (direitos de) cidadania e saúde física no que respeita à arena médico-política

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Valentine & Skelton (2007)	Europa	Projeto de investigação centrado nas perceções de pessoas surdas em relação ao acesso aos direitos de cidadania.	Relação entre a comunicação verbal e os direitos de cidadania.
Salmon (2007)	América do Norte	Projeto de investigação centrado nas perceções de mulheres aborígenes acerca das suas vivências em relação à síndrome alcoólica fetal/aos efeitos no feto da ingestão de álcool durante a gravidez.	Dualidade no acesso ao direito à saúde: a facilitação de uma vida digna a par de uma acentuação de processos de estigmatização social.
Bosire, Mendenhall, Omondi & Ndeti (2018)	África	Projeto de investigação com pessoas com diabetes e SIDA (simultaneamente) acerca do acesso aos direitos de cidadania, particularmente o acesso ao direito à saúde.	Relação entre as medidas políticas no campo da saúde a nível nacional e internacional.
Rickli (2019)	Europa	Projeto de investigação com pessoas que sobreviveram à infeção por poliomielite acerca dos efeitos da síndrome pós-poliomielite no acesso aos direitos de cidadania.	As mudanças do corpo ditam o tipo de acesso que se tem aos direitos de cidadania.
Sépulchre (2020)	Europa	Projeto de investigação com foco na análise documental de artigos digitais disponíveis em jornais eletrónicos suecos e em blogs de ativistas de origem sueca acerca da construção da cidadania de pessoas com condições físicas.	O acesso ao direito à saúde apresenta-se condicionado por fatores de distribuição económica dos recursos estatais.

A presente subcategoria procura refletir acerca da relação entre o corpo e a construção da cidadania. A vinheta que se segue permite identificar um aspeto dual observado ao longo dos artigos em relação ao acesso aos direitos de cidadania por parte de pessoas com condições físicas, nomeadamente, permite identificar a coexistência política entre uma abordagem assistencialista (com base nas necessidades de uma pessoa) e uma abordagem assente em direitos de cidadania (com base no acesso equitativo de todas as pessoas a uma vida digna):

no continente europeu. No entanto, seguindo este exemplo, viver de forma digna revela-se incompatível no caso em que existem pessoas a viver em pobres condições de salubridade, seja no continente europeu ou no sul do continente americano.

“Max was born in 1952 and was infected with the poliovirus in early childhood. ... After secondary school, he wanted to pursue an apprenticeship as an electronics technician. But Max only obtained a position for informal training time (*Anlehre*), which is below the standards of a normal apprenticeship and which was paid for by the disability insurance (*Invalidenversicherung*). Years later, in his early forties, by then married to his wife Johanna, who had also had polio as a child, he retrained as a social worker. Since the 1970s, Max has been part of the *Association Suisse des Paralysés* (ASPr), literally “the association of the lame”, a self-help organisation for disabled people. His retraining as a social worker politicised Max. Max describes becoming politically active in the disability community as a sense of urgency that had slowly grown inside him. In the 1980s, Max became an active member of the ASPr governing board and continued to remain so for many years. With his qualification as a social worker, Max then worked full-time for several years, advocating the rights of other disabled people, but was soon forced to reduce his workload to 80 per cent because his strength started to wane. After 10 years, he reduced his workload to 50 per cent, and later to just 20 per cent. When he was 62, he retired early, roughly three years before his official retirement. He stresses that all of these steps happened “for medical reasons or with medical justification”. The decisions were always discussed with his physician, who had to certify them. The last time I saw Max was a few months after his 65th birthday and thus the time of his “official retirement”. When I asked whether anything had changed for him since that date, he replied: “I thought nothing would change, because I was so well prepared. But it feels different, you know, now I am no longer an *Invalidé* [sic]” (Field notes)” (Rickli, 2019, p. 658).

A partir desta vinheta destacam-se relações particulares entre os direitos de cidadania e a saúde. Em particular, identificam-se tipologias associadas à cidadania que se encontram presentes nas pessoas com condições físicas, onde o corpo acarta diferentes formas de experienciar a cidadania enquanto um *continuum* de diferentes corpos (pessoas surdas, pessoas com membros amputados, pessoas que utilizam cadeiras de rodas, entre outras formulações). Estas diferentes tipologias de corpo que se encontram neste *continuum* enfrentam diferentes desafios em termo de viver uma cidadania dita plena²¹.

Nesta linha, a pessoa do excerto apresenta um corpo híbrido, onde o estado de saúde do seu corpo influencia significativamente a forma como experiencia a cidadania. Neste caso em particular, nota-se que no contexto laboral o estado de saúde física da pessoa foi-se deteriorando ao longo dos anos, o que implicou viver a cidadania de forma diferente, onde o acesso à saúde e aos direitos de cidadania permitiram manter o seu corpo num estado híbrido, num equilíbrio delicado entre as capacidades e as limitações do corpo. Importa ainda notar que assim que o seu papel social como «cidadão trabalhador» é declarado pelo Estado como terminado, por via da reforma, evidencia-se uma transformação ao nível da sua cidadania – de «pessoa doente» para «pessoa reformada» (social e politicamente reconhecido como «pessoa idosa»). Em larga medida, as pessoas que vivem com condições físicas ao longo da vida e que se encontram neste limbo delicado entre as capacidades e as limitações do corpo experienciam a cidadania de uma forma particular, onde as mudanças do corpo ditam o estatuto de cidadania – de um «corpo

²¹ Entende-se cidadania plena enquanto o acesso garantido (e não comprometido) à panóplia de direitos de cidadania (legais, políticos, sociais, culturais, entre outros). Em larga medida, implica ser-se reconhecido, de forma real e simbólica, enquanto cidadão (Tonkens & Duyvendak, 2016).

saudável», para um «corpo doente»²² e, por fim, para um «corpo velho» e, por sua vez, da «cidadania por doença» para a «cidadania por velhice». Assim, as pessoas decidem viver enquanto «cidadãos trabalhadores» até a um ponto da vida em que existe uma decisão tomada pelo Estado que demarca a passagem para uma vida enquanto «cidadão reformado».

Assente nestas ideias, a análise dos artigos permite também compreender que os processos de exclusão-inclusão ao acesso aos direitos de cidadania de pessoas com condições físicas revelam-se marcados, muitas vezes, por uma não realização efetiva deste acesso e não necessariamente pela negação do mesmo.

Neste sentido, a não realização efetiva desse acesso revela-se presente na inacessibilidade das pessoas com condições físicas à informação, particularmente à informação política relevante para tomarem decisões conscientes acerca da sua vida. O caso das pessoas surdas evidencia este processo de exclusão da vida política devido às barreiras no acesso à informação:

Janice: So there was the strike, and I didn't know what strike meant and I just got this mouth pattern *strike* [from lip-reading] and I thought "well what's that mean?" I looked it up in the dictionary, I thought "oh gosh that means they're giving up work" and I thought I don't know what to do but I thought well I'll still come to work. And the next morning got on the bus and ... I felt really left out, I thought I just don't know what to do, I don't know what's going on. So I followed this woman in and the men were spitting, they threw stones at us, and I thought I didn't know whether to carry on walking or go back home and the woman said to me, "if you go home you won't get paid", I thought "oh I don't know what to do", I'd better follow her but it was horrible having things thrown at you and being spat at and I didn't have a clue what was going on.

...

Ronald: Hearing people can pick up information about like Government policies, you now what's happening with our taxes etcetera, whereas we can't. We just access information from subtitles [on the television news]. ... Sometimes councillors come and ask us why we're [Deaf people] not voting. I'm saying well I have no access to your policies so I shut the door in their face and say goodbye. ... I think the Government really should provide access in sign language about policies and all sorts of issues then we could access it more but we don't get that that's a big problem really. (Valentine & Skelton, 2007, pp. 125-126).

Em larga medida, a prática política envolve uma ação comunicativa, particularmente, uma ação comunicativa verbal. Neste cenário, as pessoas surdas vivenciam obstáculos em aceder de forma efetiva a diferentes formas de reivindicação dos seus direitos de cidadania, como é o caso do direito à greve e do direito ao voto, como se denota no excerto.

²² Embora estas conceções partam do discurso da autora, importa reiterar algumas das considerações de partida elencadas no primeiro capítulo: entende-se saúde enquanto a capacidade para gerir e fazer face às experiências de mal-estar e de bem-estar que cada ser humano experiencia ao longo da vida, na medida em que apresenta capacidades e competências múltiplas para reagir em termos emocionais, cognitivos e comportamentais a estas experiências (Leonardi, 2018), e entende-se doença como um estado de mal-estar verificável a partir do consenso médico-científico e dos valores socioculturais vigentes em dado contexto (Brown, 1985), e assente na auto consciencialização do ser humano da sensação de mal-estar que o prejudica, o limita e, consequentemente, que requer assistência (Kottow, 1980).

Assente nesta linha de reflexão, importa ainda notar que estes processos de exclusão-inclusão também se evidenciam entre diferentes tipos de doenças, revelando-se assentes em tomadas de decisão médico-políticas:

Foreign aid is only helping people with HIV and not us [people with diabetes], they should also care for us (45-year-old man).

...

Jane was diagnosed with diabetes at a public hospital clinic in Kenya (17 years ago). Managing her diabetes causes her a lot of stress. Seeking medical care is one of those stresses, especially having to “queue for long hours before we see a doctor”. ... But lack of money to buy medications for diabetes and the foods that the clinicians advise also causes her stress. Jane says: “Sometimes the medicines get finished and I have no money to buy more medicines. Again, sometimes I have no transport to go to the hospital during my clinics, sometimes I don’t have KSh.300 ($\approx$ 2,50€) required for consultation, before I am attended to at the clinic. I also can’t afford the required foods, I just eat what is available. All these are barriers in managing my diabetes”. ... She says: “If I had money, foods are there in the market, but since I have no money, I can’t do anything” (Field notes).

...

Now [that i have been diagnosed with diabetes] I have to measure everything I eat, and you know, diabetic foods are very expensive. My sugar levels would have really gone down but it reaches a point that if you don’t eat you might die so it forces you to eat even that which you are not supposed to eat (55-year-old man). (Bosire et al., 2018, pp. 580-583)

A partir destes relatos observa-se a tensão entre as políticas de saúde nacionais e as medidas políticas internacionais no campo da saúde, onde a priorização pelo suporte a certas doenças em detrimento de outras promove uma estrutura de iniquidade social (vd., Blackburn, 2008) por via da acentuação do acesso desigual aos cuidados médicos e à medicação, em particular, nos lugares do mundo em situação de vulnerabilidade socio-humana. O que, por sua vez, afeta de forma gravosa as pessoas em situação de vulnerabilidade social e em estado de saúde fragilizado.

Assente nesta reflexão, observa-se que o acesso aos direitos de cidadania implica a existência de uma panóplia de recursos (sociais, humanos, económicos, entre outros). Nesta linha, revela-se importante notar a forma como as pessoas com condições físicas gerem o acesso a estes recursos:

Amy Salmon: Yeah, it's kind of double-edged. Because on one hand, it was seeming from the interviews that it's important to get the diagnosis, to do all those things, because that gives you access to the supports.

Shannon: But then you're labeled.

Super Woman: You're labeled. Like my daughter had an issue at school, and the principal told me I should go back to [a centre specializing in diagnosing fetal alcohol spectrum disorders]. And I told him she doesn't have FAS [Fetal Alcohol Syndrome]. ... She was diagnosed with not having it. But that's the first place he wanted to send me. ... And now, because she's having problems, the principal is telling me it's coming from home. ... And I told him, ‘no, there's stuff going on at school, too’. And I'll take my blame, or my responsibility part of it, but there's stuff going on at school. And he's like, “no, I don't think that's the case”.

Wonder Woman: The nurse at the hospital thinks that my house is a mess, that my kids aren't well fed, because I'm disabled. My house is spotless! I'm a neat freak! ... But I've got all the supports in place. Lisa was a preemie [premature baby], and I was still in the hospital, phoning Infant Development,

going “OK, we're going to need follow-up, she's preemie, she's got these problems”. I was on the ball, two days after she was born, saying “can I make the first appointment?”, because I knew there was a wait list. So I've gotten all the supports in place. If I needed something, I stood up. (Salmon, 2007, pp. 291-292)

Neste excerto, as pessoas destacam processos de estigmatização social ligados ao acesso aos recursos necessários para construir a cidadania, para construir uma vida digna. Nesta linha de reflexão, estes processos sociais (de exclusão-inclusão, de estigmatização e marginalização, entre outros que têm vindo a ser referidos) acentuam as tensões entre o *nós* e os *outros*²³, onde a diferença alavanca processos de exclusão e de estigmatização social em detrimento de protagonizar um espaço de desenvolvimento humano e sociocultural. Em larga medida, denota-se que a arena da saúde se revela o palco onde estes processos têm origem para as pessoas com condições físicas, sendo a arena sociopolítica remetida para o conjunto de cenários sociais dinâmicos onde se evidenciam os efeitos destes processos.

Assente nas ideias que se têm vindo a discutir, importa destacar que as pessoas com condições físicas contestam a forma como o seu acesso ao direito à saúde se revela social e politicamente perçecionado enquanto um «fardo económico», como se destaca neste excerto:

Why are disabled people always a problem? Are they not like everyone else, people with equal value and rights to live? Why is it always the victim who is to be inspected? Why can't we cut the costs of the bureaucracy of the municipality? When shall we start to review the [work] routines of the authorities and municipalities? (Blog post, Anders Westgerd, 2010). (Sépulchre, 2020, p. 122)

Partindo deste racional, as pessoas com doenças físicas e mentais reivindicam o acesso aos direitos de cidadania enquanto cidadãos conscientes dos custos associados a esse acesso, particularmente nos que diz respeito à saúde. Não obstante, contestam o reconhecimento deste acesso enquanto parte integral dos direitos de cidadania que abrangem qualquer cidadão/ã e não enquanto uma série de direitos que abrangem uma parte específica da sociedade. Ainda reivindicam o reconhecimento da necessidade de uma redistribuição dos recursos estatais e sociais eficiente e efetiva de modo a assegurar o acesso aos direitos de cidadania à sociedade em geral, sem colocar um peso particular nas pessoas em situação de vulnerabilidade.

Assim, esta subcategoria permitiu aprofundar a reflexão sobre os efeitos das medidas políticas no seio do campo médico, nomeadamente, possibilitou refletir acerca dos efeitos desta relação para a construção da cidadania de pessoas com condições físicas.

²³ O uso desta ideia advém da linha de pensamento de António Magalhães e Stephen Stoer (2005a), onde se posiciona a diferença enquanto um conceito incomensurável em si mesmo, por outras palavras, a diferença situa-se na relação entre diferentes e não no destaque das diferenças enquanto ponto de distinção entre opressores e oprimidos, entre desenvolvidos e em desenvolvimento.

3.2.5.2. O corpo em relação com a arena física e social

Tabela 23

Descrição dos artigos referentes à relação entre (direitos de) cidadania e saúde física no que respeita à arena física e social

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Gaete-Reyes (2015)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender as perceções de pessoas que utilizam cadeiras de roda em relação ao acesso aos direitos de cidadania.	As limitações do corpo implicam um acesso limitado aos direitos de cidadania.
Yardimci & Bezmez (2018)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender as perceções de pessoas que utilizam cadeiras de roda em relação ao acesso aos direitos de cidadania.	As limitações do corpo implicam um acesso limitado aos direitos de cidadania.
Hiddinga & Langen (2019)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender os processos de exclusão-inclusão associados à construção da cidadania de pessoas surdas idosas.	Os processos de exclusão-inclusão enquanto inerentes à construção da cidadania.

A presente subcategoria contribui para refletir acerca da experiência do corpo em relação com o meio que o envolve e em relação com o quotidiano de socialização que nos caracteriza enquanto seres humanos.

Em primeiro lugar, atente-se como a relação entre corpo e ambiente circundante impacta o acesso aos direitos de cidadania:

Sandy: [In] rush hour, you have to be really assertive because the kind of rules are, of London Transport, is that wheelchair users should get priority. The reality is that [if] the bus is crowded, they let on the foot passengers, the ambulant passengers, and then tell you it's full up, which makes it a real hassle. (Gaete-Reyes, 2015, p. 355)

Neste excerto, observa-se que a utilização de certos espaços acarreta um sentimento de desconforto e de desajuste, onde se evidencia um estatuto de cidadania condicionado pelo corpo, neste caso particular, no acesso aos transportes públicos. Tal estatuto apresenta-se acentuado pela relação entre a tecnologia (neste caso, a cadeira de rodas) e o ser humano:

Ellie: I think my experience is that people tend not to see you. It's not that they stare at you it's just that they don't see you, you're invisible. ... Partly it's a physical thing, you're actually below their eye line, and I think that's part of it. ... I think people walk around, particularly in the city, very much within their own kind of physical psychic space, and they walk into you. (Gaete-Reyes, 2015, p. 357)

Em larga medida, a relação com a diferença – entre as pessoas que utilizam esta tecnologia de saúde e as pessoas que não a utilizam – alavanca sentimentos de invisibilidade social (vd., Turner, 2006), onde o acesso aos direitos de cidadania se revela dual: por um lado, o acesso ao direito à saúde contribui para uma vida digna (como se nota no caso das pessoas que utilizam cadeiras de rodas) e, por outro lado, o acesso a outros direitos de cidadania (como o

acesso aos espaços públicos e à integração social, por exemplo) revela-se comprometido pelo acesso às tecnologias de saúde, como acentuam duas pessoas entrevistadas:

Every time we make a plan with friends, I start to think – which way should I choose, when should I leave home, is there a proper toilette, is accessible public transportation available, are pavements accessible? If these do not exist, I give up the plan, which excludes me from social life (Sa. Ka./Mobility impaired).

...

B.U. was told, when enrolled in the teaching faculty, that “quite like people learn how to mold clay in a ceramics class, in the department of classroom teaching, they learn how to give shape to human being”, but that B.U. did not possess “the physical qualities of someone who should do that”. Later on, having graduated from law school, B.U. was prevented from becoming a public prosecutor or a judge, because these offices were seen as representing the State, and the ease with which disabled people could be mocked barred [him] from being appointed as a prosecutor or a judge (Field notes). (Yardimcia & Bezmezb, 2018, pp. 481-482)

A partir destes testemunhos, destaca-se que a forma como se estrutura a relação entre as pessoas com condições físicas, e os diferentes espaços urbanos, como acentuado na primeira passagem, e, sociais e institucionais, como realçado no segundo excerto, revela processos de obstrução ao acesso aos direitos de cidadania. Numa perspetiva ampla, estes processos de obstrução apresentam-se embrenhados nos *habitus* (vd., Bourdieu, 1990) individual e institucional das relações que as pessoas com condições físicas estabelecem ao longo do seu quotidiano.

Assente nesta esteira, os documentos aprofundam a reflexão acerca destes diferentes processos de exclusão-inclusão, acentuando que estes surgem ligados à natureza das relações humanas:

“Sometimes I don’t like living here, . . . I’m always pestered for not signing enough, it makes me sad”. Indeed, one of the other deaf elderly in the group remembers [that] when I just came here, my husband said to me: “Don’t go talk with her, she can’t sign. Why is she living here? She should go to a hearing home”. Other participants in the focus group filled in with reprimands: “With deaf people one signs, with hearing people you use your voice!”. So while Mrs. Z. had been admitted to *De Gelderhorst* [a geriatric village], her fellow residents were doubting whether it was the right place for her – she is deaf, but not deaf enough. Or rather not deaf in ways that are important to the specific cultural deaf citizenship of *De Gelderhorst* (Field notes). (Hiddinga & Langen, 2019, p. 676)

No caso acima retratado, evidencia-se que os processos de exclusão-inclusão não sucedem apenas entre as pessoas ouvintes e as pessoas surdas, mas também no seio da comunidade de pessoas surdas. Em larga medida, a construção destes processos sucede por via da estratificação das pessoas por categorias de características individuais e/ou de capacidades consideradas comunitárias, como é o caso da audição e da linguagem gestual, respetivamente. Este cenário social leva a que as pessoas vivenciem situações de vulnerabilidade, como descreve uma pessoa surda entrevistada: “I think there is a world of difference between the hearing world and the deaf world. And the hard of hearing. And I am there in the middle, between the two ... you have nothing (Mrs. G)” (Hiddinga & Langen, 2019, p. 680).

A partir destes testemunhos levanta-se a questão: *Será que os processos de exclusão-inclusão social surgem inerentes à cidadania?* Em larga medida, os processos de exclusão-inclusão revelam-se presentes na construção da cidadania, tanto em termos tidos como positivos, onde, a título de exemplo, a inclusão de uma pessoa num país com acesso gratuito a cuidados médicos pode implicar a sua exclusão de um país sem acesso gratuito a estes cuidados, como em termos tidos como negativos, como no caso supracitado. Não obstante, assente nas ideias de ação política positiva e de discriminação positiva (vd., Noon, 2010) será tido como vantajoso o primeiro caso de exclusão-inclusão em relação ao segundo.

Assim, os artigos revelam que os direitos de cidadania das pessoas surgem obstruídos ou facilitados a partir do lugar social (vd., Turner, 2006) que ocupam nestes processos, como é o caso das pessoas em situação de vulnerabilidade económica por relação a pessoas em situação de abundância financeira, e em termos de saúde, como é o caso das pessoas surdas por relação às pessoas ouvintes, revelando-se particularmente exigente o lugar ocupado por pessoas em situação de vulnerabilidade social e com um estado de saúde fragilizado.

Em jeito de síntese, as pessoas com condições físicas enfrentam uma série de barreiras na construção da sua cidadania, sendo estes obstáculos acentuados pelas diferentes relações que estabelecem com a sociedade e as instituições com que interagem diariamente.

3.2.6. A construção da cidadania de pessoas com doenças mentais

A presente subcategoria leva em conta as experiências de pessoas com doenças mentais e situa-as no seio da relação entre direitos de cidadania e saúde, nomeadamente, nas diferentes formas de construir a cidadania assentes na relação deste grupo de pessoas com a arena médico-política e com a arena social, comunitária e pessoal.

3.2.6.1. A arena médico-política

Tabela 24

Descrição dos artigos referentes à relação entre (direitos de) cidadania e saúde mental no que respeita à arena médico-política

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Chiu & Chan (2007)	Ásia	Projeto de investigação direcionada para a análise da participação política de pessoas com doenças mentais.	O envolvimento de pessoas com doenças mentais em «associações de utentes» contribui para incrementar a sua ação política.
Mackay (2011)	Europa	Projeto de investigação direcionado para a comparação entre as políticas de saúde mental da Inglaterra e da Escócia.	Perspetiva centrada no cuidar

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Miklavcic (2011)	América do Norte	Projeto de investigação centrado em analisar o acesso ao direito à saúde de pessoas com doenças mentais com estatuto ilegal.	A saúde humana enquanto arma de contestação social e de reivindicação de direitos de cidadania.
Nedlund & Nordh (2013)	Europa	Projeto de investigação que procurou analisar os efeitos das políticas de saúde mental na sociedade sueca.	Retrato histórico-social dos efeitos das políticas públicas de saúde mental.
Hamer & Finlayson (2015)	Oceânia	Projeto de investigação centrado em compreender os direitos e as responsabilidades de pessoas com doenças mentais em contexto de institucionalização médica.	Identifica uma dualidade no acesso ao direito à saúde: simultaneamente capaz de obstruir e facilitar a construção da cidadania.
Baldwin & Greason (2016)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de compreender a construção da cidadania de pessoas com demência.	Perspetiva centrada no cuidar
Hatzenbuehler, Prins, Flake, Philbin, Frazer, Hagen & Hirsch (2016)	América do Norte	Projeto de investigação com pessoas americanas de etnia latina com o objetivo de compreender os efeitos das políticas de imigração na saúde mental deste grupo.	Relação entre as políticas de imigração e a saúde mental.
Hamer, Kidd, Clarke, Butler & Lampshire (2017)	Oceânia	Projeto de investigação direcionado para a análise de práticas inclusivas-excludentes no seio da construção da cidadania de pessoas com doenças mentais em contexto de institucionalização médica.	Identifica uma dualidade no acesso ao direito à saúde: simultaneamente capaz de obstruir e facilitar a construção da cidadania.
Lampropoulos & Apostolidis (2021)	Europa	Projeto de investigação que procura analisar os efeitos das políticas de saúde mental na sociedade francesa.	Perspetiva centrada em «medidas políticas de compensação»

A presente subcategoria procura refletir acerca da relação entre a saúde mental e a construção da cidadania. A partir da análise dos artigos de Kathryn Mackay (2011), de Ann-Charlotte Nedlund e Jonas Nordh (2013), e de Dimitrios Lampropoulos e Themis Apostolidis (2021), que comparam políticas de saúde mental em diversas partes do globo, apresenta-se pertinente destacar a distinção entre «direitos procedimentais» em saúde, relativos ao acesso à informação clínica, à avaliação médica e à reclamação nos serviços de saúde, e «direitos de participação» em saúde, que dizem respeito a ser ouvido e a ter assento nas tomadas de decisão sociopolíticas relativas à saúde. Em larga medida, a reivindicação destes direitos contribui para assegurar o direito à saúde.

Neste sentido, estes artigos realçam uma dualidade nas políticas de saúde mental. No que respeita aos direitos procedimentais, a dualidade dos critérios de hospitalização das pessoas, ora redutores, ora rigorosos, no que se refere à avaliação médica. Em relação aos direitos de participação, a dualidade revela-se assente entre a prevenção do risco por via da medicalização

das pessoas e o suporte social por via da integração das pessoas com doenças mentais na comunidade, no que se refere à participação nos processos de tratamento.

Com estas ideias em mente, estes documentos salientam uma série de ideias importantes para compreender os processos de facilitação-obstrução relacionados com direitos de cidadania de pessoas com doenças mentais. A primeira ideia prende-se com a distinção entre pessoas com doenças mentais enquadradas como parte de um modelo de envelhecimento, ou seja, como uma parte natural do processo de envelhecer (cuidados geriátricos), e pessoas com doenças mentais enquadradas num modelo biomédico, isto é, como parte de um quadro clínico particular (hospitalização). Neste cenário, as questões de cidadania são colocadas enquanto direitos de acesso a cuidados médicos, por exemplo, isenção de taxas no acesso a casas geriátricas, adquiridos por via da sua condição de saúde.

A segunda ideia apresenta-se ligada à perspetiva de que as pessoas com doenças mentais possuem preferências individuais, sendo que em termos de cidadania se nota um foco na autodeterminação, ou seja, em conceder espaço e tempo para ouvir o outro e procurar apoiar as suas decisões. Neste contexto, surge a ideia do suporte social e familiar, onde os direitos de cidadania das famílias de pessoas com doenças mentais são tidos em conta.

E a última ideia diz respeito à construção da cidadania de pessoas com doenças mentais segundo uma perspetiva sociopolítica, onde a produção de estratégias e medidas políticas fomenta processos de facilitação-obstrução ao acesso aos direitos de cidadania. Por um lado, o contexto político procura categorizar as pessoas com doenças mentais enquanto cidadãos-utentes ativamente engajados nos processos de saúde que lhes dizem respeito, facilitando o acesso a uma panóplia de direitos de cidadania (trabalho, educação, habitação, entre outros) de modo a contribuir para a promoção de uma cidadania dita plena. Por outro lado, o contexto político facilita o acesso aos direitos de cidadania para as pessoas com doenças mentais que demonstrem capacidades de autonomia e de auto gestão enquadradas num modelo biomédico centrado em critérios clínicos que procuram regular o corpo e a mente, onde aquelas pessoas que não se enquadram nestes critérios veem o seu acesso aos direitos de cidadania obstruído por via da institucionalização ou de processos de dependência estatal que acentuam a sua condição de vulnerabilidade (genericamente falando, consistem em situações em que as pessoas e grupos da sociedade se encontram apoiados pelo Estado, por via de subsídios ou outras formas de suporte, que perpetuam a condição de vulnerabilidade social em detrimento de promover o empoderamento).

No seguimento destas ideias, os artigos permitem evidenciar os efeitos perversos do acesso aos direitos de cidadania, em particular, em casos de institucionalização médica:

I was quite crazy especially for that year, they wanted to hospitalise me and [my husband] refuse and I will be forever grateful to my darling ex-husband for that, because I just know where I would have

ended up if my life [would have] been interrupted. The less interrupted we make a life, the better (Ann). (Hamer et al., 2017, p. 83)

You only get put under the Act [hospitalization, medication, and other things] with the prediction that you are going to do a certain thing and the irony of it used to amuse me. My psychiatrist would say, when I was raving about something someone had said “Oh you can’t read people’s minds, you can’t know what that person is thinking” but they do apparently and they have all this power to place us under the Act. We lose so much those citizenship rights (Ann). (Hamer & Finlayson, 2015, p. 701)

A partir destes relatos, procura-se destacar que o acesso aos direitos de cidadania pode constituir-se paradoxal em determinados cenários sociais, onde o acesso a alguns direitos de cidadania, neste caso o acesso ao direito à saúde, implica a obstrução do acesso a outros direitos de cidadania, como é o caso da liberdade. Em larga medida, as pessoas com doenças mentais são perspetivadas como não capazes de assumir as responsabilidades do estatuto de cidadania, sendo transferidas para um lugar social redutor. Estes processos constituem uma forma de poder coercivo do Estado sob as pessoas. Não obstante a este lado dos processos de institucionalização médica, os artigos também revelaram uma outra face destas instituições:

R1: Yeah. And she needs to be at the table.

R2: Oh yeah. . .

R1: At that meeting, to go over the plan. And, and needs to understand how her actions are affecting others. Yeah. And if she decides she doesn’t want to take her pills, well, she doesn’t have to take her pills (Focus group #1).

...

If they’re refusing to eat and drink, you know, we’re giving them thickened liquids and they won’t drink them, but you, if they can get their hand on somebody else’s glass of juice or cup of tea and they’re downing it, you know, it’s, it becomes pretty clear that that what they’re telling us by their body language is that they want the regular stuff (Focus Group #4, registered nurse 1).

...

And there was another lady who was forever running away with the tea trolley and then it turned out that she was in charge of the WRVS [Women’s Royal Voluntary Service] team at the local hospital. So why couldn’t she have a trolley of her own with some bits and pieces on it, to push up and down the corridors? And it’s this need to go into people’s history and find out who they are (Family carer, whose husband had been in long-term care). (Baldwin & Greason, 2016, pp. 293-296)

A partir destes relatos, evidencia-se a complexidade social e médica destes lugares particulares da sociedade, onde coexistem processos que afetam negativamente a vida das pessoas com doenças mentais, como notado no excerto anterior, e outros processos que procuram promover a autonomia e a cidadania destes utentes, onde a partir de uma perspetiva centrada na pessoa se compreende a relevância de atuar na saúde de pessoas com doenças mentais a partir das suas histórias de vida e das condições particulares do seu estado de saúde, e de reunir esforços para compreender a sua comunicação não-verbal de forma a proporcionar o acesso à cidadania, a uma vida, de alguma forma, digna. Em larga medida, os direitos de cidadania de pessoas com doenças mentais, particularmente as pessoas em situação de saúde frágil, encontram-se facilitados ou obstruídos por estas instituições e os seus cuidadores (como se tem vindo a realçar).

Com base nesta reflexão, o artigo de Kathryn Mackay (2011) permite destacar que um equilíbrio entre as exigências das pessoas com doenças mentais e as demandas do Estado poderá ser alcançado exatamente através da gestão entre a ética do cuidar e a ética legal por via da utilização de uma «perspetiva centrada no cuidar», como destacado no excerto anterior. Por outras palavras, os cuidados médicos (o cuidar) apresentam-se assegurados pelo direito à saúde (o legal) e, como tal, revelam-se em relação com uma panóplia de agentes sociais (utentes, profissionais de saúde, políticos, entre outros), onde uma perspetiva centrada no cuidar (nas pessoas e na sua saúde) permite impulsionar projetos sociopolíticos e de saúde adequados às necessidades das pessoas e dos diferentes grupos da sociedade.

Aliado a esta ideia, importa destacar que os artigos permitem observar que as pessoas com doenças mentais encontram oportunidades para reivindicar os seus direitos de cidadania de forma a influenciarem a mudança social e política. No entanto, os documentos revelam que esta participação efetiva no processo (re)construção sociopolítica apresenta-se alavancado a partir da integração deste grupo de pessoas em associações de utentes, como descrito no artigo de Marcus Chiu e Kenneth Chan (2007).

Assente neste racional, importa notar o poder da saúde enquanto instrumento de reivindicação e de legitimação da existência humana: “I can exist because I can commit suicide! (Nouredinne)” (Miklavcic, 2011, p. 507). Estas palavras destacam a situação de vulnerabilidade social desta pessoa que se encontrava em risco de morte social²⁴. Em larga medida, o discurso de Nouredinne acentua que a saúde, além de legitimar as ações estatais, também legitima o *eu* enquanto pessoa que existe/que está viva e que apresenta capacidade para retirar aquilo que confere significado para o Estado – a sua própria vida. Assim, esta passagem permite compreender a saúde como um instrumento particular para as pessoas legitimarem a sua vida enquanto digna de proteção, digna de direitos humanos enquanto ser que existe.

Por último, um dos artigos acrescenta que também as políticas não direcionadas à saúde mental afetam diretamente as pessoas com doenças mentais, como é o caso destacado por Mark Hatzenbuehler e colaboradores/as (2016), onde se realça a relação entre políticas de imigração e saúde mental, na medida em que políticas consideradas excludentes contribuem para um clima sociopolítico que obstaculiza as oportunidades de acesso aos direitos de cidadania, gerando um ambiente social que influencia negativamente a saúde mental das pessoas. Em contrapartida, políticas consideradas inclusivas contribuem para um clima sociopolítico que facilita o acesso

²⁴ Entende-se morte social enquanto um estatuto na vida em que as pessoas ou grupos se encontram desapegados de qualquer tipo de contacto com a sociedade (serviços, instituições, rede sociais, entre outros). Tal situação conduz a um ponto extremo de exclusão e marginalização social, onde o isolamento, provocado por uma série de fatores biopsicossociais, leva a uma ausência nos diversos sistemas da esfera social (educação, saúde, trabalho, entre outros) (Miklavcic, 2011).

aos direitos de cidadania, gerando um ambiente social que influencia positivamente a saúde mental das pessoas.

Assim, esta subcategoria permitiu aprofundar a reflexão acerca da construção da cidadania de pessoas com doenças mentais, nomeadamente, em termos da sua relação com os processos políticos relativos à medicalização e à institucionalização, assim como em termos dos processos médicos capazes de promover a construção da cidadania.

3.2.6.2. A arena social, comunitária e pessoal

Tabela 25

Descrição dos artigos referentes à relação entre (direitos de) cidadania e saúde mental no que respeita à arena social, comunitária e pessoal

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Hazelton (2005)	Europa América do Sul Oceânia	Projeto de investigação centrado em analisar as reformas políticas relativas à saúde mental ocorridas na Austrália, no Brasil, na Itália e no Reino Unido.	Identifica quatro contextos promotores da integração social de pessoas com doenças mentais: o emprego, a educação, a habitação e o suporte social.
Priestley, Stickings, Loja, Grammenos, Lawson, Waddington & Fridriksdottir (2016)	Europa	Projeto de investigação centrado no estudo da participação política de pessoas com doenças físicas e mentais a nível europeu.	Criação de uma matriz de análise da participação política de pessoas com doenças físicas e mentais.
Kelly & Yarwood (2018)	Europa	Projeto de investigação com pessoas que vivem em zonas rurais e com demência focado em compreender as suas perceções acerca do acesso à saúde.	Relação entre a ação individual e coletiva no acesso à saúde.
Cogan, MacIntyre, Stewart, Tofts, Quinn, Johnston, Hamill & Rowe (2020)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender a construção da cidadania de pessoas com doenças mentais.	Identifica processos de estigmatização social enquanto promotores da exclusão de pessoas com doenças mentais.

A presente subcategoria procura refletir sobre as diferentes formas como as pessoas com doenças mentais estruturam as relações sociais, comunitárias e pessoais, e em que moldes essa estruturação influencia a ligação deste grupo de pessoas com os direitos de cidadania.

Assente nesta esteira, as pessoas com doenças mentais encontram diversas barreiras no decorrer da sua vida quotidiana que dificultam o acesso aos direitos de cidadania, em particular, devido à obstrução que encontram em construir o seu papel na sociedade e em criar sinergias sociais, comunitárias e pessoais capazes de contribuírem para a sua inclusão. Em larga medida, as responsabilidades que têm de enfrentar apresentam-se desafiantes face aos recursos a que têm acesso:

I feel I am on the scrap heap, because of mental health. I feel as if when you are going to employers you don't want to mention mental health because that is a nail in the coffin right away (Andrew). (Cogan et al., 2020, p. 361)

You go to [hospital] for a physical thing, when your mental health status comes up they treat you differently, they don't hear your physical thing anymore (Ann). (Hamer & Finlayson, 2015, p. 701)

Nestes excertos evidenciam-se processos de estigmatização social que acentuam a divisão entre os *outros* e *nós*: socialmente as pessoas são percecionadas como cidadãos de segunda classe e encontram barreiras ao aceder aos direitos de cidadania, como aceder a um trabalho ou a cuidados médicos. Em larga medida, estes processos contribuem para promover a exclusão social:

[Y]ou're not connected to anything anymore (Fiona)

...

It is hard at first when you go to these places as you feel like a misfit, because you have bipolar, Asperger's and things, you know, and it is a big step to go somewhere' (Andrew). (Cogan et al., 2020, p. 361).

Como se denota a partir destes testemunhos, as pessoas com doenças mentais experienciam uma série de barreiras em termos da sua integração social, sendo necessário alavancar projetos sociais e políticos que se revelem capazes de apoiar este grupo de pessoas.

Assente nesta esteira, o texto de Michael Hazelton (2005) destaca quatro contextos que promovem o acesso de pessoas com doenças mentais aos direitos de cidadania: emprego (e.g., integração não discriminatória no mercado de trabalho), educação (e.g., apoio aos estudantes com doenças mentais), habitação (e.g., acesso equitativo à habitação) e suporte social (e.g., suporte económico, na forma de subsídios, e suporte em saúde, na forma de acesso a cuidados de saúde personalizados). Com base nestas ideias, denota-se que a promoção do acesso aos direitos de cidadania, fomentada por estes contextos, contribui para a integração na sociedade deste grupo de pessoas, como se destaca no seguinte excerto:

We got a cleaning contract to clean the school, and my husband runs a little coffee machine out in our suburb, so we're kind of important really to the local community. We're the school cleaners, and the kids will say "There's the cleaners - Hi cleaners". [It's] feeling and being included (Teresa). (Hamer et al., 2017, p. 82)

A pessoa entrevistada destaca a forma como o trabalho alavancou processos de integração social por via do estabelecimento de relações significativas que contribuíram para uma construção da cidadania enquanto cidadão-trabalhador.

Nesta linha, o artigo de Mark Priestley e colaboradores/as (2016) permite destacar diferentes formas de as pessoas com doenças mentais (embora também se aplique a pessoas com condições físicas) ultrapassarem as barreiras acima enunciadas, promovendo o acesso aos contextos facilitadores da integração social que se enumeraram: por via do estabelecimento de compromissos legais através do incremento da consciência acerca dos direitos e

responsabilidades (e.g., apresentar a informação política em formatos diversos, como sob a forma de linguagem gestual e legendas), pelo investimento na acessibilidade por meio da expansão das oportunidades de participação sociopolítica (e.g., assegurar os meios para que as pessoas com doenças físicas e mentais acedam à vida política e participem em cargos políticos) e pela redução das iniquidades por via da remoção de barreiras legais e administrativas (e.g., assegurar o voto às pessoas a viver em instituições da sociedade, como casas geriátricas e estabelecimentos prisionais).

Assente nesta esteira, importa destacar que as barreiras ao acesso aos direitos de cidadania se revelam também no nível pessoal:

People get a diagnosis of dementia, it's really scary, they don't know what to do about it, so they just stick their head in the sand, so fear is a massive barrier for getting help (Project Manager).

...

I'm not the sort of person that would make a fuss, the trials of healthcare, no! (Farming family 8: Male farmer). (Kelly & Yarwood, 2018, p. 100)

A partir destes relatos, revelam-se os desafios que as pessoas com doenças mentais enfrentam no acesso à saúde e evidencia-se a faceta pessoal da cidadania, onde as pessoas que se encontram doentes e que resistam em recorrer aos serviços de saúde e aos cuidados médicos, pelos motivos mais diversos, culminam por limitar os seus direitos de cidadania, neste caso particular, aqueles ligados à saúde.

Assim, esta subcategoria contribuiu para aprofundar a reflexão acerca das diferentes formas como a sociedade e a comunidade, assim como o nível pessoal influenciam a construção da cidadania de pessoas com doenças mentais, nomeadamente, na sua relação com os direitos de cidadania.

3.2.7. A construção da cidadania de pessoas migrantes e refugiadas

A presente categoria procura explorar a construção da cidadania de pessoas migrantes e refugiadas através das diferentes formas como estes grupos da sociedade reivindicam os direitos de cidadania no campo da saúde. Importa notar que não se revelou pertinente dividir integralmente esta categoria por cada um destes grupos de pessoas, em larga medida, devido à identificação de uma panóplia de temas comuns. No entanto, leve-se em conta que a identificação de problemáticas particulares a cada um destes grupos mereceram esse destaque sempre que pertinente no seio da discussão que se segue.

3.2.7.1. Os desafios apresentados pelo estatuto (i)legal no campo da saúde

Tabela 26

Descrição dos artigos referentes aos desafios enfrentados por pessoas migrantes e refugiadas por relação ao estatuto (i)legal

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Yen-Fen & Wu (2011)	Ásia	Projeto de investigação com o objetivo de compreender os efeitos do estatuto de dupla nacionalidade da população tailandesa no acesso ao direito à saúde.	Diferença entre o estatuto (i)legal, a cidadania formal, a nacionalidade e o estatuto de membro (<i>membership</i>) e os seus efeitos no acesso à saúde.
Epstein & Héctor (2014)	América do Norte	Projeto de investigação centrado na compreensão dos efeitos da identidade sexual no acesso ao estatuto legal de pessoas gays imigrantes.	Relação entre o estatuto (i)legal e a identidade sexual.
Torres & Waldinger (2015)	América do Norte	Projeto de investigação centrado em compreender os efeitos do estatuto de (i)legal no acesso de pessoas imigrantes ao direito à saúde.	A estratificação do estatuto (i)legal implica a estratificação do direito à saúde.
Walkden, Anderson, Vink, Tilling, Howe & Ben-Shlomo (2018)	Europa	Projeto de investigação centrado na compreensão das perceções de pessoas idosas e migrantes acerca do acesso à saúde.	O estatuto legal enquanto um fator protetor da saúde e o estatuto ilegal enquanto um fator de risco para a saúde.
Van Natta, Burke, Yen, Fleming, Hanssmann, Rasidjan & Shim (2019)	América do Norte	Projeto de investigação com o objetivo de compreender os efeitos do estatuto (i)legal na saúde das pessoas.	Estatuto (i)legal enquanto um determinante da saúde.
Spahl & Österle (2019)	Ásia	Projeto de investigação centrado em compreender os efeitos do estatuto de membro (<i>membership</i>) no acesso de pessoas refugiadas ao direito à saúde.	A estratificação do estatuto de membro (<i>membership</i>) implica a estratificação do direito à saúde.
Koning, Flaim, Baldiga & Feingold (2021)	Ásia	Projeto de investigação centrado em compreender os efeitos do estatuto de (i)legal no acesso das pessoas ao direito à saúde.	A estratificação do estatuto (i)legal implica a estratificação do direito à saúde.

A presente subcategoria procura explorar os desafios enfrentados por pessoas migrantes e refugiadas por relação ao estatuto legal. A análise dos artigos, com particular destaque para o texto de Yen-Fen Tseng e Jieh-Min Wu (2011), permite identificar uma série de tipologias. Em larga medida, existe um espectro entre o estatuto legal e o estatuto ilegal, onde as pessoas se podem alocar em diferentes papéis sociais (migrante, refugiado, imigrante legal, não cidadão residente, entre outras formulações). Por conseguinte, estes papéis encontram-se intimamente ligados com uma (não) legitimação por parte do Estado. Neste sentido, as pessoas que obtêm o estatuto de nacionalidade, que diz respeito ao gozo dos direitos de cidadania enquanto cidadão legal de dado Estado, onde os direitos se apresentam reivindicados pela pertença a uma nação, ou o estatuto de cidadania formal, representada pela aquisição legal de um estatuto de

nacionalidade, onde os direitos de cidadania se encontram garantidos pelo acesso a uma dada nacionalidade (diferente ou não do país de nascimento/origem), ou ao estatuto de membro, que assenta na pertença a um dado grupo social dotado pelo Estado de direitos de cidadania particulares quando comparados com outros estatutos (como o de imigrante, por exemplo).

Posto isto, o excerto que se segue ilustra os efeitos do estatuto ilegal no acesso aos direitos de cidadania ligados à saúde:

When Manuel ran out of treatment options, [his medical team] consulted palliative care specialists for symptom management. (...) Manuel's undocumented status was difficult to overcome. The health coach worked with his physicians to compile dense paperwork confirming that Manuel had under six months to live [and so being eligible for a local palliative program of care called catastrophic treatment]. (...) Once Manuel's benefits were secured, [his medical team] worked with palliative care to prepare him for the realities of repatriation – including the journey itself and the absence of medical equipment, facilities, and pharmaceuticals once he arrived. They gathered what they could to comfort him through the three months he was projected to live. “He needs good drugs”, his nurse said firmly, and the health coach replied that he had received a 3-month supply of morphine to alleviate pain and shortness of breath. “But what about when he runs out?”, the nurse asked, “Will he just [discontinue] his [abdominal drain]?”. Other team members balked, saying that would be tantamount to drowning. “Well how's he gonna die?”, the nurse asked gravely. (...) Manuel's health needs surpassed what the county could provide being no match for inflexible federal barriers to immigrant inclusion. His eligibility for catastrophic benefits provided him with needed immediate services; however they were conditioned upon his certain and imminent death and required repatriation to Nicaragua (Field note #24)

...

Cristiano's health caused him much trouble, including multiple near-death experiences. He told us dejectedly, “As years go by, diabetes starts taking things from you. A toe, a foot. It dismantles you, little by little. That's what diabetes does to people”. But with the help of the county clinic, Cristiano had some capacity to manage this dismantling. For nearly forty years, he had access to adequate medical care as well as housing, income, and in-home support services. Unlike other patients we interviewed, he did not jump from diabetes diagnosis to dialysis in one fell swoop. As a legally present, legitimate immigrant, he was able to access primary care to treat his diabetes in ways that unqualified immigrants frequently could not. (...) Cristiano's disease progressed gradually. Although he and his [medical team] were disappointed that he ultimately needed dialysis, they were comforted by the fact that they had forestalled it as long as they did (Field note #77). (Van Natta et al., 2019, pp. 9-12)

Os relatos supracitados abordam a situação de duas pessoas que procuravam obter o estatuto legal de nacionalidade, sendo que a pessoa do primeiro relato detinha um estatuto ilegal e a pessoa do segundo testemunho detinha um estatuto legal. Neste cenário, o estatuto legal de nacionalidade revela-se um elemento determinante no acesso ao direito à saúde. No primeiro caso, a pessoa não consegue obter cuidados médicos adequados devido a um conjunto de desafios socioeconómicos que obstaculizaram o acesso à saúde. Não obstante, o seu estatuto de nacionalidade ilegal revelou-se decisivo no momento de aceder a cuidados médicos que atenuassem a sua situação de vulnerabilidade e assegurassem o direito à saúde. Na segunda situação, a pessoa consegue aceder a cuidados médicos adequados por via do seu estatuto legal de nacionalidade. Não obstante a situar-se numa situação de vulnerabilidade socioeconómica, esta pessoa consegue aceder ao direito à saúde.

Com estas ideias em mente, os artigos de Jacqueline Torres e Roger Waldinger (2015), de Wanda Spahl e August Österle (2019), e de Koning e colaboradores/as (2021) permitem notar que o estatuto (i)legal se interjeta com uma diversa rede de vulnerabilidades estruturais (acesso desigual ao emprego, à educação, à saúde, vulnerabilidade socioeconómica, entre outras) que são exacerbadas por políticas multinível (políticas de imigração que afetam a saúde, por exemplo), tendo efeitos na saúde das pessoas. Em larga medida, observa-se uma estratificação do acesso aos direitos de cidadania, particularmente aqueles ligados à saúde, alavancada pelo estatuto (i)legal, ou seja, o acesso aos direitos de cidadania revela-se estratificado pelo lugar que estes grupos de pessoas ocupam no *continuum* legal-ilegal. Tal situação culmina no agravamento das condições de vida das pessoas em situação de vulnerabilidade social.

De acordo com este pensamento, evidencia-se que o estatuto (i)legal influencia a forma como as pessoas se desenvolvem ao longo da vida devido ao suporte ou à obstrução que encontram ao navegarem pelo campo sociopolítico (na educação, na saúde, no trabalho, entre outros contextos), particularmente, quando navegam pelo sistema de saúde, onde as pessoas que não conseguem aceder legalmente a este estatuto revelam-se excluídas do direito à saúde ou veem este acesso obstruído. Nesta linha, o artigo de Graham Walkden e colaboradores/as (2018), permite consolidar que o estatuto (i)legal influencia diretamente o estado de saúde geral das pessoas, sendo identificado enquanto um fator protetor (estatuto legal) ou de risco (estatuto ilegal).

Assente nestas ideias, o estatuto (i)legal encontra-se no seio de uma complexa rede de relações entre pessoas, instituições e arena política, como destacam duas pessoas entrevistadas:

They are like trying to create this separate track for Syrians. For education, for work and for health. That's why I want to write a paper about that. They are separating everything. They are discriminating against the other group [refugees with other nationalities] (Human rights expert).

...

The Turkish government even though they didn't give like a lot of money I mean sufficient to cover every need, but at least they opened the borders ... and that's the most important thing, to stay alive. (Iraqi Turkmen). (Spahl & Österle, 2019, pp. 8-10)

A partir destas duas perceções apresenta-se relevante vincar que as pessoas são dotadas do estatuto (i)legal por via de critérios de elegibilidade assentes nas leis de cada nação e em convenções universais. No entanto, a falta de harmonização entre legislação internacional e nacional leva a uma ação paradoxal na atribuição destes estatutos, na medida em que a reivindicação dos direitos de cidadania num dado país de acolhimento implica um processo de legalização que, se aceite, facilitará o acesso aos direitos de cidadania, mas, caso seja negado, facilitará a deportação para o país de origem e, por conseguinte, obstaculizará o acesso aos

direitos de cidadania, uma vez que as pessoas em situação de vulnerabilidade retornarão para as condições de fragilidade em que se encontravam inicialmente.

Assente neste racional, importa referir outros obstáculos que se intersejam com o estatuto (i)legal. Partindo da ideia anterior, a possibilidade de deportação e de retorno à condição de fragilidade inicial desloca as pessoas para um regime clandestino e informal, levando a outros tipos de situações vulneráveis, acentuando, embora de outra forma, um afastamento ao acesso aos direitos de cidadania, como destacado no artigo de Alessandra Miklavcic (2011) que abordava o caso de Nouredinne. Importa ainda referir a relação entre a identidade sexual e a obtenção do estatuto (i)legal. Em larga medida, os direitos de cidadania revelam-se facilitados ou comprometidos por elementos da saúde humana, como é o caso da sexualidade e das relações de intimidade. Por um lado, os direitos de cidadania encontram-se facilitados devido a questões sexuais: “[but only if] you have a really compelling personal story in order to qualify (Crispín)” (Epstein & Carrillo, 2014, p. 264), como nos casos de perseguição política e consequente tortura ou abuso sexual. Por outro lado, revelam-se obstruídos devido às barreiras políticas e burocráticas em obter o estatuto legal, como já discutido. Em larga medida, as pessoas LGBTI que imigram experienciam uma situação de vida que suscita um sentimento de ambivalência:

Here I’m not as free as there, because here one always has to be watching out for *la migrá*. ... In Mexico I was very free, I could walk wherever I wanted and as I pleased. But I was free in some aspects [of my life] but a prisoner in others. And here I’m free in those other respects – that is, in my sexuality – but I’m not free in all the rest (Cresencio). (Epstein & Carrillo, 2014, p. 270)

A partir deste relato nota-se que a liberdade, em termos de mobilidade, no seu país de origem se revelava facilitada, mas a sua identidade de gênero não, e, por contraposição ao país de acolhimento, a liberdade de deslocação encontra-se condicionada, mas a sua identidade de gênero não.

Assim, esta subcategoria permitiu enquadrar uma problemática transversal às discussões que se seguem.

3.2.7.2. As pessoas migrantes e refugiadas, e a contestação de direitos de cidadania ligados à saúde

Tabela 27

Descrição dos artigos referentes à contestação de direitos de cidadania ligados à saúde por parte de pessoas migrantes e refugiadas

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Horton (2004)	América do Norte	Projeto de investigação com o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca do acesso aos cuidados médicos de pessoas refugiadas e migrantes.	A estratificação cultural das pessoas leva à estratificação do acesso à saúde.

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Sinha & Uppal (2009)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de refletir acerca das experiências de vida de pessoas jovens e migrantes.	Relação conflitante entre medidas políticas internacionais e nacionais.
Coldron & Ackers (2009)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de compreender as diferentes formas de as pessoas migrantes reformadas acederem ao direito à saúde.	Tipificação de diferentes estratégias de agência humana utilizadas para aceder à saúde: laboral, manipuladora e transgressora.
Gottlieb, Filc & Davidovitch (2012)	Ásia	Projeto de investigação com o objetivo de compreender a relação entre a ação política, as práticas de suporte não governamentais e as pessoas migrantes e refugiadas.	A ação não-governamental revela-se um veículo de agência sociopolítica.
Manson (2017)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de compreender as vivências da população Roma em campos de integração.	As convenções político-legais internacionais são aplicadas de forma redutora a nível nacional/estatal.
Bendixsen (2018)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender as formas de microcontrolo existentes no acesso ao direito à saúde por parte de pessoas migrantes.	Tipificação de diferentes estratégias utilizadas para aceder à saúde: intermediários pessoais, autocuidado e doença.
Tsavdaroglou, Giannopoulou, Petropoulou & Pistikos (2019)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de compreender as vivências de pessoas refugiadas em comunidades auto-organizadas.	A apropriação dos espaços urbanos enquanto ato de reivindicação dos direitos de cidadania.
Bänziger & Çetin (2020)	Ásia	Projeto de investigação com o objetivo de compreender o acesso à saúde por parte de pessoas refugiadas com VIH/SIDA.	O valor biológico das pessoas como um simultâneo obstáculo e facilitador no acesso à saúde.
Riley, Akther, Noor, Rahmat & Welton-Mitchell (2020)	Ásia	Projeto de investigação centrado em compreender as condições de vida da população Rohingya em campos de integração.	A não garantia dos direitos humanos de cidadania contribui para um estado de saúde física e mental frágil.
Alunni (2021)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender as vivências de pessoas migrantes e refugiadas em campos de integração.	O efeito perverso do apoio humanitário e estatal – a <i>patogenização</i> das pessoas em situação de vulnerabilidade.

A presente subcategoria procura refletir acerca das diferentes formas de reivindicação social por direitos de cidadania ligados à saúde levadas a cabo por pessoas refugiadas e migrantes.

Em primeiro lugar, importa notar que a análise dos documentos permite destacar que os «campos de integração», tipicamente referidos como campos de refugiados, se destacam como um espaço social e político privilegiado a partir do qual estes grupos de pessoas reivindicam

direitos de cidadania. Em larga medida, os campos de integração pressupõem um espaço de transição entre uma situação de vulnerabilidade social para uma situação de segurança na sociedade por via do acesso aos e da garantia efetiva dos direitos de cidadania. Para as pessoas migrantes e refugiadas, este acesso surge garantido pela lei internacional, mas a sua efetivação a nível nacional/estatal apresenta-se comprometida, como destacado pelo artigo de Andrew Riley e colaboradores/as (2003). Em larga medida, estes campos revelam um efeito perverso em termos de apoio humanitário e estatal. Por um lado, estes lugares constituem um meio pelo qual estes grupos de pessoas acedem a direitos de cidadania que lhes são obstruídos nos seus países de origem. Mas, por outro lado, as pobres condições humanas e sanitárias destes locais contribuem para a negação do acesso aos direitos de cidadania, como é o caso do direito à saúde, visto que as pessoas nos campos de integração apresentam um escasso acesso a água potável, a alimentos e a condições de privacidade adequadas devido à sobrelotação destes lugares. Uma pessoa entrevistada relata as condições de um destes espaços:

In that camp, there were about 2,500 refugees. It was horrible. There was no sense of safety. I stayed there with my children for about three months. We stayed inside the building and although it may seem better than staying out in a tent, there were no walls inside the building; thus, there was no privacy. Actually, I did not sleep for those three months because I was afraid that someone might come and steal my things or even steal my children. Health conditions were also horrible, everywhere was dirty. ... Also, most of the children were sick because they did not eat good quality food, so they were all weak, not even the water was clean. So the children had diarrhoea and fever (Interview). (Tsavdaroglou et al., 2019, p. 123)

Aliado a estas condições, os campos também se apresentam um espaço que facilita a transmissão de doenças. Uma pessoa entrevistada expõe esta forma de viver da seguinte forma: “Arac: To die in the war or to live in bad conditions. I don’t think either of these should be considered an option” (Bänziger & Çetin, 2020, p. 9).

Com estas palavras em mente, o artigo de Alunni Lorenzo (2021) contribui significativamente para refletir acerca da *patogenização* presente nos campos de integração. Estes lugares, em primeira instância pensados para apoiar as pessoas em situação de vulnerabilidade, culminam em espaços onde se acentua a situação de fragilidade socio-humana em que pessoas migrantes e refugiadas vivem. A título de exemplo, quando estes campos se evidenciam focos graves de transmissão de doenças (em larga medida devido à redutora ação sociopolítica do Estado em termos da provisão de recursos para um funcionamento digno destes espaços), os mesmo são encerrados por razões de saúde pública. Esta situação realça a ambiguidade entre os direitos de cidadania e a ação do Estado, na medida em que quando existe uma tensão entre o *nós* (as pessoas consideradas cidadãs) e os *outros* (as pessoas que não são consideradas cidadãs), as ações políticas tomadas inclinam-se a proteger o *nós* em detrimento dos *outros*.

Com estas ideias em mente, os artigos expressam a ideia de que se observa uma reprodução social (vd., Collins, 2009; Norton & Katz, 2017) da marginalização das pessoas em situação de vulnerabilidade, onde a divisão entre aqueles que acedem e aqueles que não acedem aos direitos de cidadania se apresenta configurada pela inclusão do *nós* e pela exclusão dos *outros*.

Como se tem vindo a notar, esta conjuntura realça uma relação tensa entre o campo sociopolítico, e as pessoas migrantes e refugiadas no que diz respeito ao acesso ao direito à saúde:

Nobody in the Ministry of Health would say “Ah, we have oil deals with Nigeria, so we have to give [this Nigerian patient] treatment”. For the treatment of a Filipina who has overstayed her visa or a Nigerian who gets cancer after 13 years - I did not have anybody to turn to with such cases. But [regarding asylum seekers] I have more of a basis to turn to the State, speak its language and say: “You have to give this person treatment”. Israel has signed the refugee convention, not the migrant worker convention (Neta, member of the board of the *Open Clinic*). (Gottlieb et al., 2012, p. 844)

Este excerto permite realçar, mais uma vez, o poder do campo legal e político sobre a saúde das pessoas migrantes e refugiadas, onde, por um lado, o Estado sustenta a sua ação reguladora e, por outro lado, os profissionais de saúde se suportam para conceder acesso a cuidados médicos.

Nesta linha de pensamento, para estes grupos de pessoas os obstáculos em aceder aos direitos de cidadania, particularmente aqueles ligados à saúde, apresentam-se desafiantes e revelam-se intrinsecamente relacionados com uma complexa rede de instituições e de pessoas como se denota na seguinte vinheta:

A Romanian Roma man in his 50s named Gheorghe sat with his left leg outstretched and his socked foot resting on top of his shoe. His foot was swollen. When he took his sock off to show me, the skin was so tight that it was almost uniformly smooth and seemed to glisten. I was standing in the middle of a group of about a dozen Roma people who recently migrated to Strasbourg from Romania. As is the case every night, they had set up temporary shelters after dark in a clearing between two buildings behind the central train station. ... The conversation returned to Gheorghe's foot and I offered to drive him to the hospital. Gheorghe smiled from underneath his black fedora and shrugged, “mon français...pas bom”—“my French...not good”. He said that his foot had been like this for some time now but that he didn't know where to go. Marc, a French-Romanian who had come to distribute some warm clothing, mentioned that Gheorghe can receive a medical exam free of charge and that he would be willing to accompany him to translate. We agreed to pick him up first thing in the morning. When Marc and I returned, a city truck was parked where the camp was set up the night before. ... A woman from the camp told us that the police had evicted everyone from their tents early in the morning. When we asked what happened to the tents and their belongings, the woman simply took a puff of her cigarette and pointed to the truck. I asked where Gheorghe was. She shrugged, telling me that the police had taken him and perhaps he was being sent back to Romania. I never saw him again (Field note)

...

We arrived at the CAF [a section of the french social services] building. ... We were eventually called to a booth. ... The woman asked for Anica's passport and began entering information into a computer. A moment later she remarked, “Ah, yes... it seems that madame does not have the required conditions to receive this benefit”. The woman explained that Anica must have resided in France for more than five years to be eligible. Anica protested, telling the woman that she has been here for more than 10

years. I added that Anica has been living in a state-funded *village d'insertion* space since it opened five years ago. The woman replied, "I am sorry again, but this does not qualify her for these rights. She has an address, but we have no record of employment". I explained that Anica is self-employed and sells wares at the market in town. The woman interrupted, "Yes, but this benefit is for people who have the right to stay in France permanently. Madame does not have this right. Her work is not recognized by any official document. I cannot help her". Anica told the woman that she just came from the hospital and that she would work if she could. The woman behind the counter ended our conversation by suggesting that we talk to Anica's social worker. Tears began to roll down Anica's cheeks as we got in the car. ... I walked Anica to her caravan. She opened the door, and posted on the inside was a message explaining that an ambulance would pick her up next week for a follow-up exam at the hospital. Anica scoffed, "If I can't buy food, what's the point of the ambulance?" (Field note). (Manson, 2017, pp. 50-56).

A partir destas narrativas pretende-se, mais uma vez, realçar a ambiguidade dos direitos de cidadania das pessoas migrantes e refugiadas por relação aos direitos convencionados na legislação internacional. Nestes excertos, observam-se os obstáculos que as pessoas apresentam para aceder ao direito à saúde, onde, mesmo quando este acesso é facilitado por assistentes sociais, como no primeiro caso, ou pelo Estado, como no segundo cenário, o acesso efetivo²⁵ aos direitos de cidadania revela-se de tal forma enraizado numa complexa teia de relações entre pessoas e instituições que culmina no acentuar da condição de fragilidade das pessoas destes grupos sociais, como no segundo excerto, ou na marginalização das pessoas, como no primeiro relato. Assente neste racional, atente-se ainda para outro excerto que permite realçar uma outra face desta rede complexa de relações:

The only thing that they can do is sell their bodies, if they have none of that financial independence, and they are very dependent on other people, they have to, they have to survive in some way. And I think these policies are just pushing them into it [sexual exploitation] (Health professional). (Sinha & Uppal, 2009, p. 263)

A relação entre o esquema socioeconómico (os sistemas laboral e económico dos Estados, por exemplo) e o esquema sociopolítico (os sistemas político, por exemplo) emerge por via das experiências de vida de pessoas migrantes e refugiadas traçadas pela vulnerabilidade, onde as convenções universais de direitos humanos em todas as suas tipologias (crianças e jovens, refugiados e migrantes, entre outras) são tidas em conta no discurso sociopolítico, mas sucumbem ao enquadramento socioeconómico dos Estados, levando a que o apoio prestado às pessoas em situação de vulnerabilidade culmine no acentuar e, muitas vezes, no agravamento da sua condição de fragilidade social, como tem vindo a ser destacado ao longo desta secção. Este cenário contribui, como já referido, para a reprodução social da marginalização das pessoas que se encontram nesta situação, evidenciando a construção de um *habitus* de marginalização, onde as estruturas de vida coletiva e de ação individual que perfazem as experiências de vida das pessoas se moldam em torno de padrões que acentuam a sua condição de fragilidade.

²⁵ Por acesso efetivo aos direitos de cidadania entende-se um acesso garantido (e não comprometido) à panóplia de direitos de cidadania (legais, políticos, sociais, culturais, entre outros). Em larga medida, implica aceder aos direitos necessários de forma a facilitar uma resposta digna às diversas situações da vida (Tonkens & Duyvendak, 2016).

Em consonância com estas ideias, importa notar que, a um nível social-pessoal, observa-se a inclusão daquelas pessoas que, por razões múltiplas, conseguem instalar-se nos campos de integração, tendo acesso aos direitos de cidadania, como é o caso do acesso a cuidados médicos. E observa-se a exclusão daquelas pessoas que, pelos mais variados motivos, não tiveram a oportunidade de se instalarem nos campos de integração, vivendo à margem da sociedade, sem a possibilidade de aceder aos direitos de cidadania. Esta discussão realça processos de inclusão que excluem, isto é, na procura por incluir culmina-se por criar cenários sociopolíticos que, em última instância, excluem parte das pessoas.

Nesta linha, a dicotomia entre as pessoas incluídas e excluídas apresenta-se intimamente relacionada com o poder regulador do Estado, na medida em que este declara quem acede e quem não acede aos direitos de cidadania. A vinheta que se segue realça como estes processos de inclusão excludentes se evidenciam alavancados por uma estratificação cultural das pessoas, particularmente, daquelas em situação de vulnerabilidade:

Rosa, a 32-year-old immigrant from Mexico, has come to the Buena Vista clinic, a community clinic affiliated with a large public hospital, to receive care for an ache in her side. It has been acute for two days now and she fears it may be appendicitis. The clerk at the registration desk asks in Spanish whether Rosa has insurance. Rosa has none and she has no social security number, either. The clerk sighs and gives her the number of the city's public health clinic. Buena Vista clinic cannot provide care to undocumented immigrants unless they pay a \$50 [$\approx$ 47€] fee—an amount few can afford. In a waiting room nearby, a nurse is examining Elisa for strep throat. A Cuban refugee recently resettled by the federal government, Elisa is eligible for social services to assist in her social and economic integration—welfare and medical benefits for up to eight months, food stamps, job training, and rental assistance. These are benefits the federal government does not provide to Mexican immigrants like Rosa. As Elisa leaves, the nurse confides to me her unease about the public health care system's differential treatment of Mexican and Cuban immigrants. “Why is it that one group receives all the benefits and another doesn't?” (Field note). (Horton, 2004, pp. 472-473)

A resposta à interrogação da enfermeira no excerto prende-se com a perceção cultural que certos sistemas sociopolíticos criam acerca de diferentes grupos sociais. No caso particular deste tema, os artigos realçam que se observam culturas consideradas responsáveis e trabalhadoras, como é o caso da cultura cubana (sobretudo por motivos socio-históricos em que a cultura cubana é percecionada como lutadora e resiliente), e culturas consideradas irresponsáveis e dependentes do Estado, como é o caso da cultura mexicana (sobretudo por razões de turismo médico, onde se observa que um grande número da população mexicana viaja para outros países/estados para aceder a benefícios no acesso aos cuidados médicos). Neste sentido, revela-se uma estratificação do acesso à saúde com base numa estigmatização cultural, onde existem pessoas consideradas responsáveis e, por conseguinte, merecedoras de aceder à saúde e outras pessoas consideradas irresponsáveis e, por sua vez, não merecedoras de aceder à saúde. Assente nesta lógica, este cenário sociopolítico e cultural acentua a desigualdade no acesso aos direitos de cidadania, visto que as pessoas estigmatizadas socioculturalmente como não trabalhadoras e irresponsáveis enfrentarão obstáculos no acesso ao trabalho, aos cuidados médicos e, em última instância, no acesso a uma vida digna.

Face a este cenário, as pessoas refugiadas e migrantes procuram reivindicar os seus direitos de cidadania de forma auto-organizada. Na maioria dos casos, os campos de integração apresentam-se distanciados dos centros urbanos (esta situação constitui em si uma forma de exclusão). Neste sentido, uma forma que estes grupos de pessoas encontraram para reivindicar os seus direitos prende-se com a contestação do direito à cidade, isto é, do direito a aceder à vida metropolitana, ao quotidiano das pessoas que vivem na cidade (acesso ao trabalho local, à educação pública, entre demais situações) e também ao direito à diferença (à multiculturalidade inerente à vida moderna) e à informação (pela qual se podem tornar cidadãos engajados).

Posto isto, as pessoas refugiadas e migrantes auto-organizam-se de forma a construírem acampamentos informais em prédios industriais abandonados com maior proximidade dos centros das cidades, onde lhes é possível conviver com os outros cidadãos que habitam a urbe e fazer parte da vida metropolitana. Estes acampamentos apresentam elementos particularmente distintos daqueles que se observam nos acampamentos humanitários, tal como evidenciado pelo discurso de algumas pessoas entrevistadas:

I like very much the self-organised and direct democratic way of operating the squat. I can say in a phrase that at the *Orfanotrofio* – we learn to walk together. This learning is based on mutual care that begins with the simple daily functions of the building, such as the involvement of everyone in cooking and cleaning, and extends to the political processes and self-organised decision-making for political actions such as marches, direct actions and public events. ... This team is both a care group and a political struggle, we claim on the one hand the equality between us and on the other, we raise our voices in the centre of the city through demonstrations and actions (Interview).

...

In Moria camp, we were as if we were sheep for slaughter. They put us in a row to have a meal that in the end was spoiled by the heat. Our children were in constant danger. Here [in PIKPA Lesbos self-organized camp] we are humans, we can cook at home and decide for our lives, and most importantly, to feel safe. ... In Moria refugee camp I am a number, in Mosaik [a self organized camp] I am a member of a family, I am in the home. Outside this door I do not exist (Interview). (Tsavdaroglou et al., 2019, pp. 125-126)

O sentimento de pertença a um grupo, as condições de segurança e de higiene, bem como uma vida próxima das outras pessoas que também habitam a cidade constituem elementos fundamentais para que estas pessoas se tornem cidadãos efetivos²⁶, mesmo que seja mais ao nível simbólico do que formal. Em larga medida, estas ações sociopolíticas de auto-organização e reivindicação de direitos de cidadania são atos de uma cidadania ativista (como aprofundado na secção relativa à participação cidadã), onde as pessoas criam o seu próprio cenário social e constroem a sua cidadania.

Assente nestas ideias, as estratégias empregues para que as pessoas migrantes e refugiadas acessem ao direito à saúde não se esgotam aqui. Outras estratégias utilizadas passam

²⁶ Por cidadão efetivo entende-se uma pessoa que acede de forma garantida (e não comprometida) à panóplia de direitos de cidadania (legais, políticos, sociais, culturais, entre outros). Em larga medida, implica ser-se reconhecido, de forma real e simbólica, enquanto um cidadão (Tonkens & Duyvendak, 2016).

por (re)criar oportunidades para obter autonomia e espaço para fazer-se ouvir por via da manipulação de diversos elementos. Neste sentido, as pessoas migrantes e refugiadas procuram aceder à saúde através de «intermediários pessoais» (onde se enquadram os *health brokers*, como abordado nos temas relativos à arena médica da secção da concetualização de cidadania e de direitos), ou seja, através de pessoas (consideradas cidadãs) que os levam consigo a consultas médicas no centro de saúde local; do «autocuidado/da autopreservação», na medida em que ao cuidarem do corpo (por via da alimentação e do exercício físico, por exemplo) e da mente (através do relaxamento, por exemplo) se mantém num estado de saúde considerado saudável; e «por via da doença», onde através da politização do corpo e da mente (como abordado nos temas relativos à arena médica e à arena política da secção da concetualização de cidadania e de direitos) as pessoas reivindicam o direito à saúde e, por conseguinte, procuram obter acesso a cuidados médicos por via da sua condição de saúde frágil, como se nota no seguinte excerto:

Officer: You know you have to go home.

Farid: If you send me to [country], you are not thinking about me and what will happen to me. I'm a sick man. I need treatment. And there I cannot have it without money. You need to help me. Don't just say that I have to leave the country. (Bendixsen, 2018, p. 167)

Outras estratégias de pessoas migrantes e refugiadas para aceder à saúde passam ainda pela via do «trabalho» (medicina laboral, por exemplo), pela «manipulação da identidade pessoal» e pela «transgressão», onde os profissionais de saúde oferecem cuidados médicos de forma informal, como destacado no artigo de Keleigh Coldron e Louise Ackers (2009).

Com base nestas ideias, os documentos realçam o surgimento de uma «cidadania sintética», ou seja, de uma forma de expressar a cidadania onde as pessoas manipulam os limites que circunscrevem as fronteiras de dado sistema (social, político, económico, entre outros), gerando uma vantagem para si próprios e/ou para outros que não existiria de outra forma e que se situa numa zona cinzenta entre o legal e o ilegal (Coldron & Ackers, 2009), onde a manipulação de recursos pessoais, nacionais e transnacionais facilita a reivindicação de direitos de cidadania, particularmente os ligados à saúde.

Assim, esta categoria permitiu destacar diferentes formas de agência humana, onde se observa o recurso a uma panóplia de estratégias para reivindicar o direito à saúde no seio de complexas redes relacionais entre pessoas, instituições, e sistemas políticos e socioculturais.

3.2.7.3. A arena do mundo do trabalho

A presente subcategoria identifica o mundo do trabalho enquanto um contexto socio-humano significativo, onde se observam processos de facilitação e de obstrução do acesso aos

direitos de cidadania, particularmente os ligados à saúde. Os artigos evidenciam condições laborais precárias que as pessoas migrantes e refugiadas vivenciam.

Tabela 28

Descrição dos artigos referentes à contestação de direitos de cidadania ligados à saúde por parte de pessoas migrantes e refugiadas no que respeita ao mundo do trabalho

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Torres, Heyman, Munoz, Apgar, Timm, Tzintzun, Hale, Mckiernan-Gonzalez, Speed & Tang (2013)	América do Norte	Projeto de investigação centrado em compreender as perceções de pessoas imigrantes a trabalhar na construção civil acerca do seu acesso aos direitos sociais.	O trabalho enquanto um meio que obstrui o acesso aos direitos de cidadania, em particular, os ligados à saúde.
Basok, Hall & Rivas (2014)	América do Norte	Projeto de investigação centrado em compreender as perceções de pessoas imigrantes de etnia latina a trabalhar no Canadá acerca do seu acesso aos direitos de cidadania.	O estatuto ilegal obstrui o acesso aos cuidados médicos em contexto laboral.
Preibisch & Otero (2014)	América do Norte	Projeto de investigação centrado em compreender as perceções de pessoas migrantes e imigrantes a trabalhar em campos agrícolas no Canadá acerca do seu acesso ao direito à saúde.	O estatuto ilegal obstrui o acesso aos cuidados médicos em contexto laboral.
Hennebry, McLaughlin & Preibisch (2015)	América do Norte	Projeto de investigação centrado em compreender as perceções de pessoas migrantes a trabalhar no Canadá acerca do seu acesso ao direito à saúde.	O estatuto ilegal obstrui o acesso aos cuidados médicos em contexto laboral.
Robillard, McLaughlin, Cole, Vasilevska, & Gendron (2018)	América do Norte	Projeto de investigação centrado em compreender as perceções de funcionários públicos da área social, educativa e do emprego acerca do acesso aos direitos de cidadania de pessoas imigrantes do sexo feminino a trabalhar no Canadá.	O estatuto ilegal enquanto um fator de risco para a saúde em contexto laboral.

O seguinte testemunho dá conta das barreiras que estes grupos de pessoas enfrentam no que respeita ao acesso aos direitos sociais:

We worked long hours and our pay didn't reflect it. When I wasn't getting paid for all my work, I had to depend a lot on friends and family to make rent and pay the bills. I usually help support my parents, but I wasn't able to do that. I'm still trying to pay back debts I have from when I didn't get paid in 2007 (Tevez, Construction worker). (Torres et al., 2013, p. 149)

O estatuto ilegal destes grupos de pessoas contribui para acentuar a sua precariedade laboral e, consequentemente, a sua vulnerabilidade social. Nesta linha, a obstrução do acesso aos direitos de cidadania não se esgota nas barreiras no acesso a direitos sociais, como o direito a uma remuneração pelo trabalho realizado, mas também assenta na obstrução do acesso ao direito à saúde:

Throughout Austin, construction workers' safety and lives were put at risk. For example, 41% of workers reported that their employer did not give them any rest breaks at work, and 27% were not provided with drinking water, with temperatures reaching up to 112 °F in the summer months [≈ 44 °C] (Torres et al., 2013, p. 150)

I fell from a lift truck and broke my ankle. I went to the hospital afraid that I might lose my job. My employer got angry and pressured me to continue working (Mexican worker).

...

I had a bladder infection and told the supervisor, but he would not take me to the doctor. I had to ride my bike 4 km after work in the evening to get to the hospital (Jamaican worker).

(Hennebry et al., 2015, pp. 530-531)

Em larga medida, as condições de trabalho precárias constituem fatores de risco para a saúde destas pessoas, sendo que o seu estatuto ilegal acentua a situação de vulnerabilidade social, como se denota no seguinte testemunho:

“They didn’t give me a harness like they should have – I was working more than six feet above the ground and they were rushing us to finish the job. I was just learning how to do roofing work, and I tripped on materials that another worker had left on the roof. My back was really injured (Julio, Construction worker)”. Rojas’ employer did not have workers’ compensation, refused to pay his medical bills, fired him, and stopped returning his telephone calls. Rojas, who has two young daughters, had to shoulder the burden of paying off his medical bills and making ends meet while he was out of work for months. Julio never received the ongoing medical treatment he needed to fully recover from the injury, and still suffers back pain today. (Torres et al., 2013, p. 150)

Neste caso, o estatuto ilegal de Julio acentuou a sua situação de vulnerabilidade social, pois contribuiu para obstruir o seu direito a aceder aos cuidados médicos através do seguro de acidentes de trabalho. Aliado a esta situação, estes grupos de pessoas enfrentam uma série de barreiras quando procuram aceder aos cuidados médicos por via do contexto laboral:

Farmworkers’ fear of losing hours or jeopardizing their current or future employment led both groups to accept work or transportation they perceived as unsafe, to work long hours, to work while ill or injured, and, in the case of migrants, to acquiesce to poor housing. A common perception among Mexican migrants was that questioning their employers, let alone refusing work or long hours, would risk their current and long-term employment through a negative evaluation, failure to be recalled, or premature dismissal or deportation. ... “We tolerate the pain and don’t say anything” (Mexican migrant). ... “There are people who have injured themselves horribly, and even so they keep working” (Asian immigrant). (Preibisch & Otero, 2014, pp. 185-191)

We will often present the other side of every effort: “We can try that, I could call your boss and talk to him, we can file a complaint, we can call the police” ... and then the question remains: “But what would be the consequences for me?” – “Well, I can’t guarantee that you’ll be able to stay. I can’t guarantee that you won’t be sent back home”. I cannot offer any guarantee, so most often, if not always: “Then I do not want to file a complaint”. The service exists, but the program is structured in such a way that worker is better off without reaching out to services (Quebec Service Provider – Social Services). (Robillard et al., 2018, p. 598)

A partir destes testemunhos, observa-se que o acesso aos cuidados médicos se apresenta obstruído pelo receio de que esse acesso culmine num processo de deportação. Este cenário contribui para que as pessoas migrantes e refugiadas vivenciem situações de violência e precariedade laboral, acentuando a sua situação de vulnerabilidade social.

Com base nestas ideias, importa destacar que as barreiras no acesso à informação contribuem para acentuar o fosso entre estes grupos da sociedade (os *outros*) e o *nós*:

Lack of information makes you fear that if you report something, they would take away your job. You don’t know that you can appeal that decision and fight it. ... You don’t know because you are not informed. No one informs you (Interview). (Basok et al., 2014, p. 43)

[Employers are] not going to treat the Canadians the way they treat the Mexicans. ... They [the latter] have no vacation. They have no right to be sick, no right to leave in case they have an accident or anything. They have to work within the next day. If [there's no work] they don't get paid. They have no rights to unionize. ... In that information session that they have in Mexico, and before coming [to Canada], all the remarks are about their duties and responsibilities and obligations here, but they don't say anything about any rights they have, about what they can do. ... If they call the consulate, the consulate is the one who starts arguing with them. Like, "why did you do this, you have to obey your supervisor, you shouldn't leave because you were sick" (Ontario Service Provider – Education). (Robillard et al., 2018, p. 595)

Em larga medida, os serviços e os apoios que estes grupos de pessoas têm acesso centram a sua ação naquilo que são as responsabilidades e ocultam os direitos, promovendo situações sociais em que as pessoas migrantes e refugiadas se encontram vulneráveis às lógicas subversivas de um mercado laboral precário, onde as relações contractuais fluídas e as condições de trabalho precárias acentuam a situação de fragilidade destas pessoas.

Assente nesta esteira, importa compreender que o contexto político contribui para acentuar as situações de vulnerabilidade destes grupos de pessoas:

There are so many ways in which those services could become more accessible, but I think that fundamentally, one of the things that has to change is the ability of employers to dismiss a worker without any recourse. No appeal process is in place. I think that fundamentally undermines any attempt to increase access to services because workers are in such a vulnerable position that they can't make their health a priority (Ontario Service Provider – Social Services).

...

They came [to Canada] already structurally disadvantaged. I mean, they are living with their employer, their employer's name is on their passport, on their visa. It sets the tone of their relationship with the employer, an unequal relationship. They know the fact that the employer is going to be important in obtaining their landed immigrant status, because Immigration required them to have a letter of employment. That's why sometimes they would stay with an abusive employer, so that they can comply with [those criteria] (Ontario Service Provider – Employment).

...

The problem is because the workers are captives of their employers in many cases. They have little mobility; they don't have the ability to change their jobs, and often are in isolated situations. But all these conditions are ones that are structured by the programs, permitted by the government which makes the working conditions what they are now (Quebec Service Provider – Employment). (Robillard et al., 2018, pp. 594-598)

A partir destas passagens, denota-se que o tipo de medidas políticas em vigor para apoiar estes grupos contribui para acentuar a sua condição de vulnerabilidade social através de uma série de procedimentos que colocam estas pessoas sob a tutela de empregadores inseridos em esquemas laborais precários.

Assim, esta subcategoria permitiu explorar uma arena social de relevo para a construção da cidadania deste grupo de pessoas, assim como contribuiu para compreender a sua relação com o (não) acesso aos direitos de cidadania ligados à saúde.

3.2.8. Sexualidade(s) e relações de intimidade

A presente categoria procura explorar uma panóplia de temáticas assentes na(s) sexualidade(s) e nas relações de intimidade (direitos sexuais e reprodutivos, por exemplo) e de grupos sociais (comunidade LGBTI, a título de exemplo) face à relação entre direitos de cidadania e saúde, nomeadamente, sobre as diferentes formas de esta relação se estruturar.

3.2.8.1. Os direitos sexuais e reprodutivos

Tabela 29

Descrição dos artigos referentes à contestação de direitos sexuais e reprodutivos

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Amuchástegui & Flores (2013)	América do Norte	Projeto de investigação com o objetivo de refletir acerca das perspetivas de mulheres mexicanas acerca dos direitos sexuais e reprodutivos.	Distinção entre cidadão grato, cidadão (ir)responsável e cidadão de pleno direito.
Londras & Markicevic (2018)	Europa	Projeto de investigação centrado em analisar documentos enviados a uma assembleia de cidadãos constituída pelo governo irlandês para debater a interrupção voluntária da gravidez.	Identificação de áreas centrais ao debate acerca da interrupção voluntária da gravidez: direitos em relação à saúde física e mental, autonomia, religião, e lei internacional dos direitos humanos.
Brandão & Cabral (2019)	América do Sul	Projeto de investigação direcionado para a análise de três décadas de políticas acerca dos direitos sexuais e reprodutivos.	Destaca a fragilidade dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto políticas.

A presente subcategoria pretende refletir sobre as distintas formas como os direitos sexuais e reprodutivos (parte da panóplia de direitos de cidadania) se revelam contestados na arena social e política. Em larga medida, estes direitos surgem nos artigos enquanto uma dualidade, no sentido em que, por um lado, são perspetivados como universais ao ser humano e, por outro lado, existe a necessidade de os reivindicar por não se encontrarem assegurados.

Nesta linha, os textos de Fiona Londras e Mima Markicevic (2018), e de Elaine Brandão e Cristiane Cabral (2019) revelam uma tensão entre o documento legal que assegura os direitos de cidadania (o direito à vida inscrito na maioria das constituições nacionais, por exemplo) e o campo sociopolítico que procura reivindicar o acesso a direitos que não estão assegurados na lei e que se sobrepõe aos que já estão (e.g., o direito a interromper voluntariamente a gravidez que se sobrepõe ao direito à vida). Um outro foco de tensão evidenciado recai sobre as disputas sociopolíticas entre diferentes grupos da sociedade (a título de exemplo, os grupos de pessoas que são a favor da interrupção voluntária da gravidez e os grupos de pessoas que são contra).

Com estas ideias em mente, a análise dos artigos permite desconstruir alguns elementos destas relações conflituantes. Em primeiro lugar, os artigos descrevem o poder do Estado em inculcar ideias de organização social, familiar e individual ao longo do tempo que moldam os movimentos sociais e as culturas nacionais (a já referida cultura de cidadania). A partir do artigo de Ana Amuchástegui e Edith Flores (2013), destacam-se três tipos de culturas de cidadania face aos direitos sexuais e reprodutivos:

- o «cidadão grato» pela concessão de direitos que recebe do Estado:

If it wasn't legal I would have felt a lot worse! ... Many horrible things happen out there. How many women die? The truth is that it [late termination of pregnancy] may hurt as a human being, but thanks to the government and how they are supporting us now, it is much better (Isabel, 47, mother and grandmother, divorced, salesperson). (Amuchástegui & Flores, 2013, p. 916),

- o «cidadão (ir)responsável» que procede com cautela face a um Estado tolerante de modo a não perder os direitos que recebeu por abuso dos mesmos:

It's not a game. Women must avoid thinking: "so what? there's always this solution", because precisely by thinking that way they can take these things away from us, and then we won't have them anymore because women abused the opportunity (Lucila, 19, two children, housewife). (Amuchástegui & Flores, 2013, p. 917), e

- um «cidadão de pleno direito» que foca na dualidade entre direitos universais (garantidos) e direitos adquiridos (comprometidos), na medida em que procura reivindicar aqueles que considera necessários adquirir e contestar o aprofundamento dos que já estão garantidos:

Now I have the freedom, it's my decision. It's my freedom above anything, because I am now mature in thought and autonomy (Sabina, 21, lives with her partner, one child, one previous clandestine abortion). (Amuchástegui & Flores, 2013, p. 919)

Assim, os artigos revelam que os direitos de cidadania ligados à saúde, nomeadamente, os direitos sexuais e reprodutivos, encontram-se em constante contestação, sendo disputados na arena sociopolítica. No entanto, este cenário evidencia, por um lado, a fragilidade dos processos sociopolíticos, na medida em que existe uma tensão constante entre os regimes de governação política e as comunidades sociais, onde os primeiros procuram regular o que os segundos reivindicam. E, por outro lado, o potencial transformador desta relação conflituante, no que se refere a impulsionar a mudança social.

3.2.8.2. Comunidade LGBTI

Tabela 30

Descrição dos artigos referentes às reivindicações da comunidade LGBTI

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Finnis (2004)	América do Norte	Projeto de investigação com o objetivo de compreender os efeitos do alargamento do poder de tomada de decisão médica (<i>medical power of attorney</i>) a pessoas homossexuais.	Alargamento do acesso aos direitos de cidadania ligados à saúde por parte de pessoas com identidade sexual não heteronormativa.

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Khan, Hussain, Parveen, Bhuiyan, Gourab, Sarker, Arafat & Sikder (2009)	Ásia	Projeto de investigação com o objetivo de compreender o acesso aos direitos de cidadania de pessoas da comunidade transgénera Hijra.	Acesso aos direitos de cidadania de pessoas transgéneras marcado pela exclusão social.
Formby (2011)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender o acesso de pessoas lésbicas e bissexuais ao direito à saúde.	A identidade sexual não heteronormativa enquanto um elemento que obstaculiza o acesso ao direito à saúde.
Taylor (2011)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender o acesso à parentalidade de pessoas lésbicas e gays.	Alargamento do acesso aos direitos de cidadania por parte de pessoas com identidade sexual não heteronormativa.
Marques, Nogueira & Oliveira (2015)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender o acesso de pessoas lésbicas ao direito à saúde.	Acesso ao direito à saúde de pessoas lésbicas marcado pela estigmatização social.
Yılmaz & Göçmen (2016)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de compreender o acesso de pessoas da comunidade LGBT ao direito ao emprego, à saúde e à habitação.	Acesso aos direitos de cidadania de pessoas LGBT marcado pela estigmatização social.
Mavhandu-Mudzusi (2016)	África	Projeto de investigação com o objetivo de compreender o acesso ao direito à saúde de pessoas da comunidade LGBTI.	A identidade sexual não heteronormativa enquanto um elemento que obstaculiza o acesso ao direito à saúde.

A presente subcategoria procura explorar a relação particular das pessoas da comunidade LGBTI com a reivindicação de direitos de cidadania, em particular, aqueles ligados à saúde. Nesta linha, o acesso aos direitos de cidadania das pessoas desta comunidade revela-se obstruído por processos de estigmatização social que conduzem a situações de vulnerabilidade. A título de exemplo, o acesso ao emprego apresenta-se um direito crucial para aceder a uma vida digna e para a integração na sociedade. A partir dos seguintes testemunhos evidenciam-se as barreiras neste acesso:

I wanted to become a woman. I didn't want to become a prostitute. But in order to become a woman, I had to become a prostitute. I couldn't have known that. Because what happened? My job made me leave all that, I couldn't work. When I couldn't work, I couldn't earn money as well. To make a living, I was obliged to do it, had to get on the road and so on (Trans woman, İstanbul). (Yılmaz & Göçmen, 2016, p. 480)

[Hijra] are forced to have unprotected sex with clients, local influential persons, and police free of charge. Like my friends, now I also think that I should leave sex trade but where should I work, how to earn, and how to survive? I am so unfortunate! (Interview). (Khan et al., 2009, p. 446)

Em alguns cenários sociais, as formas de acesso ao emprego por parte de pessoas da comunidade LGBTI acentuam a sua estigmatização social e contribuem para acentuar situações de vulnerabilidade. Em larga medida, a forma como *nós* perspetivamos as pessoas desta comunidade (os *outros*) contribui para a sua exclusão social:

I fell ill, felt unwell in the middle of the night and I had to go to the emergency, but I couldn't gather my courage, a million things came to my mind. That encounter at the admission desk, the difficulties I may have to deal with in my state of sickness; on top of that, dealing with those people, like I have to explain myself again and again ... I didn't have the strength for all this. I felt like I had to cope with it myself rather than going to a hospital (Trans woman, İstanbul). (Yılmaz & Göçmen, 2016, p. 485)

I dread having any kind of sexual health issue, and however educated I may be I would rather ignore an issue than go and get it sorted out for fear of being treated unfairly [by doctors and medical staff at health services] (Jane). (Formby, 2011, p. 1174)

Como se denota nestes relatos, a estigmatização social das pessoas LGBTI leva ao seu afastamento dos serviços de saúde. Por sua vez, este afastamento obstaculiza o acesso das pessoas desta comunidade ao direito à saúde, acentuando a sua condição de vulnerabilidade social e contribuindo para a sua exclusão da sociedade.

Não obstante, as pessoas desta comunidade também relatam experiências tidas como positivas no acesso aos cuidados médicos: “I got a really, really, really good impression. [The doctor] said, ‘You don’t have to be bothered about contraception, but you do need to be bothered about transmitted diseases—you do use some protection, don’t you?’ (Interview)” (Marques et al., 2015, p. 996).

Assente nestas ideias, importa destacar que a estratificação das desigualdades sociais por fatores económicos, por etnia, por gênero ou por outros elementos sucede não só no plano amplo da sociedade, mas também no seio da comunidade de pessoas LGBTI, como acentuado por uma pessoa entrevistada:

I am white, middle class and professional, so I have much more privilege and can be much more open about my sexuality and relationships than less privileged lesbians who are black, poor and jobless (Anne: white, British, middle class, aged 55-64). (Formby, 2011, p. 1170)

Contudo, a reivindicação dos direitos de cidadania ligados à identidade sexual permitiram legitimar um estatuto de equidade legal²⁷ na sociedade, nomeadamente, no caso do acesso ao direito a casar e a adotar, para grupos sociais que outrora o reivindicavam, como é o caso de pessoas homossexuais:

I mean I can see, immediately, the difference in how seriously lesbian and gay couples are being taken as, potentially, adoptive parents, just because it has been legitimised, like the state is saying, “These are okay”. So the questioning that used to go on, you know, the real bottomline question about, “Is this an okay thing to do?”, It’s like, well, “It is, and it’s legal”. So anything that questions it immediately falls into ranks of discrimination (Angie, 46, middle-class). (Taylor, 2011, p. 593)

²⁷ Entende-se equidade legal enquanto um conceito bifurcado, cujos ramos se cruzam: por um lado, percebe-se a equidade legal segundo uma série de expectativas pessoais, ou seja, assente numa ideia utópica acerca de dado tema que se distancia do significado legal que a lei atribui a essa temática, e, por outro lado, percebe-se a equidade legal com base numa série de experiências pessoais, isto é, assente numa vivência dilatante, onde se experiencia a revelação de que o significado legal atribuído a dado tema se distancia do significado pessoal atribuído à lei ao nível da mesma temática. Em larga medida, a equidade social revela-se um *constructo* social e humano assente nesta tensão entre expectativa e experiência face à lei (Hertogh, 2009).

No entanto, apesar da legitimação legal, os contextos de saúde revelam as tensões sociais assentes sobre a identidade sexual e de gênero (vd., APA, 2015), como no caso do poder de tomada de decisão médica (*medical power of attorney*):

There have been a number of occasions where I've been in the [emergency treatment] room saying, "Look, my partner is outside, can you please let her in?". And they say no, and I say, "But she's the closest thing to my spouse". And she can't come in. And yet everybody [else] in the ER [Emergency Room] has their mother or their partner or whatever. ... They won't even give her accurate information on me (Julia).

...

You know, we just didn't meet and move in together, we're married. We've been married in the church, and it's no different, as far as I'm concerned, than a husband and a wife, even if the hospitals don't tend to treat it that way, as far as I'm concerned, she's got the power to say "Yes, you do that", or "No, you don't do that". Just like a husband and wife would. But ... the only way you could do that is if you had that piece of paper ... it's just totally horrendous (Jen). (Finnis, 2004, pp. 165-168)

Estas pessoas entrevistadas destacam as barreiras que a comunidade de pessoas LGBTI encontra em aceder aos direitos de cidadania ligados à saúde, nomeadamente, a práticas sociais, culturais e de saúde universais, como é o caso do acompanhamento familiar em situação de doença. Não obstante, a iniquidade no acesso à saúde revelou-se acentuada pelo fator da identidade sexual, em particular, para pessoas homossexuais por relação às pessoas heterossexuais:

I regularly come out to health professionals but it is not always acknowledged or taken on board (Emma: lesbian, white, New Zealander, class not provided, aged 35-44).

...

I've tried to get dental dams [from health services] ... and have had problems from staff not knowing what they are, to being told that I could only have one and then I'd have to buy them from now on (Cathy: lesbian, white, New Zealander, class not provided, aged 35-44). (Formy, 2011, p. 1173)

Em larga medida, as pessoas desta comunidade enfrentam obstáculos em obter meios de proteção sexual, assim como revelam que a sua identidade sexual (e de gênero) não é tida em conta pelos profissionais de saúde. Este cenário leva a que as pessoas da comunidade LGBTI experienciem situações de vida discriminatórias no acesso aos cuidados médicos, como destacam duas pessoas entrevistadas num dos artigos:

I went to the clinic with anal warts. As I am out of the closet, the health care professional was aware that I am homosexual. Instead of offering me treatment, the health care professional told me that what I am doing is a sin and started reading the Bible for me from Corinthians and Deuteronomy, telling me that if I do not stop what I am doing, I will rot in hell. From that day, I told myself that I will never visit the clinic again (Vicky, transwoman, 21 years old).

...

The time I visited the university clinic, suffering from lower abdominal pain, I was requested to go and test for pregnancy. I told the nurse that I do not have sex with males, but females only, so I cannot be pregnant. Instead of offering me treatment for the problem I have, the university clinic nurse told me that practicing homosexuality is a sign of psychological problem. I was asked several questions regarding my family and childhood such as: "Have you been abused as a child by a man? Is your mother being abused by your father?" Though I responded "no" to all the questions, the nurse told me that it is a psychological problem and referred me to the psychologist (Phumu, lesbian, 24 years old). (Mavhandu-Mudzusi, 2016, pp. 109-110)

As pessoas entrevistadas destacam os efeitos da cultura nos processos de estigmatização e de inclusão-exclusão, onde o acesso aos direitos de cidadania se revela obstaculizado pelo sistema de valores que dada cultura de cidadania apresenta. Importa ainda notar que estes obstáculos também se revelam no acesso à informação:

Basic information about what sort of sex transmits what sorts of infections between women would be a start! Alongside what actually IS [participant' emphasis] safe sex between women" (Jane: white, British, lower middle class, aged 25-34). (Formby, 2011, p. 1171)

When they conduct their HIV/AIDS awareness campaign, they only talk about males and females having sex. The same occurs during demonstration of condom usage. They only talk about the sexual organs of male and female who are ready to have sex, not homosexual partners. All the promotional materials on HIV/AIDS, sex and sexuality are written focusing on heterosexual couples. They do not even demonstrate or talk about the use of dental dams or finger gloves, or any means [by] which we as lesbians can protect ourselves from being infected with HIV (Kondy, lesbian, 23 years old). (Mavhandu-Mudzusi, 2016, p. 108)

As pessoas entrevistadas acentuam que a cultura de cidadania se apresenta embrenhada em diferentes sistemas da sociedade, como o educativo, de informação e de saúde, a partir dos quais se reproduzem ideias que acentuam a situação de vulnerabilidade das pessoas desta comunidade. Em larga medida, a transmissão de informação enviesada (apenas acerca de um grupo ou de um tópico) obstaculiza um efetivo acesso a uma integração dita plena na sociedade, perpetuando cenários de vida de vulnerabilidade.

Assim, esta subcategoria permitiu destacar os obstáculos que a comunidade LGBTI enfrenta na reivindicação de direitos de cidadania, bem como as respostas desta comunidade a estes desafios do contexto sociopolítico.

3.2.8.3. Educação

A presente subcategoria procura explorar a relação entre os direitos de cidadania ligados à saúde e à educação, em particular, a educação sexual e a educação para a cidadania. Os artigos permitem aprofundar a relação entre a construção da cidadania e a construção da sexualidade. Em particular, focam nas práticas educativas através das quais a educação sexual incorpora uma educação para a cidadania (e vice-versa), onde as práticas educativas produzem uma variedade de relações (com o conhecimento, com os outros, com o *eu*, entre outras) capazes de afetar a forma como os corpos e as mentes participam nos contextos sociais, em larga medida, capazes de afetar a construção da cidadania a partir da exploração de uma faceta deste conceito – a(s) sexualidade(s) e as relações humanas.

Tabela 31

Descrição dos artigos referentes ao campo da educação

Artigo	Localização	Foco	Contributo
Fincham (2007)	Europa	Projeto de investigação com o objetivo de refletir sobre as perspetivas de professores e estudantes escolares, e políticos acerca das práticas educativas relacionadas com a disciplina de <i>Personal, Social and Health Education</i> (Educação pessoal, social e para a saúde) numa escola católica do ensino secundário situada no Reino Unido.	Identifica a relação entre a construção da cidadania e a construção da sexualidade.
Lamb & Randazzo (2016)	América do Norte	Projeto de intervenção centrado em contribuir para a construção da cidadania de jovens em idade escolar a partir da implementação de um currículo diferenciado para as aulas de educação sexual: <i>The Sexual Ethics for a Caring Society Curriculum (SECS-C)</i> (O currículo assente na ética sexual para uma sociedade solidária).	Identifica diferentes formas de engajar com o discurso educativo acerca da(s) sexualidade(s) que revelam formas de construir a cidadania.
Allred & Fox (2019)	Europa	Projeto de investigação centrado em compreender a construção da cidadania de pessoas jovens em idade escolar através do contexto das aulas de educação sexual.	Identifica diferentes formas em que a ação profissional de professores escolares, enfermeiras/os e educólogos/as facilita o acesso aos direitos de cidadania, em particular, os ligados à saúde sexual.
Grant & Nash (2019)	Oceânia	Projeto de investigação centrado em compreender a construção da cidadania de pessoas <i>queer</i> e bissexuais do sexo feminino a partir do contexto das aulas de educação sexual.	Identifica diferentes formas de engajar com o discurso educativo acerca da(s) sexualidade(s) que revelam formas de construir a cidadania.
Shuttleworth (2020)	América do Norte	Projeto de investigação com o objetivo de analisar os efeitos da prática docente em contexto de aulas de educação para a cidadania global na construção da cidadania de pessoas jovens em idade escolar.	Identifica as práticas educativas centradas na experiência quotidiana enquanto promotoras da construção da cidadania.

A partir desta base, importa notar que a relação entre direitos de cidadania e saúde revela-se assente na ideia de que a construção da cidadania implica o acesso a direitos de cidadania e, por sua vez, uma parte significativa deste acesso na vida dos jovens realiza-se no campo da saúde, em particular no campo da saúde sexual.

Neste sentido, o campo educativo formal surge como um lugar privilegiado nos artigos para que esta relação seja explorada e aprofundada. Como tal, os documentos abordam as diferentes formas como a ação profissional de professores, enfermeiras/os e educólogos/as facilita o acesso aos direitos de cidadania através de práticas educativas no seio da saúde sexual.

No que respeita aos/às professores/as, os artigos de Sharon Lamb e Renee Randazzo (2016), e Pam Allred e Nick Fox (2019), destacam que estes/as procuram transmitir

informação e facilitar a aquisição de conhecimentos que promovam o bem-estar de estudantes no contexto de relações pessoais e sexuais, onde a cidadania se expressa por via de tomadas de decisão que (não) promovam a gestão destas relações no seio de um contexto adequado à cultura da sociedade em que se inserem. Em larga medida, a relação entre direitos de cidadania e saúde prende-se com processos de exclusão-inclusão social, ou seja, tem que ver com uma consciencialização para os direitos e responsabilidades de se «ser-tornar» um cidadão, em particular, no que respeita às relações pessoais e à(s) sexualidade(s).

No que toca aos/às enfermeiros/as, o artigo de Pam Alldred e Nick Fox (2019), contribui para compreender que estes/as profissionais procuram transmitir informação de forma a facilitar a aquisição de conhecimentos para a promoção de uma vida sexual dita saudável, onde a cidadania se expressa por via das tomadas de decisão que (não) promovam a saúde (sexual). Em larga medida, a relação entre direitos de cidadania e saúde prende-se com o empoderamento pessoal, ou seja, tem que ver com a materialização das ações cidadãs sob a forma de comportamentos que promovam a saúde (sexual).

Por último, no que diz respeito aos/às educólogos/as, o artigo de Pam Alldred e Nick Fox (2019) permite enquadrar o escopo de ação destes profissionais no contexto das aulas de educação sexual. Numa perspetiva ampla, estes/as profissionais procuram construir um ambiente educativo capaz de abrir portas para a partilha de experiências pessoais em relação à(s) sexualidade(s) e para a participação na vida em comunidade/sociedade enquanto forma de engajar com a(s) sexualidade(s) e as relações de intimidade, onde a cidadania se expressa por via da conjugação entre as tomadas de decisão individuais e as coletivas relacionadas com a(s) sexualidade(s). Em larga medida, a relação entre direitos de cidadania e saúde prende-se com a transferência de competências entre a educação sexual e a construção da cidadania, ou seja, encontra-se intimamente relacionada com a ideia de que a autonomia sexual contribui para promover a autonomia pessoal, que a auto responsabilização pela sua saúde sexual contribui para fomentar a responsabilidade comunitária/social e que o respeito pela diversidade sexual contribui para fomentar o respeito pela diferença que existe na sociedade.

Assente nesta base, importa agora destacar em que sentidos estas práticas educativas no seio da educação sexual obstruem o acesso aos direitos de cidadania de estudantes em idade escolar.

No que respeita à informação transmitida, as práticas educativas em contexto de educação sexual revelam-se redutoras:

The information was really, um, kind of anatomical or facts about like, yeah, anatomical, like a biology lesson (Carrie, 23, bisexual).

...

They didn't even cover like the useful stuff, like they didn't talk about, you know, how to keep your junk clean! (laughs) Like I remember the first time I got a urinary tract infection and I was like "what is happening to my body!?" (Frankie, 25, bisexual). (Grant & Nash, 2019, p. 319)

Com base nestes testemunhos, torna-se visível que as práticas educativas não contribuíram para emancipar as pessoas em termos da sua relação com a saúde e o corpo, por exemplo, através da exploração de práticas de higiene quotidianas, que para as crianças e os jovens não-binários, se revelam experiências complexas. Nesta linha, as pessoas não-binárias encontram barreiras sociais, culturais e educativas no acesso à informação em ambiente escolar:

My early experiences with sexuality were pretty negative. And I think that's probably because there was no blueprint for what a relationship was meant to be when it was between two women ... there was no one who was like, you know, we'd have classes and they'd be like, you know, if a guy hits you or if a guy yells at you or you know there's a whole set of behaviours that are identified as negative. And that's a bad relationship. (Sighs) But no one ever sits down with queer girls and says this is what, like, when a woman abuses you this is what it's like to be sexually assaulted by your girlfriend ... because that stuff isn't included in sex ed and it isn't talked about, um, ever so there was no guidance to validate the relationship, just as a relationship, let alone as how we want a relationship to be. Like, there was no "this is what is good. This is what boundaries mean" for bisexuals, for lesbians, for queers in general (Frankie, 25, bisexual).

...

There's all these misconceptions, especially growing up as a queer kid ... cause you don't really get taught about sexual health for queer people ... it's all just for straight people and I remember being told in high school that you don't need a pap smear unless you've had sex with a man ... so I was like, "oh, yeah I'm probably never going to have to" (Jess, 25, bisexual). (Grant & Nash, 2019, pp. 321-323)

As pessoas entrevistadas revelam que a sua sexualidade não-binária se encontra por explorar em contexto escolar de educação sexual. Tal situação apresenta efeitos na construção da cidadania, como explicado por Frankie. Importa também notar que os desafios encontrados na construção da sexualidade revelam efeitos na relação com a saúde, como experienciado por Jess.

Assente nesta esteira, as pessoas recorrem ao contexto digital como forma de procurar e obter informação personalizada às suas singularidades:

I've mostly gone online. ... Like, YouTube and I'm in some good Facebook groups. It's a lot better to hear the personal experiences of everything that can go wrong and right ... and that's a lot better because you're not just getting «here's the science» you're also getting «here's what actually happens» (Isabelle, 21, bisexual). (Grant & Nash, 2019, p. 324)

Em larga medida, esta procura ativa constitui uma forma de engajamento com o conhecimento e com os outros, nomeadamente com outras pessoas do mesmo grupo social, contribuindo para a integração na sociedade por via da identificação com «outros iguais a nós».

Não obstante, os documentos permitem identificar práticas educativas no contexto da educação sexual e da educação para a cidadania que promovem significativamente a construção

da cidadania (sexual). Nomeadamente, as práticas educativas centradas em experiências quotidianas²⁸. Por outras palavras:

I think students need to see it in practice, through stories, case examples, through the community; they need to experience it for themselves. ... I do think that there are certain issues in the pandemic that are coming up, especially masks, [which drives education] to think about issues of citizenship (James). (Shuttleworth, 2020, p. 71)

Em larga medida, o conhecimento encontra-se interconectado com a relação entre o global e o local, isto é, com o confronto com questões que nos afetam a todos e a todas na escala mundial, mas também com questões que nos dizem respeito na escala grupal e comunitária, como destacado por dois estudantes em idade escolar:

[Citizenship education] is about not being a criminal, not vandalising drugs and basically how not to get yourself into trouble (School student).

...

They're saying that you're wrong to have sex before marriage but I feel that if you're in a loving relationship and you're happy and you've thought about it, then it's not a problem (School student). (Fincham, 2007, p. 26)

A partir da consciencialização de diferentes questões, as práticas educativas apresentam-se capazes de promover significativamente a construção da cidadania por via de uma abertura à relação com o mundo, com os outros e com o *eu*, onde, por exemplo, se reflete acerca de estereótipos, sobre a interculturalidade, e muitos outros tópicos de interesse particular às pessoas inseridas nestas situações educativas.

Assente neste racional, revela-se pertinente demonstrar um exemplo deste tipo de práticas centradas nas experiências quotidianas:

A dilemma introducing financial need into a scenario wherein a woman agrees to exchange sex for a diamond bracelet ... was presented to students. The teacher added that the woman needs to feed her child and has no money. A girl, Vera, noted that the woman can trade in the bracelet for money and feed her child, to which another student asked what if she has another baby as a result of the exchange, to which Vera replied, "that's her problem". The class talked about various risks. ... Doris added a moral dimension by suggesting, "He could be nice" to be offering this deal. Arthur interrupted the teacher who questioned what was "nice" about offering this exchange, and asked: "If he's helping, why not just give her the money? All right never mind". The teacher picked up on the discounting of his idea and pursued this with the class to which Jade answered that he was not nice because he was pursuing his own pleasure. Another student, Maggie, revives the idea of «nice» by saying the man wants to help her but he also wants sex in return. ... Other students seemed to be struggling to imagine that the man might be abusing his power and they arrive at an interpretation where they saw him as self-interested and helpful. ... In another class with a different set of students using this same case, students were able to state more strongly that the man's actions were unethical and uncaring, but maintained that it was the man who was being «smart» while the woman was «stupid» thus maintaining a discourse of personal choice. As Beverly noted, "Well he's lying, but he's being smart, he's getting what he wants. I mean it's not right, and it's selfish, but he's smart. She's the one who's stupid. She should have said, «Give it to me first»" (Field notes). (Lamb & Randazzo, 2016)

²⁸ Entende-se que as práticas centradas nas experiências quotidianas se encontram ligadas ao significado atribuído à vida quotidiana/às experiências ditas mundanas que realizamos diariamente, por outras palavras, estas práticas consistem em rituais prolongados no tempo de perceção, de expectativa e de ação naturalizados no quotidiano humano e social por diversas normas e rotinas, sendo materializados pela nossa capacidade de ação no mundo, em certa medida, pelo potencial transformador da vida quotidiana. De forma ampla, a vida quotidiana representa o equilíbrio entre a repetição, a intuição e a invenção (Hermes, 1993).

O caso ilustrado parte de um contexto onde estas problemáticas (os jovens enquanto trabalhadores do sexo e a gravidez na adolescência) se revelam emergentes e, como tal, evidenciam-se como tópicos a debater. Não obstante, há que reconhecer que estas discussões procuram suscitar o confronto com perspetivas diferentes e incentivar um engajamento dito positivo com a vida, mas que o trabalho necessário para efetivamente promover efeitos significativos na vida das pessoas passa por inserir a abordagem educativa num plano amplo de um projeto de vida que leve em conta uma perspetiva ecológica (medidas políticas, grupo familiar, serviços de saúde e sociais, entre outros elementos) e holística (o ser humano enquanto um sistema complexo e plural) acerca deste tipo de temas (Bronfenbrenner, 1979a).

Assim, esta subcategoria permitiu enquadrar o campo educativo no escopo da construção deste campo do saber referente à relação entre direitos de cidadania e saúde.

Em jeito de consideração final, o presente capítulo permitiu, por um lado, descrever as arenas de disputa sociopolítica subjacentes à relação entre direitos de cidadania e saúde, nomeadamente, permitiu identificar os contornos dos direitos de cidadania no campo da saúde e compreender a sua estrutura em torno das arenas científica, legal, política, médica, e no que respeita à(s) sexualidade(s) e relações de intimidade; descrever diferentes processos ligados ao ativismo profissional nos contextos de saúde e sociais, bem como no que concerne aos contextos político, e social e pessoal; aprofundar o entendimento acerca da relação entre direitos de cidadania, e saúde física e mental, em particular, em relação aos contextos médico-político, físico-social, e social, comunitário e pessoal; compreender de forma profunda algumas das problemáticas ligadas às pessoas migrantes e refugiadas, nomeadamente, aquelas que dizem respeito ao estatuto (i)legal, à reivindicação do direito à saúde e ao mundo do trabalho; e iluminar algumas problemáticas socioeducativas e políticas em torno da(s) sexualidades e das relações de intimidade, em particular, no que respeita aos direitos sexuais e reprodutivos, à comunidade LGBTI, e à educação sexual e para a cidadania. Numa perspetiva ampla, as categorias e subcategorias construídas permitiram identificar as problemáticas que formam o campo do saber respeitante à relação entre direitos de cidadania e saúde.

Capítulo IV – Discussão dos resultados

4. Discussão dos resultados

Try to imagine Nowheresville – a world very much like our own except that no one has *rights*. This flaw makes Nowheresville too ugly to hold very long in contemplation.

— Joel Feinberg (1970, p. 243), *The nature and value of rights*

O presente capítulo procura, por um lado, discutir os resultados alcançados com a pesquisa à luz de uma série de ideias que sustentam a construção de um subcampo na área da cidadania em saúde e, por outro lado, iluminar caminhos de ação profissional para os educólogos e as educólogas no seio do campo da cidadania em saúde à luz das ideias do subcampo que se propõe. Numa perspetiva ampla, a proposta deste capítulo assenta, em certa medida, na luta sociopolítica e educativa para que nunca se venha a contemplar a *Nowheresville*.

4.1. *Healthenship*: Consolidando a relação entre direitos de cidadania e saúde no escopo do campo da cidadania em saúde

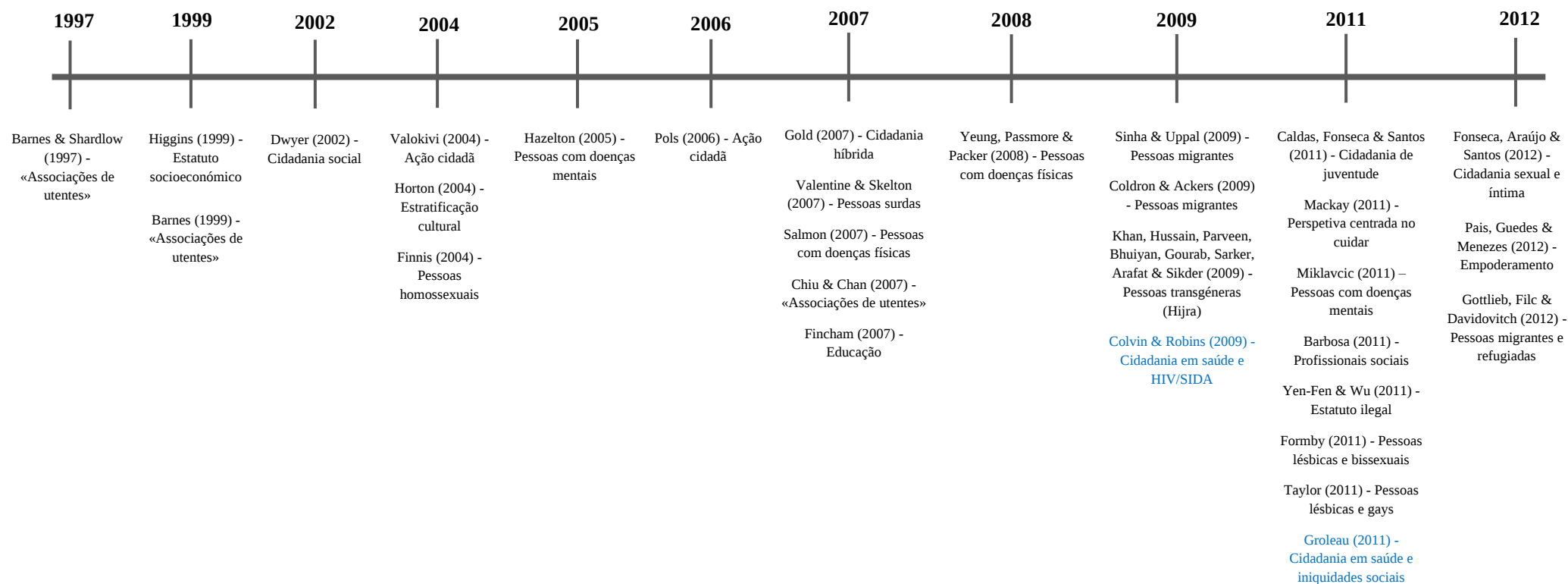
A presente secção expõe e sustenta, a partir de todo o trabalho que se tem vindo a realizar, a proposta de um subcampo no seio da área da cidadania em saúde. Em primeiro lugar, apresentam-se uma série de propostas concetuais que procuram contribuir para o aprofundamento dos conceitos de saúde e de direitos de cidadania, onde se identificam diversos elementos que constituem estes termos centrais à pesquisa. E, em segundo lugar, apresentam-se uma série de ideias que sustentam a identificação de um subcampo da área da cidadania em saúde, onde se destacam diferentes aspetos que configuram este subcampo, tal como, as dimensões que o moldam.

Neste sentido, a seguir, apresenta-se uma linha temporal que procura colocar em perspetiva as considerações de partida em que a revisão se baseou e as considerações alcançadas com o trabalho investigativo levado a cabo.

(espaço deixado em branco de forma intencional)

Figura 8

Linha temporal que descreve os artigos, e os eventos dos contextos sociopolítico e científico



2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Decoteau (2013) - Cidadania biomédica	Guta, Strike, Flicker, Murray, Upshur & Myers (2014) - Cidadania científica	Gaete-Reyes (2015) - Pessoas com doenças físicas	Rygiel (2016) - Cidadania póstuma	Underman, Sweet & Decoteau (2017) - <i>Custodial citizenship</i>	Berenschot, Hanani & Sambodho (2018) - <i>Brokered citizenship</i>	M'charek & Casartelli (2019) - Cidadania póstuma	Ogunrotifa (2020) – Cidadania farmacêutica	MacIntyre, Cogan, Stewart, Quinn, O'Connell & Rowe (2021) - Modelo empírico de cidadania	Jauho & Helén (2022) - Cidadania em saúde e «vitalidade humana»
Nedlund & Nordh (2013) - Políticas de saúde mental	Lakhani & Timmermans (2014) - Cidadania biopolítica	Hamer & Finlayson (2015) - Pessoas com doenças mentais	Baldwin & Greason (2016) - Perspetiva centrada no cuidar	Bryers-Brown & Trundle (2017) - Cidadania militar	Monro & Van Der Ros (2018) - Cidadania transgénera	Monro, Crocetti & Yeadon-Lee (2019) - Cidadania intersexo	Sépulchre (2020) – Direito à saúde	Lampropoulos & Apostolidis (2021) - Perspetiva centrada em «medidas políticas de compensação»	Eleições nas Filipinas (Oliver, 2022a), Afeganistão (Oliver, 2022b), saúde mental (Oliver, 2021c) e monkeypox (Oliver, 2022d)
Gooldin (2013) - Participação cidadã	Hamer, Finlayson & Warren (2014) - Pessoas com doenças mentais	Stillo (2015) - Pessoas com doenças físicas	Hatzenbuehler, Prins, Flake, Philbin, Frazer, Hagen & Hirsch (2016) - Políticas de imigração e saúde mental	Hamer, Kidd, Clarke, Butler & Lampshire (2017) - Pessoas com doenças mentais	Bosire, Mendenhall, Omondi & Ndeti (2018) - Pessoas com doenças físicas	Rickli (2019) - Pessoas com doenças físicas	Cogan, MacIntyre, Stewart, Tofts, Quinn, Johnston, Hamill & Rowe (2020) - Pessoas com doenças mentais	Koning, Flaim, Baldiga & Feingold (2021) - Estatuto (i)legal	
Castañeda (2013) - Participação cidadã	Epstein & Héctor (2014) - Pessoas gays e imigrantes	Torres & Waldinger (2015) - Pessoas imigrantes	Priestley, Stickings, Loja, Grammenos, Lawson, Waddington & Fridriksdottir (2016) - Participação política	Manson (2017) - População Roma	Yardimci & Bezmez (2018) - Pessoas com doenças físicas	Hiddinga & Langen (2019) - Pessoas com doenças físicas	Macgregor (2020) – <i>Mental Health Tribunal</i> (Escócia)	Lorenzo (2021) - Pessoas migrantes e refugiadas	
Nading (2013) - Ação cidadã	Basok, Hall & Rivas (2014) - Pessoas imigrantes	Hennebry, McLaughlin & Preibisch (2015) - Pessoas migrantes	Whittaker & Leng (2016) - Turismo médico	Eleições francesas (Oliver, 2017a), tensão nuclear (EUA e Coreia do Norte) (Oliver, 2017c)	Kelly & Yarwood (2018) - Pessoas com doenças mentais	Hamer, Rowe & Seymour (2019) - Profissionais de saúde	Sayani & Silke (2020) - «Associações de utentes»	Petrakaki, Hilberg & Waring (2021) - Cidadania em saúde e universo digital	
Torres, Heyman, Munoz, Apgar, Timm, Tzintzun, Hale, McKiernan-Gonzalez, Speed & Tang (2013) - Pessoas imigrantes	Marques, Nogueira & Oliveira (2015) - Pessoas lésbicas	«Territórios americanos» (Oliver 2015a), , mercantilização das práticas médicas (Oliver, 2015b), tortura (EUA) (Oliver, 2015c), direitos LGBTQIA+ (Oliver, 2015d, f), educação sexual (Oliver, 2015e), saúde mental (Oliver, 2015h), pessoas migrantes e refugiadas (Oliver, 2015g) e eleições canadanas (Oliver, 2015j)	Yilmaz & Göçmen (2016) - Comunidade LGBTI		Perna (2018) - Pessoas migrantes	Van Natta, Burke, Yen, Fleming, Hanssmann, Rasidjan & Shim (2019) - Estatuto (i)legal	Bänziger & Çetin (2020) - Pessoas refugiadas com HIV/SIDA	Nugroh, Handayani & Effendi (2021) - Cidadania em saúde e acesso a cuidados médicos	
Amuchástegui & Flores (2013) - Direitos sexuais e reprodutivos	Preibisch & Otero (2014) - Pessoas (i)migrantes		Mavhandu-Mudzusi (2016) - Comunidade LGBTI		Walkden, Anderson, Vink, Tilling, Howe & Ben-Shlomo (2018) - Pessoas migrantes	Spahl & Österle (2019) - Pessoas refugiadas	Riley, Akther, Noor, Rahmat & Welton-Mitchell (2020) - População Rohingya	Spael, Lacelle & Millar (2021) - Cidadania em saúde, Covid-19 e neoliberalismo	
	Spoel, Harris & Henwood (2014) - Cidadania em saúde e neoliberalismo		Lamb & Randazzo (2016) - Educação	Harjula (2016) - Cidadania em saúde e acesso a cuidados médicos	Bendixsen (2018) - Pessoas migrantes	Tsavaroglou, Giannopoulou, Petropoulou & Pistikos (2019) - Pessoas refugiadas	Shuttleworth (2020) – Educação	Afeganistão (Oliver, 2021a) e Taiwan (Oliver, 2021b)	
	«Independência» da Escócia (Oliver, 2014)		Waldman (2016) - Cidadania em saúde e mundo do trabalho		Robillard, McLaughlin, Cole, Vasilevska, & Gendron (2018) - Pessoas imigrantes	Brandão & Cabral (2019) - Direitos sexuais e reprodutivos	Autoritarismo governativo (Oliver, 2020a), Covid-19 (Oliver, 2020b) e população Uyghur (China) (Oliver, 2020c)		
			Komporozos-Athanasiou, Fudge, Adams & McKeivitt (2016) - Cidadania em saúde e participação política		Londras & Markicevic (2018) - «Aborto»	Allred & Fox (2019) – Educação			
					Hartmann (2018) - Cidadania em saúde e sustentabilidade ambiental	Grant & Nash (2019) – Educação			
						Ewert (2019) - Cidadania em saúde e comportamento humano			
					Venezuela (Oliver, 2018c), eleições italianas e brasileiras (Oliver, 2018a, d), tribunais de imigração (EUA) (Oliver, 2018b) e autoritarismo governativo (Oliver, 2018e)	Alterações climáticas (Oliver, 2019)			

Nota: A linha temporal distingue três aspetos: os artigos incluídos na revisão (representados pela cor preta) – aprofundados no capítulo relativo à apresentação e interpretação dos resultados, os acontecimentos sociopolíticos relacionados com os campos da(os direitos de) cidadania e da saúde (representados pela cor vermelha), e os eventos científicos ligados à cidadania em saúde (representados pela cor azul) – ambos os aspetos aprofundados nas considerações de partida.

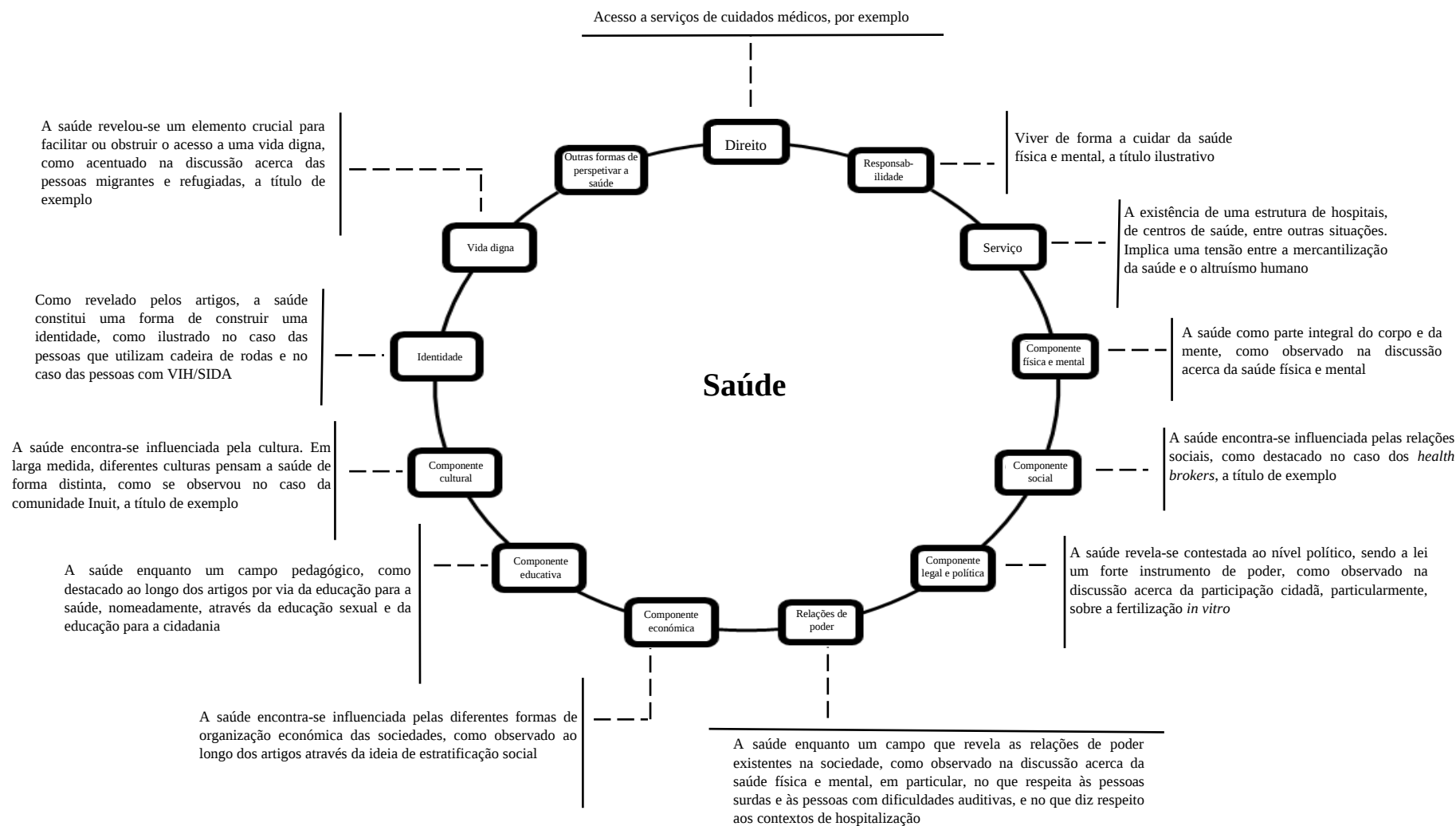
A linha temporal acima construída facilita um olhar atento para a interconexão entre as questões emergentes a partir dos artigos, as problemáticas sociopolíticas ligadas aos campos da(os direitos de) cidadania e da saúde, e os desenvolvimentos científicos na área da cidadania em saúde. Em particular, a relação entre o comportamento humano e a cidadania em saúde identificada por Benjamin Ewert (2019), que surge por volta da década de 2010, reflete-se na pesquisa levada a cabo e no mesmo período temporal sob uma ligação que se distancia desta relação enunciada e que, por volta do ano de 2014, se evidencia aproximar de algo ainda por definir (incremento do autoritarismo governativo, crises sociopolíticas, económicas e humanitárias, questões em torno das pessoas migrantes e refugiadas, e da comunidade LGBTI, entre outras situações). Neste sentido, visto que as considerações de partida não *prescrevem* um caminho em particular, mas permitem iluminar a sua construção, os próximos parágrafos procurarão definir esta nova relação identificada a partir deste trabalho investigativo.

Posto isto, em jeito de reflexão introdutória e agregadora, as considerações alcançadas permitem complementar a concetualização de saúde enunciada nas considerações de partida. Nesta linha, às ideias de vitalidade humana associadas à saúde (força, vigor, paz, entre outros aspetos) e da saúde enquanto um direito de cidadania e humano (lei, responsabilidade, universalidade, equidade, entre outros elementos), tendo em conta a conceção de Fabio Leonardi (2018) em que a saúde representa a capacidade para gerir e fazer face às experiências de mal-estar e de bem-estar que cada ser humano vivencia ao longo da vida, na medida em que apresenta capacidades e competências múltiplas para reagir em termos emocionais, cognitivos e comportamentais a estas experiências, a saúde surge enquanto um conceito multifacetado assente na interligação de diversos aspetos, como a seguir se destaca na Figura 9.

(espaço deixado em branco de forma intencional)

Figura 9

Diagrama acerca do conceito de saúde



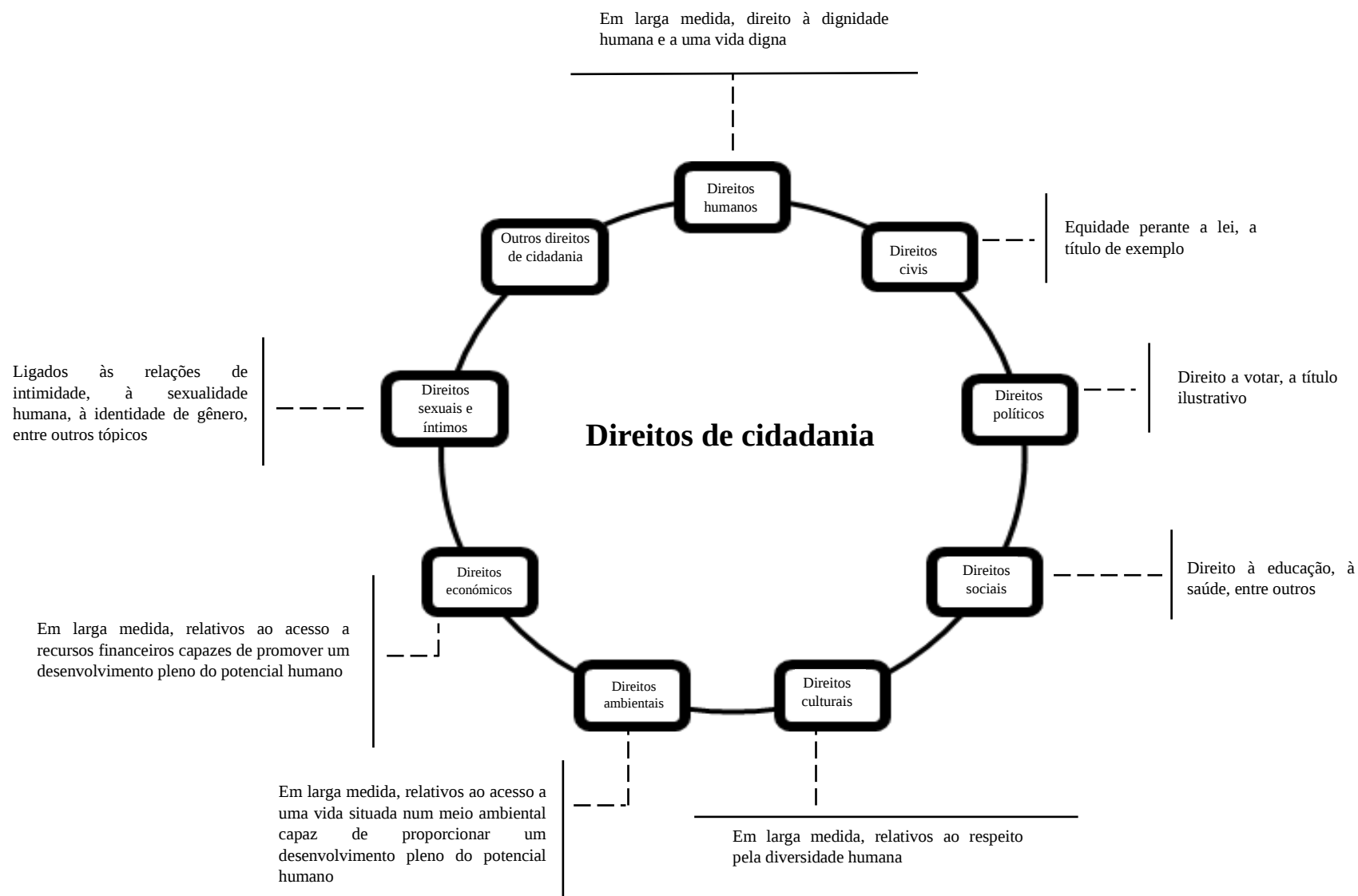
A partir da Figura 9, ao longo dos artigos, a saúde surge enquanto um direito de cidadania e humano contestado na arena sociopolítica, como se notou pelas diversas reivindicações pelo acesso aos serviços de cuidados médicos; como uma responsabilidade, como sublinhado nas narrativas de vida das pessoas imigrantes; como um serviço, como destacado pelo papel preponderante nas diversas narrativas de vida do acesso a instituições clínicas, em particular, aos hospitais; configurada no seio de relações de poder, como evidenciado na relação entre grupos em vulnerabilidade social e os profissionais de saúde; uma forma de construção identitária, como se denotou pelo significado da saúde na vida das pessoas com VIH/SIDA, na medida em que dada doença constitui uma faceta da identidade das pessoas; um elemento que contribui para facilitar ou obstruir a efetiva realização de uma vida digna, como se notou pelas narrativas de vida das pessoas migrantes e refugiadas; configurada por elementos físicos e mentais, tais como realçado nas narrativas das pessoas surdas e das pessoas com demência; configurada por elementos sociais e culturais, tal como evidenciado no caso dos *health brokers*; configurada por aspetos legais e políticos, tal como destacado no caso da fertilização *in vitro*; configurada por aspetos económicos, como sublinhado pelas narrativas de vida de diversas pessoas, onde a saúde acentuou os processos de estratificação social; configurada por aspetos educativos, como se notou no caso da educação sexual; e por outras formas de perspetivar a saúde passíveis de vir a ser identificadas.

Na linha da reflexão acima iniciada, as considerações alcançadas permitem também aprofundar as ideias de direitos e de cidadania inicialmente concetualizadas, no sentido em que identificam uma série de direitos que corporizam a construção da cidadania, onde o (não) acesso a estes direitos (limita) facilita uma efetiva realização de uma vida digna. De seguida, apresenta-se um diagrama que elenca estes direitos.

(espaço deixado em branco de forma intencional)

Figura 10

Diagrama acerca do conceito de direitos de cidadania



A partir da Figura 10, ao longo dos artigos, os direitos surgem enquanto representações, por um lado, das reivindicações das pessoas e, por outro lado, manifestam uma série de questões transversais à vida humana em todo o globo. Neste sentido, é possível identificar os direitos humanos (direito à vida, a título exemplificativo), na medida do reconhecimento da dignidade humana, como evidenciado pelas narrativas das pessoas migrantes e refugiadas; os direitos civis (e.g., equidade perante a lei), como destacado pelas narrativas de vida das pessoas imigrantes; os direitos políticos (e.g., o sufrágio e o exercício de cargos políticos), como se denota no caso da população Inuit; os direitos sociais (educação, saúde, entre outros), como refletido pelas reivindicações sociais pelo acesso ao direito à saúde; os direitos culturais (e.g., expressão de convicções religiosas), como se regista na diversidade cultural presente nos artigos; os direitos económicos (ligados ao acesso a recursos financeiros capazes de proporcionar uma vida digna dentro dos padrões socioculturais), como se evidencia ao longo das narrativas das pessoas migrantes e refugiadas por relação à arena do trabalho; os direitos ambientais (ligados ao acesso a um ambiente capaz de promover a saúde), como associado às narrativas de vida destacadas na arena das pessoas com doenças mentais; e os direitos sexuais e íntimos (relacionados com a reprodução humana, por exemplo), como destacado nas narrativas de vida na arena das relações de intimidade e da sexualidade. Importa também ter em conta a referência ao direito à cidade e à «ruralidade» (condições adequadas para produzir e vender produtos de origem agrícola, a título ilustrativo) enquanto reivindicações com uma natureza distinta daquelas que acima se apresentou, nomeadamente, ligados aos modos de vida (urbe ou rural) e de produção económica (serviços ou agricultura), como observado pelas reivindicações sociais em torno do «direito à cidade» e pelas narrativas de vida de pessoas que habitavam em zonas rurais, respetivamente. Finalmente, os artigos destacam ainda o contexto normativo de reconhecimento destes direitos, seja na esfera do Estado-Nação, na esfera de organizações transnacionais ou, ainda, na esfera de organismos e convenções internacionais, onde estas esferas se encontram, muitas vezes, em conflito.

De forma a finalizar esta reflexão, voltando ao desafio identificado no início deste capítulo, as considerações alcançadas permitem ainda aprofundar a relação entre (direitos de) cidadania e saúde a partir da lente da cidadania em saúde. Como apresentado inicialmente, a cidadania em saúde diz respeito à incorporação das subjetividades humanas que subjazem à participação nos processos de construção de conhecimento em saúde e de ação política no campo da saúde com vista a uma compreensão ampla dos processos inerentes à garantia do direito à saúde, assim como com vista a uma gestão contextualizada dos determinantes que governam as iniquidades (sociais e) em saúde. Assente nesta esteira, a pesquisa levada a cabo permite propor a construção de um subcampo da cidadania em saúde – a *healthenship*. Nesta linha de pensamento, à semelhança do sucedido com a área da medicina social, onde as

transformações sociopolíticas ocorridas após a Segunda Guerra Mundial sustentaram a construção da área da cidadania em saúde, também as transformações sociopolíticas e científicas enunciadas na Figura 8 sustentam o surgimento do subcampo da *healthenship* (*health* [saúde] + *-en* [constituído por] + *-ship* [condição, estatuto e direito])²⁹, ou seja, este conceito diz respeito à reclamação da saúde como uma condição para a construção da cidadania vista como um estatuto sociocultural e político que se transforma ao longo da vida, incorporando as subjetividades humanas que subjazem à participação nos processos de construção da cidadania por meio da reivindicação do direito à saúde enquanto conjunto de condições necessárias para a realização efetiva de uma vida digna, como destacado ao longo dos artigos.

Assente nesta esteira, a presente proposta encontra inspiração nas ideias de de Alexander Shneider (2009), num artigo intitulado *Four stages of a scientific discipline; four types of scientist*, onde concetualiza quatro fases do desenvolvimento de um campo científico. A partir desta base, proponho olhar para o campo da cidadania em saúde da seguinte forma: como referido anteriormente, entre as décadas de 1950 e 1970, o campo da cidadania em saúde emergia a partir de uma «nova ordem mundial» ligada aos direitos humanos e ao aprofundamento da estruturação de organizações supranacionais que promoveu o surgimento de uma nova linguagem sociopolítica e científica ligada a este campo: a linguagem das reivindicações dos direitos humanos intimamente ligada com o aprofundamento dos direitos de cidadania, em particular, com a construção dos direitos sociais, nomeadamente, o direito à saúde, sendo esta a primeira fase do campo da cidadania em saúde. Depois, entre as décadas de 1970 e 2010, o campo da cidadania em saúde apresentou uma riqueza elevada em termos da construção de conhecimento por meio da exploração das questões do enfraquecimento do Estado-nação, da *comodificação* em saúde, da literacia em saúde, entre outras indagações que permitiram corporizar a linguagem científica anteriormente estabelecida em torno de novos fenómenos sociais, sendo esta a segunda fase do campo da cidadania em saúde. A seguir, a partir de 2009–2011, como evidenciado por esta pesquisa, surgem uma miríade de artigos ligados à relação entre (direitos de) cidadania e saúde que se estendem até à atualidade, onde se identificam as práticas científicas associadas ao campo da cidadania em saúde (a título de exemplo, os contributos de múltiplas áreas científicas, como a sociologia, a antropologia, a medicina, a política, entre outras) empregues aos novos desafios do campo sociopolítico e da saúde (a crise das pessoas migrantes e refugiadas, o incremento de regimes governativos autoritários, entre outras situações), sendo esta a terceira fase do campo da cidadania em saúde e onde se reúnem as condições sociopolíticas e científicas para o surgimento de novos subcampos. Por fim, no futuro, a transformação dos conhecimentos do campo da cidadania em

²⁹ A construção deste neologismo alicerçou-se em orientações do dicionário Merriam-Webster (n.d.-b) e da enciclopédia Britannica (n.d.).

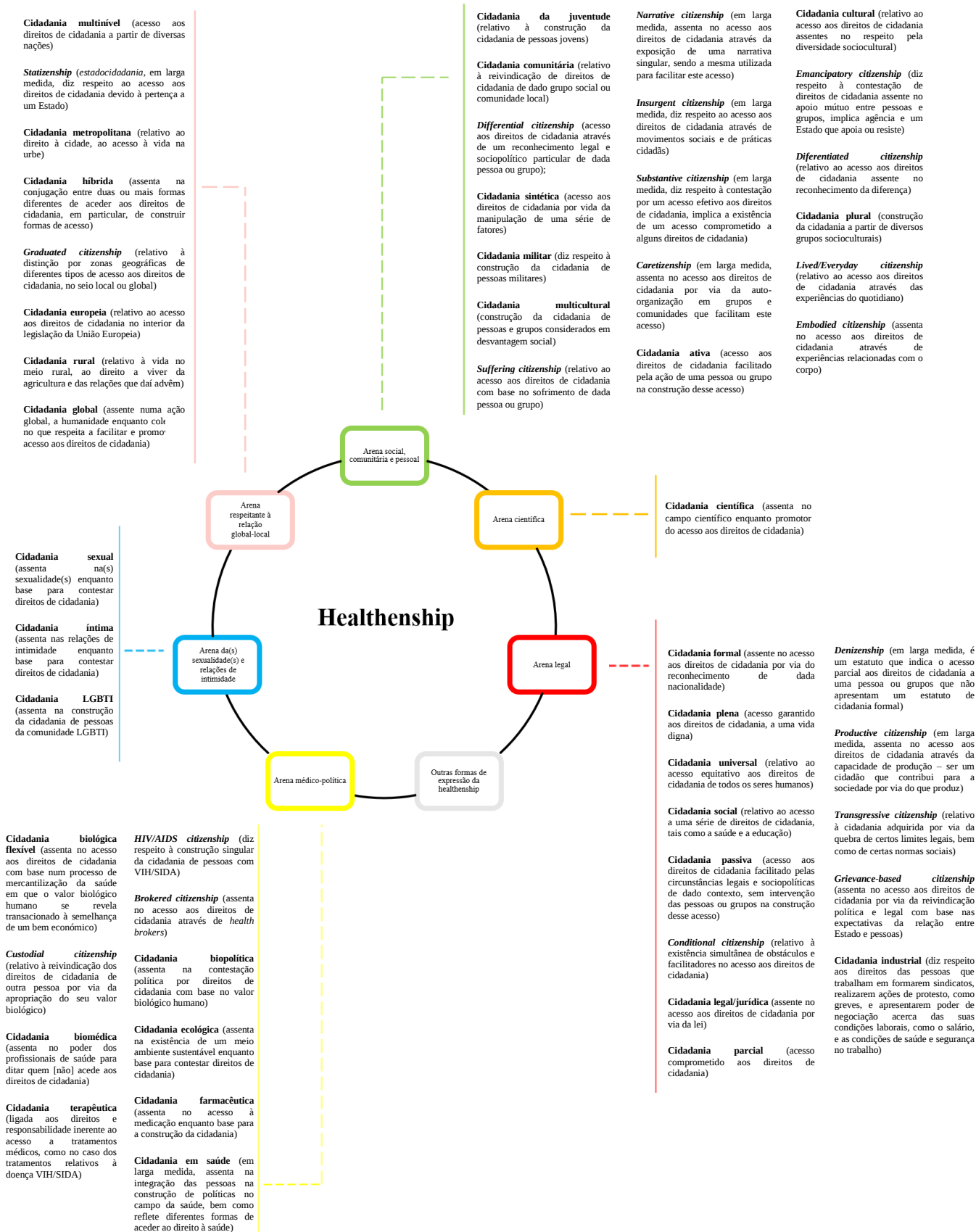
saúde (onde se inclui a *healthenship*) em práticas profissionais singulares (a configuração de uma profissionalidade) constituirá a passagem para a quarta fase de «evolução científica», onde o objetivo passa por repensar o papel do campo no esquema mais amplo da ciência e da sociedade de forma a encontrar novas formas de o desenvolver.

A seguir, a Figura 11 apresenta um esquema que, embora não se esgote em si mesmo, permite conceder uma perspetiva ampla e compreensiva em torno das cidadanias identificadas ao longo dos artigos que circunscrevem a *healthenship*.

(espaço deixado em branco de forma intencional)

Figura 11

Diagrama acerca do conceito de healthenship



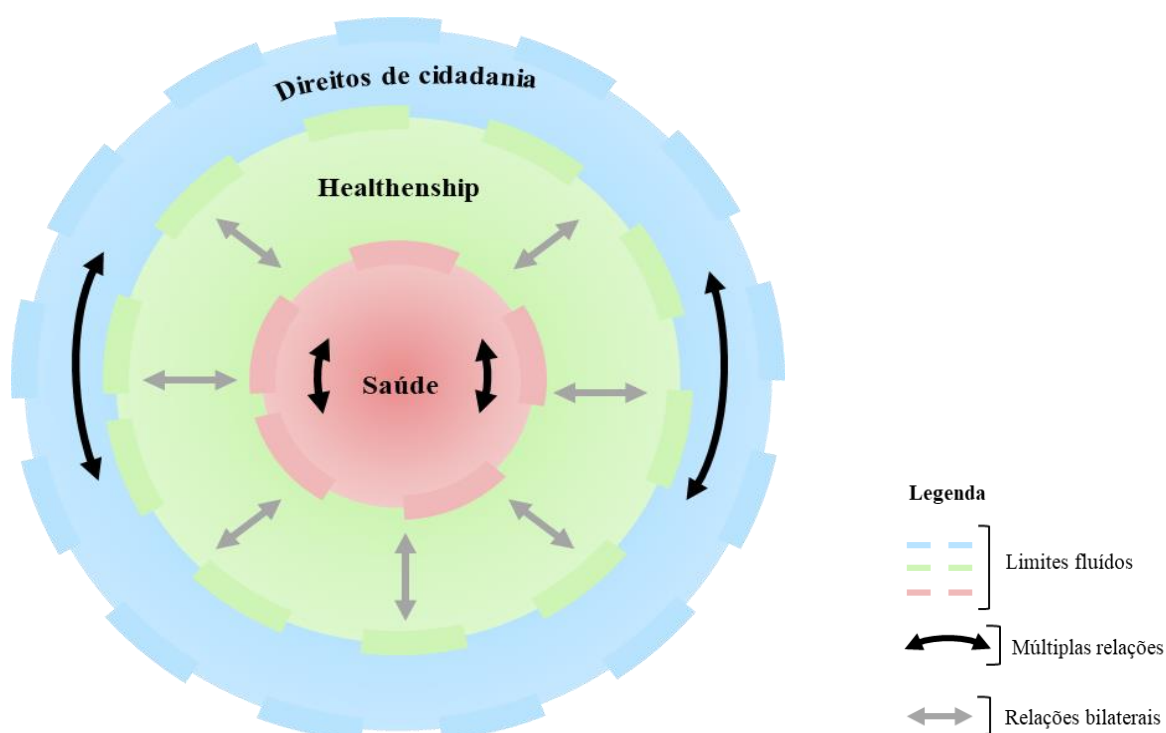
A partir da Figura 11, denota-se que a *healthenship* surge em torno de seis arenas, isto é, lugares de disputa sociopolítica: a arena respeitante à relação global-local, isto é, as reivindicações ligadas às problemáticas nacionais, transnacionais e internacionais, como a reivindicação pelo direito à cidade (cidadania metropolitana, como destacada pelas narrativas de vida das pessoas refugiadas e migrantes), as tensões sociopolíticas ligadas aos direitos no seio da União Europeia (cidadania europeia, como destacado pelas narrativas das pessoas imigrantes), entre outras; a arena social, comunitária e pessoal, ou seja, as disputas sociopolíticas no seio das sociedades e das comunidades, bem como o lugar da esfera pessoal nestes cenários, como o acesso ao direito à saúde por via de dado papel social (cidadania militar, como presente nas narrativas da população Māori), a construção da cidadania e do acesso à saúde com base nas vivências quotidianas (*lived/everyday citizenship*, como destacado no bloco dedicado às pessoas com condições físicas), entre outras; a arena científica, isto é, a influência da esfera científica nas reivindicações sociopolíticas, no sentido da promoção do acesso aos direitos de cidadania (cidadania científica, como destacado no bloco dedicado a este tema); a arena legal, ou seja, as reivindicações sociais em torno de aspetos regulados por normativos legais, como o acesso à educação e à saúde (cidadania social, como observado no bloco dedicado à temática da educação), a universalidade dos direitos humanos (cidadania universal, como presente nas narrativas de vida das pessoas migrantes e refugiadas), entre outras; a arena médico-política, isto é, as disputas sociopolíticas à volta de condições de saúde, como a reivindicação dos direitos de cidadania das pessoas com HIV/SIDA (*HIV/AIDS citizenship*, como acentuado pelas narrativas das pessoas com HIV/SIDA), como a utilização de diferentes estratégias pessoais para flexibilizar as relações institucionais de forma a promover o acesso à saúde (como destacado pelo caso do turismo médico), entre outras; e a arena da(s) sexualidade(s) e das relações de intimidade, ou seja, as reivindicações sociais em torno destas duas dimensões da cidadania, como as tensões sociopolíticas ligadas à construção identitária e à reivindicação de direitos das pessoas LGBTI (como destacado no bloco dedicado a este tema), entre outras; e outras formas de expressão da *healthenship* passíveis de vir a ser identificadas.

Posto isto, a Figura 12 permite exemplificar as relações que ocorrem no seio deste subcampo da cidadania em saúde. No centro encontra-se o campo da saúde, a partir do qual se estabelecem relações com o subcampo da *healthenship*, por exemplo, a construção da saúde enquanto um direito e o estabelecimento de diversas relações de poder a partir do campo médico, como destacado pelas narrativas de vida das pessoas com doenças mentais; também se denotam relações no interior do campo da saúde, tal como reconfigurações no tratamento de doenças físicas ou mentais; de modo a enquadrar estas relações surge o campo da(os direitos de) cidadania a partir do qual emerge(m) relações com o subcampo da *healthenship*, tais como, reivindicações pelo direito à cidade e pelo direito à saúde, como realçado nas narrativas de vida

das pessoas refugiadas e migrantes; também se denotam relações no interior do campo da(os direitos de) cidadania, por exemplo, reformulações, em termos de limitar ou facilitar, ao acesso à panóplia de direitos de cidadania que se identificam na Figura 10; por fim, o subcampo da *healthenship* surge enquanto mediador destas relações e tensões oriundas do campo da saúde e do campo da(os direitos de) cidadania, a título de exemplo, no caso em que as pessoas refugiadas e migrantes se mobilizaram para reivindicar o direito à cidade e o acesso a condições capazes de facilitar a construção de uma vida digna (acesso à saúde, à educação, a alimentação, entre outros aspetos) sob a forma da construção de acampamentos improvisados em zonas habitacionais abandonadas no centro de uma cidade. Importa ainda notar que, além das múltiplas relações no seio dos campos da saúde e da (dos direitos de) cidadania, e das relações bilaterais entre o subcampo da *healthenship*, e os campos da saúde e da (dos direitos de) cidadania, os limites dos campos da saúde e da (dos direitos de) cidadania, e do subcampo da *healthenship* revelam-se fluídos, na medida em que se encontram permeáveis à influência por diversos aspetos da vida humana e social, como os destacados nas Figuras 9 e 10.

Figura 12

Diagrama que exemplifica as relações que constituem a healthenship



Assente nesta perspetiva, o campo da *healthenship* comporta tensões que advêm do campo da saúde (e.g., determinadas características ligadas às pessoas com doenças físicas e mentais) e do campo dos direitos de cidadania (e.g., determinados direitos limitados ao estatuto de dados grupos sociais). Por conseguinte, estas tensões geram iniquidades e disputas pela equidade, seja na limitação de determinados direitos de cidadania aquando da reivindicação do acesso à saúde (como no caso de Dalila no bloco dedicado à arena legal aquando da discussão em torno da cidadania de juventude), ou seja na limitação do acesso à saúde aquando da reivindicação de determinados direitos de cidadania (como no caso de Manuel no bloco dedicado à temática dos desafios apresentados pelo estatuto [i]legal no campo da saúde).

Numa perspetiva ampla, o círculo representado na Figura 12, por vezes, encontrar-se-á mais apertado para um lado e, por outras vezes, mais apertado para o outro. Em larga medida, este fenómeno sucede assente nas interações sociais e humanas no quotidiano da vida (social, pessoa, política, entre outras), onde as pessoas, os grupos sociais, as organizações comunitárias, as instituições e os sistemas de governação, direcionam a sua ação para a transformação do presente insuportável e/ou insustentável para um futuro ideal e/ou desejado, em que, por um lado, caso os esforços de transformação sociopolítica revelem efeitos ditos positivos, a parte que contesta, que reivindica (por norma, em desvantagem social ou «com mais a perder») revela-se capaz de negociar e de preservar algum tipo de estabilidade, de sustentabilidade no sistema com o qual interage, como observado em algumas situações no bloco respeitante ao ativismo profissional em contextos sociais; por outro lado, caso os esforços de transformação revelem efeitos ditos negativos, a parte que contesta, que reivindica revela-se assoberbada pelas consequências de não aceder ao futuro ideal e/ou desejado, tendo que se reconfigurar, que se reajustar ao sistema com o qual interage por meio da atribuição de um novo valor a dada situação, como no caso das narrativas das pessoas com doenças mentais a «viver» nos hospitais romenos, ou, caso esta revalorização não ocorra, por via da subordinação a um sistema que decidirá o seu «destino», como destacado nos casos de algumas narrativas de vida de pessoas migrantes e refugiadas nos campos de integração.

Em jeito de consideração final, a pesquisa alavancou a construção de uma proposta para um subcampo da cidadania em saúde, levando em conta as transformações sociopolíticas dos últimos anos, as diversas concetualizações (etimológicas e em termos de direitos humanos e científicas) dos conceitos de saúde e de direitos de cidadania, e a construção socio-histórica e científica do campo da cidadania em saúde, onde o conceito de *healthenship* sustenta um olhar singular e coerente sobre as narrativas e as ideias identificadas ao longo dos artigos.

4.2. Cidadania em saúde: O lugar do/a educólogo/a

A presente secção procura iluminar caminhos de ação profissional para as educólogas e os educólogos no seio do campo da cidadania em saúde, particularmente, à luz das ideias construídas em torno do campo da *healthenship*.

Neste sentido, a mediação em saúde, a educação para a saúde, a promoção em saúde e a intervenção comunitária em saúde apresentam-se enquanto oportunidades profissionais para os educólogos e as educólogas e que permitem identificar uma série de relações com o campo da cidadania em saúde, particularmente, com o subcampo da *healthenship* (Gabriel, 2013).

Nesta linha, o/a educólogo/a surge enquanto um «especialista em promoção e educação em saúde» capaz de desenvolver a sua profissionalidade, por exemplo, ao nível da intervenção social e comunitária em matéria de promoção em saúde a partir de uma perspetiva educativa, ou seja, seguindo estratégias de intervenção didático-pedagógicas particulares (como é o caso da consultoria-formação em contexto de educação para a saúde) e apoiando-se numa metodologia cientificamente válida (por exemplo, aquando da construção de um projeto comunitário ou social) (WHO, 2012).

Como tal, o/a educólogo/a surge neste contexto enquanto um dinamizador e mediador da intervenção que leva a cabo, demonstrando capacidades e competências técnico-científicas (tal como, conhecimentos em «mediação de conflitos») e humanas (tal como, «cuidar da arte da relação») capazes de dar resposta a um trabalho em contexto de projetos de PPES. A título de exemplo, elencam-se algumas ações particulares do/a educólogo/a neste tipo de empreendimentos: avaliar as necessidades individuais e comunitárias de prevenção, promoção e educação em saúde com base na aferição de dados relacionados com a saúde das pessoas e comunidades (por exemplo, a partir dos determinantes sociais da saúde), a partir dos quais, se identificam comportamentos que promovem e obstruem o bem-estar das pessoas e comunidades, assim como se aferem os objetivos a alcançar em termos de prevenção, promoção e educação em saúde (Barry et al., 2009).

Assente nestas ideias, os conhecimentos do campo da cidadania em saúde permitem ao educólogo/a levar a cabo uma ação profissional consciente das e assente nas problemáticas sociais no campo da saúde que circunscrevem as comunidades e sociedades atualmente. Por exemplo, no âmbito de projetos de PPES, no que respeita à perspetiva de responsabilização individual pela saúde, em detrimento de apenas dinamizar sessões de esclarecimento, procura-se a cooperação com instituições comunitárias no sentido de apoiar a autonomia das pessoas e grupos no contacto com as instituições de saúde, tendo em conta os constrangimentos individuais e comunitários que obstruem estes processos de interação institucional, a partir dos quais se formulam objetivos graduais e adequados à literacia em saúde das pessoas.

Nesta linha de pensamento, os conhecimentos específicos que esta pesquisa alcançou sob a forma do subcampo da *healthenship* permitem ao educólogo/a levar a cabo uma ação profissional que, ao tomar em conta os diversos mapas de significado subjacentes ao contexto individual, comunitário e sociopolítico contribui para o desenvolvimento de uma série de ações robustas, em termos científicos e sociais, para mediar processos de capacitação, empoderamento e mudança que contribuam para a participação de todas as pessoas e grupos no desenvolvimento de «políticas saudáveis» e para a aferição de pontos a melhorar assentes nos recursos sociais, comunitários e individuais disponíveis no local, assentes em metas adequadas às pessoas e grupos, e mensuráveis ao longo do tempo. Numa perspetiva ampla, o trabalho do/a educólogo/a no campo da cidadania em saúde, particularmente assente nos conhecimentos do subcampo da *healthenship*, revela-se pautado pelo reconhecimento da dignidade humana, dos direitos humanos e de cidadania, da equidade e justiça social, da autonomia individual, do papel das instituições sociais, entre outros aspetos enquanto pontos cruciais a tomar em conta e a pensar de uma forma singular por meio de potencializar a promoção em saúde e, em larga medida, a melhoria efetiva das condições de vida das pessoas.

Em jeito de consideração final, a educóloga e o educólogo apresentam um papel relevante nas práticas em prevenção, promoção e educação em saúde enquanto promotores, educadores, mediadores e interventores em saúde, ao nível formal, seja como mediadores socioeducativos/em saúde em contexto escolar, onde contribuem para os projetos de educação para a cidadania e de educação para a saúde; ao nível não formal, seja no trabalho em departamentos/gabinetes/equipas educativas/sociais/culturais de associações sociais ou organizações não governamentais, onde desenvolvem uma panóplia de projetos em que aplicam os conhecimentos e competências acima referidos; seja ao nível informal ao longo das interações quotidianas que surgem no desenrolar da vida (por exemplo, no diálogo entre amigos e familiares, onde os conhecimentos e competências profissionais se transformam em conselhos prudentes e fundamentados) (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

Em tom sumativo, o presente capítulo permitiu desenvolver um pensamento mais amplo em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde, nomeadamente, no que respeita ao desenvolvimento da proposta da *healthenship*. Numa perspetiva ampla, a consolidação do campo da cidadania em saúde permite destacar a subárea da *healthenship* enquanto uma proposta que abre caminho para a exploração científica no seio da relação entre direitos de cidadania e saúde, bem como para a construção de uma linha de pensamento particular no que concerne à ação profissional dos educólogos e das educólogas.

Considerações finais

O trabalho investigativo levado a cabo procurou, a partir das considerações de partida enunciadas e de todo o processo metodológico previamente referido, descrever o conhecimento produzido em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde (de forma particular, no que diz respeito ao ano de publicação, às revistas científicas, ao número de autores/as e aos seus domínios científicos, aos grupos da sociedade representados nos documentos, ao tipo de metodologias e técnicas de pesquisa, aos referenciais teóricos, e aos países e continentes onde incidiram as pesquisas e a partir dos quais se realizaram as mesmas), descrever a relação entre direitos de cidadania e saúde, mapeando alguns conceitos chave, e identificando as suas convergências e divergências (de forma específica, em torno dos temas da cidadania e direitos, da participação cidadã, da saúde física e mental, das pessoas migrantes e refugiadas, e da[s] sexualidade[s] e relações de intimidade de acordo com os seguintes focos: a arena científica, a arena legal, a arena política, a arena médica, a arena da(s) sexualidade(s) e da intimidade, a arena social, comunitária e pessoal, a arena médico-política, a arena físico-social, os profissionais de saúde, os profissionais sociais, as pessoas com condições físicas, as pessoas com doenças mentais, o estatuto (i)legal, as pessoas migrantes e refugiadas, e o acesso à saúde, o mundo do trabalho, os direitos sexuais e reprodutivos, a comunidade LGBTI, e a educação); e identificar e descrever as problemáticas socioeducativas e políticas que circunscrevem a relação entre direitos de cidadania e saúde (nomeadamente, os aspetos apresentados e discutidos no Capítulo IV).

Assente nesta esteira, as questões de investigação previamente colocadas – *Como se estrutura a relação entre direitos de cidadania e saúde? Como se processa a evolução desta relação ao longo do tempo? Quais são as principais tensões e continuidades na relação entre direitos de cidadania e saúde?* – surgem respondidas sobre as ideias discutidas no Capítulo III (na secção 3.2., à luz de todas as interpretações discutidas em torno das categorias e subcategorias apresentadas) e IV (secção 4.1., à luz de todo o trabalho desenvolvido em torno da proposta acerca da subárea da *healthenship*). Num tom sumário, as categorias e subcategorias identificadas e discutidas na secção 3.2. do Capítulo III representam a forma como se estabelecem as relações humanas e sociopolíticas entre as pessoas, os grupos e as instituições no seio da relação entre direitos de cidadania e saúde, ilustrando o escopo e os moldes em que assentam tais relações. E a proposta desenvolvida na secção 4.1. do Capítulo IV em torno da subárea da *healthenship* ilumina a forma como a relação entre direitos de cidadania e saúde se estrutura, ao longo do tempo, no campo da cidadania em saúde, nomeadamente, permite compreender os conceitos chave que moldam esta relação, as dimensões que perfazem este campo de interações e as características concetuais que balizam as práticas humanas, socioeducativas e político-profissionais deste campo do saber.

Passando agora aos compromissos metodológicos assumidos, o processo de pesquisa revelar-se-ia enriquecido, em primeiro lugar, por uma procura de literatura em livros, dissertações e teses, e literatura cinzenta, possibilitando aprofundar (ainda mais) o conhecimento que se produziu. Em segundo lugar, por meio de recursos humanos capazes de pesquisar por literatura em outras línguas, promovendo um olhar (ainda mais profundo) a nível global sobre as questões discutidas. E, em último lugar, pela realização de entrevistas a especialistas (em particular, aqueles que se identificaram com esta revisão em termos do seu surgimento recorrente enquanto autores de diversos artigos incluídos), contribuindo para expandir o debate em torno da construção do campo da *healthenship*.

Ao nível de lacunas de conhecimento, no que concerne à relação entre direitos de cidadania e saúde identificaram-se temáticas que necessitam de aprofundamento, em particular, as questões ligadas à cidadania científica, à cidadania de custódia, à cidadania híbrida, à cidadania militar, à cidadania póstuma e à *brokered citizenship*, às questões relacionadas com o ativismo profissional em contextos de saúde e sociais, e às questões respeitante(s) à(s Ciências da) Educação em termos da exploração de assuntos além dos tópicos da educação sexual e para a cidadania. A par destas ideias, na relação com a *healthenship*, as pesquisas subsequentes revelam uma tendência para se centrarem na arena do digital e do ambiente no que respeita à área cidadania em saúde, como realçado nas considerações de partida, e, no que diz respeito à subárea da *healthenship*, as investigações que alicerçarem o seu projeto científico neste novo olhar para a relação entre direitos de cidadania e saúde encontrar-se-ão num terreno simultaneamente conhecido (em larga medida, as iniquidades sociais e em saúde revelam-se inseridas num amplo espectro de produção de conhecimento que já conta com muitas décadas) e desconhecido (numa perspetiva ampla, no sentido em que produzir saber assente na arquitetura que se propôs revela-se desafiante em termos da exploração de dado tema a partir de um novo olhar), onde, a título de exemplo, com base na linha temporal desenvolvida (Figura 8), a exploração das arenas política (e.g., em torno das problemáticas da participação política de pessoas com doenças mentais), médica (e.g., à volta das questões da relação entre profissionais de saúde e cidadãos-utentes no que respeita às pessoas da comunidade LGBTI) e educativa (e.g., em torno das questões emergente ao nível das relações de intimidade e da sexualidade no escopo da disciplina de educação para a cidadania) surgem como arenas de exploração com interesse científico e social.

Neste sentido, no que diz respeito ao campo das Ciências da Educação, a área da cidadania em saúde revela-se um veículo para aprofundar o conhecimento em torno das questões da participação política em fóruns digitais, onde se nota um foco na responsabilização biopolítica das pessoas pela saúde pessoal e coletiva (e.g., por meio do envolvimento em grupos digitais de ativismo sociopolítico que reivindicam o direito à saúde), assim como para apoiar a

construção de projetos sociais e educativos à volta da sustentabilidade ambiental, onde se denota um enfoque no estabelecimento de relações de solidariedade comunitária/social (Lomborg, 2013; 2014a, b; Jauho & Helén, 2022).

Em termos de recomendações, as considerações alcançadas com esta pesquisa permitem contribuir, por um lado, para o campo científico, na medida em que promovem a construção de conhecimento na área da cidadania em saúde a partir do enquadramento concetual proposto nas considerações de partida, bem como contribuem para alimentar o desenvolvimento de novos saberes assentes na proposta de uma subárea distinta da cidadania em saúde – a *healthenship*. Adicionalmente, o conhecimento alcançado com esta investigação identifica e clarifica o papel dos sistemas de governação e das diferentes formas de reivindicação social na construção de comunidades, sociedades e de uma humanidade capaz de encontrar propostas sociopolíticas concretas para promover uma efetiva realização do direito à saúde e, numa perspetiva ampla, de uma vida digna. Em larga medida, o potencial deste conhecimento em termos de contributo para a construção de novo saber científico e de novas ações sociopolíticas apresenta-se dependente dos processos de disseminação desta pesquisa de que esta dissertação é um primeiro passo.

Nesta linha de pensamento, no que respeita ao campo das Ciências da Educação, espera-se que a reflexão agora apresentada possa enriquecer a ação profissional da educóloga e do educólogo, por exemplo, no contexto do desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária em saúde, onde o olhar singular que aqui se propõe contribui para uma ação profissional capaz de perspetivar e de agir sobre as problemáticas sociais a partir de um lugar informado acerca das dualidades e dos desafios inerentes à relação entre (direitos de) cidadania e saúde, como é o caso do reconhecimento das diferentes estratégias de navegação pelos serviços de saúde utilizadas pelas pessoas em situação de vulnerabilidade social (Barry et al., 2009).

Em jeito de consideração final, a presente dissertação revela-se um universo de propostas científico-profissionais em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde, nomeadamente, no que respeita ao retrato socio-histórico e científico do campo da cidadania em saúde que culmina numa proposta concetual em torno de uma definição agregadora para esta área do saber; do desenvolvimento da *healthenship* enquanto uma leitura da realidade socioeducativa e política assente no «relativismo delimitado», no «construcionismo» e no «pragmatismo» como bússolas orientadoras do olhar e do pensamento; e da construção de um nexos particular em torno da ação profissional dos educólogos e das educólogas no que concerne às práticas de prevenção, promoção e educação em saúde, onde a cidadania em saúde e a *healthenship* se revelam aportes particulares para olhar os desafios socioeducativos e políticos contemporâneos.

Referências

Científico-académicas

As referências marcadas com um asterisco indicam os artigos incluídos na revisão.

- Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea: Volume I e II*. Editorial Verbo.
- Ahearn, Laura (2001). Language and agency. *Annual Review of Anthropology*, 30, 109–137. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.30.1.109>
- *Alldred, Pam, & Fox, Nick (2019). Assembling citizenship: Sexualities education, micropolitics and the becoming-citizen. *Sociology*, 53(4), 689–706. <https://doi.org/10.1177/0038038518822889>
- *Alunni, Lorenzo (2021). Pathogenic camps, therapeutic city? Roma, healthcare, and the negotiation of citizenship rights in Rome. *Social Science & Medicine*, 289. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114421>
- Alves, Bárbara (2020). “*Esta é a minha casa*”: *Facilitadores e obstáculos de sentimento de pertença em pessoas migrantes e refugiadas em Portugal* [Master’s thesis, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/129712>
- Amado, João (Coord.) (2017). *Manual de investigação qualitativa em educação* (3rd ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- American Psychological Association [APA] (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). <http://dx.doi.org/10.1037/14646-000>
- American Psychological Association [APA] (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- *Amuchástegui, Ana, & Flores, Edith (2013). Women's interpretations of the right to legal abortion in Mexico City: Citizenship, experience and clientelismo. *Citizenship Studies*, 17(8), 912–927. <https://doi.org/10.1080/13621025.2013.851142>
- Arendt, Hannah (1958). The decline of the nation-state and the end of the rights of man. In *The origins of totalitarianism* (2nd ed.) (pp. 267–304). Meridian Books.
- Aromataris, Edoardo, & Munn, Zachary (Eds.) (2021). *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://synthesismanual.jbi.global>
- *Baldwin, Clive, & Greason, Michelle (2016). Micro-citizenship, dementia and long-term care. *Dementia*, 15(3), 289–303. <https://doi.org/10.1177/1471301216638762>
- *Bänziger, Peter-Paul, & Çetin, Zülfukar (2020). Biological citizenship and geopolitical power play. Health rights of refugees living with HIV in Turkey. *Critical Public Health*, 31(1), 43–54. <https://doi.org/10.1080/09581596.2020.1838444>
- *Barbosa, Jorge (2011). Enfrentar “novos riscos” e resgatar a cidadania perdida: Práticas de serviço social no seio das políticas de redução de danos. *Revista Toxicodependências*, 17(1), 71–84.

- Barbour, Rosaline (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research: A case of the tail wagging the dog? *British Medical Journal*, 322(7294), 1115-1117. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7294.1115>
- *Barnes, Marian (1999). Users as citizens: Collective action and the local governance of welfare. *Social Policy & Administration*, 33(1), 73-90. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00132>
- *Barnes, Marian, & Shardlow, Polly (1997). From passive recipient to active citizen: Participation in mental health user groups. *Journal of Mental Health*, 6(3), 289-300. <https://doi.org/10.1080/09638239718824>
- Barnett-Page, Elaine, & Thomas, James (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: A critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9, 59-69. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-59>
- Barry, Margare, Allegrante, John, Lamarre, Marie-Claude, Auld, Elaine, & Taub, Alyson (2009). The Galway consensus conference: International collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion*, 16(2), 5-11. <https://doi.org/10.1177/1757975909104097>
- *Basok, Tanya, Hall, Alan, & Rivas, Eloy (2014). Claiming rights to workplace safety: Latin American immigrant workers in southwestern Ontario. *Canadian Ethnic Studies*, 46, 35-53. <http://dx.doi.org/10.1353/ces.2014.0045>
- Bath, Peter (2006). Data mining in health and medical information. *Annual Review of Information Science and Technology*, 38, 331-369. <https://doi.org/10.1002/aris.1440380108>
- *Bendixsen, Synnøve (2018). The politicised biology of irregular migrants: Micropractices of control, tactics of everyday life and access to healthcare. *Nordic Journal of Migration Research*, 8(3), 167-174. <http://doi.org/10.2478/njmr-2018-0020>
- *Berenschot, Ward, Hanani, Retna, & Sambodho, Prio (2018). Brokers and citizenship: Access to health care in Indonesia. *Citizenship Studies*, 22(2), 129-144. <https://doi.org/10.1080/13621025.2018.1445493>
- Berti, Marco, & Simpson, Ace (2021). The dark side of organizational paradoxes: The dynamics of disempowerment. *Academy of Management Review*, 46, 252-274. <https://doi.org/10.5465/amr.2017.0208>
- Biggam, John (2015). *Succeeding with your master's dissertation: A step-by-step handbook* (3rd ed.). Open University Press.
- Blackburn, Robert (2008). What is social inequality? *The International Journal of Sociology and Social Policy*, 28(7/8), 250-259. <https://doi.org/10.1108/01443330810890664>
- Boavida, João, & Amado, João (2008). *Ciências da educação: Epistemologia, identidade e perspetivas* (2nd ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Booth, Andrew (2016). Searching for qualitative research for inclusion in systematic reviews: A structured methodological review. *Systematic Reviews*, 5(1), 74-96. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0249-x>
- Borah, Rohit, Brown, Andrew, Capers, Patrice, & Kaiser, Kathryn (2017). Analysis of the time and workers needed to conduct systematic reviews of medical interventions using data from the PROSPERO registry. *British Medical Journal*, 7(2), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012545>

- *Bosire, Edna, Mendenhall, Emily, Omondi, Gregory, & Ndeti, David (2018). When diabetes confronts HIV: Biological sub-citizenship at a public hospital in Nairobi, Kenya. *Medical Anthropology Quarterly*, 32(4), 574–592. <https://doi.org/10.1111/maq.12476>
- Bourdieu, Pierre (1990). Book I: Critique of theoretical reason – Structures, *habitus* and practices (Richard Nice, Trans.). In *The logic of practice* (pp. 52-65). Stanford University Press. (Original work published 1980)
- Boutinet, Jean-Pierre (1996). Conclusão – Pensar uma antropologia do projeto. In *Antropologia do projeto* (pp. 297–316). Instituto Piaget.
- Brady, Henry (2009). Causation and explanation in social science. In Janet Box-Steffensmeier, Henry Brady & David Collier (Eds), *The Oxford handbook of political methodology* (pp. 217–270). Sage Publications.
- *Brandão, Elaine, & Cabral, Cristiane (2019). Sexual and reproductive rights under attack: The advance of political and moral conservatism in Brazil. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(2), 76-86. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1669338>
- Bronfenbrenner, Urie (1979a). An ecological orientation. In *The ecology of human development: Experiments by nature and design* (pp. 1-43). Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, Urie (1979b). Beyond the microsystem. In *The ecology of human development: Experiments by nature and design* (pp. 207-293). Harvard University Press.
- Broom, Alex, & Germov, John (2014). Global public health. In John Germov (Ed.), *Second opinion: An introduction to health sociology* (4th ed.) (pp. 63-80). Oxford University Press.
- Brown, Jac (2001). Intimacy, gender and self psychology: Considerations for relationship counselling. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 22(3), 137–146. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2001.tb00468.x>
- Brown, Miller (1985). On defining “disease”. *Journal of Medicine and Philosophy*, 10(4), 311–328. <https://doi.org/10.1093/jmp/10.4.311>
- Bruce, Steve, & Yearley, Steven (2006). *The SAGE dictionary of sociology*. Sage Publications.
- *Bryers-Brown, Tarapuhi, & Trundle, Catherine. (2017). Indigenizing military citizenship: Remaking state responsibility and care towards Māori veterans’ health through the Treaty of Waitangi. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 13(1), 43–50. <https://doi.org/10.1177/1177180117695410>
- Burns, Nancy (1989). Standards for qualitative research. *Nursing Science Quarterly*, 2(1), 44-52. <https://doi.org/10.1177/089431848900200112>
- Cabrera, Oscar, & Ayala, Ana (2013). Advancing the right to health through litigation. In José Zuniga, Stephen Marks & Lawrence Gostin (Eds.), *Advancing the human right to health* (pp. 25-38). Oxford University Press.
- *Caldas, José, Fonseca, Laura, & Santos, Sofia (2011). Cidadania, educação e responsabilidade social: Percursos biográficos de jovens grávidas em contextos de protecção social. *Educação & Sociedade*, 32(117), 1015-1033. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302011000400007>
- Campbell, Rona, Pound, Pandora, Morgan, Myfanwy, Daker-White, Gavin, Britten, Nicky, Pill, Ryan, Yardley, Lucy, Pope, Catherine, & Donovan, Jenny (2011). Evaluating meta

- ethnography: Systematic analysis and synthesis of qualitative research. *Health Technology Assessment*, 15(43), 1-164. <https://doi.org/10.3310/hta15430>
- Capaldi, Nicholas (2002). The meaning of equality. In Tibor Machan (Ed.), *Liberty and equality* (13-46). Hoover Institution Press.
- Card, Alan (2017). Moving beyond the WHO definition of health: A new perspective for an aging world and the emerging era of value-based care. *World Medical & Health Policy*, 9(1), 127–137. <https://doi.org/10.1002/wmh3.221>
- Carroll, Linda, Cassidy, David, Peloso, Paul, Garritty, Chantelle, Giles-Smith, Lori, & WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury (2004). Systematic search and review procedures: Results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 1(Supplement 43), 11–14. <https://doi.org/10.1080/16501960410023660>
- *Castañeda, Heide (2013). Medical aid as protest: Acts of citizenship for unauthorized im/migrants and refugees. *Citizenship Studies*, 17(2), 227-240. <http://dx.doi.org/10.1080/13621025.2013.780744>
- Chapman, Audrey (2016). *Global health, human rights, and the challenge of neoliberal policies*. Cambridge University Press.
- *Chiu, Marcus, & Chan, Kenneth (2007). The politics of citizenship formation: Political participation of mental health service users in Hong Kong. *Asian Journal of Social Science*, 35(2), 195-215. <https://doi.org/10.1163/156853107X203432>
- *Cogan, Nicola, MacIntyre, Gillian, Stewart, Ailsa, Tofts, Abigail, Quinn, Neil, Johnston, Gordon, Hamill, Linda, Robinson, John, Igoe, Michael, Easton, Duncan, McFadden, Anne & Rowe, Michael (2020), “The biggest barrier is to inclusion itself”: The experience of citizenship for adults with mental health problems. *Journal of Mental Health*, 30(3), 358-365. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1803491>
- Cohen, Louis, Manion, Lawrence, & Morrison, Keith (2007). *Research methods in education* (6th ed.). Routledge.
- *Coldron, Keleigh, & Ackers, Louise (2009). European citizenship, individual agency and the challenge to social welfare systems: A case study of retirement migration in the European Union. *Policy & Politics*, 37, 573-589. <https://doi.org/10.1332/030557309X435501>
- Coles, Rebecca & Thomson, Pat (2016). Beyond records and representations: Inbetween writing in educational ethnography. *Ethnography and Education*, 11(3), 253-266. <http://dx.doi.org/10.1080/17457823.2015.1085324>
- Collins, James (2009). Social reproduction in classrooms and schools. *Annual Review of Anthropology*, 38, 33-48. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.37.081407.085242>
- Colvin, Christopher, & Robins, Steven (2009). Positive men in hard, neoliberal times: Engendering health citizenship in South Africa. In Jelke Boesten & Nana Poku, *Gender and HIV/AIDS* (pp. 177-190). Routledge.
- Creswell, John (2009). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (3rd ed.). Sage Publications.

- Cullen, Bradley, & Pretes, Michael (2000). The meaning of marginality: Interpretations and perceptions in social science. *The Social Science Journal*, 37(2), 215-229. [https://doi.org/10.1016/S0362-3319\(00\)00056-2](https://doi.org/10.1016/S0362-3319(00)00056-2)
- Davy, Ulrike (2014). How human rights shape social citizenship: On citizenship and the understanding of economic and social rights. *Global Studies Law Review*, 13(2), 201-263. <https://journals.library.wustl.edu/globalstudies/article/id/84/>
- De Sousa, Luís, Firmino Cristiana, Marques-Vieira, Cristina, Severino, Sandy, & Pestana, Helena (2018). Revisões da literatura científica: Tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1, 46-55.
- *Decoteau, Claire (2013). Exclusionary inclusion and the normalization of biomedical culture. *American Journal of Cultural Sociology*, 1, 403-430. <https://doi.org/10.1057/ajcs.2013.12>
- Denzin, Norman, & Lincoln, Yvonna (Eds.) (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). Sage Publications.
- Department of Economic and Social Affairs Statistics Division of the United Nations [UN DESA] (1999). *Standard country or area codes for statistical use* (Series M/No. 49/Rev. 4). <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>
- Department of Economic and Social Affairs Statistics Division of the United Nations (2016). *World statistics pocketbook 2021 edition* (Series V, No. 45). <https://unstats.un.org/UNSDWebsite/Publications/StatisticalPocketbook/>
- Descartes, René (1637/2018). *Discurso do método* (Trad. João Gama). Edições 70.
- Dixon-Woods, Mary, Cavers, Debbie, Agarwal, Shona, Annandale, Ellen, Arthur, Antony, Harvey, Janet, Hsu, Ron, Katbamna, Savita, Olsen, Richard, Smith, Lucy, Riley, Richard, & Sutton, Alex (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 35-47. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>
- Dixon-Woods, Mary, Sutton, Alex, Shaw, Rachel, Miller, Tina, Smith, Jonathan, Young, Bridget, Bonas, Sheila, Booth, Andrew, & Jones, David (2007). Appraising qualitative research for inclusion in systematic reviews: A quantitative and qualitative comparison of three methods. *Journal of Health Services Research & Policy*, 12(1), 42-47. <https://doi.org/10.1258/135581907779497486>
- Djellal, Faridah, Francoz, Dominique, Gallouj, Camal, Gallouj, Faïz, & Jacquin, Yves (2003). Revising the definition of research and development in the light of the specificities of services. *Science and Public Policy*, 30(6), 415-429. <https://doi.org/10.3152/147154303781780227>
- Donleavy, James (1955/2010). *The ginger man*. Grove Press
- Dubar, Claude (2004, February 24-27). *Agent, acteur, sujet et identités: Du pareil au même?* [Agent, actor, subject, and identities: All the same?] [Paper presentation]. Premier Congres de L'Association Française de Sociologie, Paris, France. <https://afs-socio.fr/wp-content/uploads/2018/10/archives-congres1-volumeresumes.pdf>
- Durkin, Philip (2009). *The Oxford guide to etymology*. Oxford University Press.
- *Dwyer, Peter (2002). Making sense of social citizenship: Some user views on welfare rights and responsibilities. *Critical Social Policy*, 22(2), 273-299. <https://doi.org/10.1177/02610183020220020601>

- Ennes, Howard (1968). A crisis of conscience in health care. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 58(10), 1809–1814. <https://doi.org/10.2105/ajph.58.10.1809>
- *Epstein, Steven, & Carrillo, Héctor (2014). Immigrant sexual citizenship: Intersectional templates among mexican gay immigrants to the United States. *Citizenship Studies*, 18(3-4), 259–276. <https://doi.org/10.1080/13621025.2014.905266>
- Evans, David, & Pearson, Alan. (2001). Systematic reviews of qualitative research. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 5(3), 111-119. <http://dx.doi.org/10.1054/cein.2001.0219>
- Ewert, Benjamin (2019). From entitled citizens to nudged consumers? Re-examining the hallmarks of health citizenship in the light of the behavioural turn. *Public Policy and Administration*, 34(3), 382–402. <https://doi.org/10.1177/0952076718774612>
- Feinberg, Joel (1970). The nature and value of rights. *The Journal of Value Inquiry*, 4, 243–260. <https://doi.org/10.1007/BF00137935>
- *Fincham, David (2007). Citizenship and personal, social and health education in catholic secondary schools: Stakeholders' views. *Pastoral Care in Education*, 25(2), 22-30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0122.2007.00404.x>
- *Finnis, Elizabeth (2004). Sexual identity, citizenship and medical power of attorney: Case illustrations from Northern Ontario, Canada. *Citizenship Studies*, 8(2), 159-175. <https://doi.org/10.1080/1362102042000214732>
- Flemming, Kate (2010). *Synthesis of quantitative and qualitative research: An example using critical interpretive synthesis*. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 201–217. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05173.x>
- Flick, Uwe (2009). *An introduction to qualitative research*. Sage Publications.
- Flick, Uwe (Ed.) (2013). *The SAGE handbook of qualitative data analysis*. Sage Publications.
- Flick, Uwe (Ed.) (2017). *The SAGE handbook of qualitative data collection*. Sage Publications. Publications.
- *Fonseca, Laura, Araújo, Helena, & Santos, Sofia (2012). Sexualities, teenage pregnancy and educational life histories in Portugal: Experiencing sexual citizenship? *Gender and Education*, 24(6), 647-664. <https://doi.org/10.1080/09540253.2012.695772>
- *Formby, Eleanor (2011). Lesbian and bisexual women's human rights, sexual rights and sexual citizenship: Negotiating sexual health in England. *Culture, Health & Sexuality*, 13(10), 1165–1179. <https://doi.org/10.1080/13691058.2011.610902>
- Foucault, Michel (1988). Technologies of the self. In Martin Luther, Huck Gutman, & Patrick Hutton (Eds.), *Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault* (pp. 16-49). Tavistock Publications.
- Foucault, Michel (2008a). Aula de 11 de janeiro de 1978 (Eduardo Brandão & Claudia Berliner, Trans.). In Michel Senellart, François Ewald & Alessandro Fontana (Eds.), *Michel Foucault: Segurança, Território e População – Curso dado no Collège de France (1977-1978)* (pp. 3-38). Martins Fontes. (Original work published 1978)
- Foucault, Michel (2008b). Aula de 8 de fevereiro de 1978 (Eduardo Brandão & Claudia Berliner, Trans.). In Michel Senellart, François Ewald & Alessandro Fontana (Eds.), *Michel Foucault:*

- Segurança, Território e População – Curso dado no Collège de France (1977-1978)* (pp. 155-180). Martins Fontes. (Original work published 1978)
- Foucault, Michel (2008c). Aula de 7 de março de 1979 (Eduardo Brandão & Claudia Berliner, Trans.). In Michel Senellart, François Ewald & Alessandro Fontana (Eds.), *Michel Foucault: Nascimento da biopolítica – Curso dado no Collège de France (1978-1979)* (pp. 257-296). Martins Fontes. (Original work published 1979)
- Fourie, Carina (2012). What is social equality? An analysis of status equality as a strongly egalitarian ideal. *Res Publica*, 18, 107–126. <https://doi.org/10.1007/s11158-011-9162-2>
- Frank, Katherine (2006). Agency. *Anthropological Theory*, 6(3), 281–302. <https://doi.org/10.1177/1463499606066889>
- Friedman, Eric, & Gostin, Lawrence (2013). Pillars for progress on the right to health. In José Zuniga, Stephen Marks & Lawrence Gostin (Eds.), *Advancing the human right to health* (pp. 69-89). Oxford University Press.
- Gabriel, Hélia (2013). *Profissão: Educador de saúde. Opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde relativamente à formação profissional e específica de educadores de saúde* [Master's thesis, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/5772>
- *Gaete-Reyes, Mariela (2015). Citizenship and the embodied practice of wheelchair use. *Geoforum*, 64, 351-361. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2014.09.010>.
- Germov, John (Ed.) (2014a). Imagining health problems as social issues. In *Second opinion: An introduction to health sociology* (4th ed.) (pp. 5-22). Oxford University Press.
- Germov, John (Ed.) (2014b). Theorising health: Major theoretical perspectives in health sociology. In *Second opinion: An introduction to health sociology* (4th ed.) (pp. 23-39). Oxford University Press.
- Germov, John (Ed.) (2014c). The class origins of health inequality. In John Germov (Ed.), *Second opinion: An introduction to health sociology* (4th ed.) (pp. 81-102). Oxford University Press.
- Germov, John (Ed.) (2014d). Challenges to medical dominance. In John Germov (Ed.), *Second opinion: An introduction to health sociology* (4th ed.) (pp. 388-408). Oxford University Press.
- Germov, John (Ed.) (2014e). Glossary. In *Second opinion: An introduction to health sociology* (4th ed.) (pp. 510-518). Oxford University Press.
- Germov, John, Freij, Maria, & Richmond, Katy (2014). A sociology of health promotion. In John Germov (Ed.), *Second opinion: An introduction to health sociology* (4th ed.) (pp. 464-473). Oxford University Press.
- Gerring, John (2011). How good is good enough? A multidimensional, best-possible standard for research design. *Political Research Quarterly*, 64(3), 625–636. <https://doi.org/10.1177/1065912910361221>
- Giddens, Anthony (1991). The self: Ontological security and existential anxiety. In *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age* (pp. 35-69). Stanford University Press.
- Giddens, Anthony (1992a). Foucault on sexuality. In *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies* (pp. 18-36). Stanford University Press.

- Giddens, Anthony (1992b). Intimacy as democracy. In *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies* (pp. 184-204). Stanford University Press.
- Glenn, Evelyn (2000). Citizenship and inequality: Historical and global perspectives. *Social Problems*, 47(1), 1-20. <https://doi.org/10.2307/3097149>
- Goffman, Erving (2002). Introdução. In *A representação do eu na vida cotidiana* (Maria Raposo, Trans.) (10th ed.) (pp. 11-24). Editora Vozes. (Original work published 1959)
- *Gold, Sara (2007). Techniques of citizenship: Health and subjectivity in a new and predominantly Inuit territory, *Citizenship Studies*, 11(4), 349-365. <https://doi.org/10.1080/13621020701476061>
- *Gooldin, Sigal (2013). 'Emotional rights', moral reasoning, and Jewish-Arab alliances in the regulation of in-vitro-fertilization in Israel: Theorizing the unexpected consequences of assisted reproductive technologies. *Social Science & Medicine*, 83, 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.002>
- *Gottlieb, Nora, Filc, Dani, & Davidovitch, Nadav (2012). Medical humanitarianism, human rights and political advocacy: The case of the Israeli Open Clinic. *Social Science Medicine*, 74, (6), 839-45. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.018>
- Grant, Maria, & Booth, Andrew (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- *Grant, Ruby, & Nash, Meredith (2019). Educating queer sexual citizens? A feminist exploration of bisexual and queer young women's sex education in Tasmania, Australia. *Sex Education*, 19(3), 313-328. <https://doi.org/10.1080/14681811.2018.1548348>
- Groleau, Danielle (2011). Embodying 'health citizenship' in health knowledge to fight health inequalities. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 811-816. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672011000500002>
- Grover, Anand, Citro, Brian, & Mankad, Mihir (2013). The consequences of failure. In José Zuniga, Stephen Marks & Lawrence Gostin (Eds.), *Advancing the human right to health* (pp. 425-440). Oxford University Press.
- *Guta, Adrian, Strike, Carol, Flicker, Sarah, Murray, Stuart, Upshur, Ross, & Myers, Ted (2014). Governing through community-based research: Lessons from the Canadian HIV research sector. *Social Science & Medicine*, 123, 250-261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.028>
- Gyllensten, Kristina, & Palmer, Stephen (2005). The role of gender in workplace stress: A critical literature review. *Health Education Journal*, 64(3), 271-288. <http://dx.doi.org/10.1177/001789690506400307>
- Habibis, Daphne (2014). The illness experience: Lay perspectives, disability, and chronic illness. In John Germov (Ed.), *Second opinion: An introduction to health sociology* (4th ed.) (pp. 263-279). Oxford University Press.
- Haddaway, Neal, Collins, Alexandra, Coughlin, Deborah, & Kirk Stuart (2015). The role of google scholar in evidence reviews and its applicability to grey literature searching. *PLoS ONE*, 10(9), Article e0138237. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138237>
- *Hamer, Helen, & Finlayson, Mary (2015). The rights and responsibilities of citizenship for service users: Some terms and conditions apply. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(9), 698-705. <https://doi.org/10.1111/jpm.12258>

- *Hamer, Helen, Finlayson, Mary, & Warren, Helen (2014). Insiders or outsiders? Mental health service users' journeys towards full citizenship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 203–211. <https://doi.org/10.1111/inm.12046>
- *Hamer, Helen, Kidd, Jacquie, Clarke, Shona, Butler, Rachael & Lampshire, Debra (2017). Citizens un-interrupted: Practices of inclusion by mental health service users. *Journal of Occupational Science*, 24(1), 76-87. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2016.1253497>
- *Hamer, Helen, Rowe, Michael, & Seymour, Carol (2019). 'The right thing to do': Fostering social inclusion for mental health service users through acts of citizenship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 297–305. <https://doi.org/10.1111/inm.12533>
- Haraway, Donna (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Harjula, Minna (2016). Health citizenship and access to health services: Finland 1900–2000. *Social History of Medicine*, 29(3), 573–589. <https://doi.org/10.1093/shm/hkv144>
- Hartmann, Chris (2019). 'Live beautiful, live well' ('vivir bonito, vivir bien') in Nicaragua: Environmental health citizenship in a post-neoliberal context. *Global Public Health*, 14(6-7), 923–938. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1506812>
- *Hatzenbuehler, Mark, Prins, Seth, Flake, Morgan, Philbin, Morgan, Frazer, Somjen, Hagen, Daniel, & Hirsch, Jennifer (2016). Immigration policies and mental health morbidity among Latinos: A state-level analysis. *Social Science Medicine*, 174, 169-178. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.040>
- *Hazleton, Michael (2005). Mental health reform, citizenship and human rights in four countries. *Health Sociology Review*, 14(3), 230-241. <http://dx.doi.org/10.5172/hesr.14.3.230>
- Heil, Daniela (2014). Well-being and wellness. In John Germov (Ed.), *Second opinion: An introduction to health sociology* (4th ed.) (pp. 40-59). Oxford University Press.
- Henderson, Saras, & Petersen, Alan (Eds.) (2002). Consumerism in health care. In *The commodification of health care* (pp. 1-10). Routledge.
- *Hennebry, Jenna, McLaughlin, Janet, & Preibisch, Kerry (2015). Out of the loop: (In)Access to health care for migrant workers in Canada. *Journal of International Migration and Integration*, 17, 521–538. <https://doi.org/10.1007/s12134-015-0417-1>
- Hermes, Joke (1993). Media, meaning and everyday life. *Cultural Studies*, 7(3), 493–506. <https://doi.org/10.1080/09502389300490321>
- Hertogh, Marc (2009). What's in a handshake? Legal equality and legal consciousness in the Netherlands. *Social & Legal Studies*, 18(2), 221–239. <https://doi.org/10.1177/0964663909104191>
- *Hiddinga, Anja, & Langen, Maja (2019). Practices of belonging: Claiming elderly care through deaf citizenship. *Citizenship Studies*, 23(7), 669-685. <https://doi.org/10.1080/13621025.2019.1651086>
- *Higgins, Joan (1999). Citizenship and empowerment: A remedy for citizen participation in health reform. *Community Development Journal*, 34(4), 287–307. <http://www.jstor.org/stable/44258774>

- Higgins, Julian, Thomas, James, Chandler, Jackie, Cumpston Miranda, Li, Tianjing, Page, Matthew, & Welch, Vivian (Eds.) (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2nd ed.). John Wiley & Sons. <https://training.cochrane.org/handbook/current>
- Hildebrandt, Paula, & Peters, Sibylle (2019). Introduction. In Paula Hildebrandt, Kerstin Evert, Sibylle Peters, Mirjam Schaub, Kathrin Wildner & Gesa Ziemer (Eds.), *Performing citizenship: Bodies, agencies, and limitations* (pp. 1-14). Palgrave Macmillan.
- Holma, Katariina & Kontinen, Tiina (Eds.) (2020). Practices and habits of citizenship and learning. In *Practices of citizenship in east Africa: Perspectives from philosophical pragmatism* (pp-15-28). Routledge.
- *Horton, Sarah (2004). Different subjects: The health care system's participation in the differential construction of the cultural citizenship of Cuban refugees and Mexican immigrants. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(4), 472-489. <https://doi.org/10.1525/maq.2004.18.4.472>
- Hothersall, Steve (2018). Epistemology and social work: Enhancing the integration of theory, practice and research through philosophical pragmatism. *European Journal of Social Work*, 22(5), 860-870. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1499613>
- Huisman, Frank, & Oosterhuis, Harry (Eds.) (2014). The politics of health and citizenship: Historical and contemporary perspectives. In *Health and citizenship: Political cultures of health in modern Europe* (pp. 1-40). Pickering & Chatto.
- Iphofen, Ron, & Tolich, Martin (Eds.) (2018). *The SAGE handbook of qualitative research ethics*. Sage Publications.
- Isin, Engin (2008a). Theorizing acts of citizenship. In Engin Isin & Greg Nielson (Eds.), *Acts of citizenship* (pp. 15-43). Zed Books.
- Isin, Engin (2008b). Arendt's citizenship and citizen participation in disappearing Dublin. In Engin Isin & Greg Nielson (Eds.), *Acts of citizenship* (pp. 137-159). Zed Books.
- Isin, Engin, & Turner, Bryan (Eds.) (2002). Citizenship studies: An introduction. In *Handbook of citizenship studies* (pp. 1-10). Sage Publications.
- Jauho, Mikko, & Helén, Ilpo (2022). Citizenship by vitality: Rethinking the concept of health citizenship. *Distinktion: Journal of Social Theory*. <https://doi.org/10.1080/1600910X.2022.2057561>
- Julian, Roberta (2014). Ethnicity, health, and multiculturalism. In John Germov (Ed.), *Second opinion: An introduction to health sociology* (4th ed.) (pp. 163-183). Oxford University Press.
- *Kelly, Claire, & Yarwood, Richard (2018). From rural citizenship to the rural citizen: Farming, dementia and networks of care. *Journal of Rural Studies*, 63, 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2018.09.003>
- Kelly, Leanne, & Cordeiro, Maya (2020). Three principles of pragmatism for research on organizational processes. *Methodological Innovations*, 13(2). <https://doi.org/10.1177/2059799120937242>
- *Khan, Sharful, Hussain, Mohammed, Parveen, Shaila, Bhuiyan, Mahbubul, Gourab, Gorkey, Sarker, Golam, Arafat, Shohael, & Sikder, Joya (2009). Living on the extreme margin: Social exclusion of the transgender population (Hijra) in Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 27(4), 441-51. <https://doi.org/10.3329%2Fjhpn.v27i4.3388>

- Komporozos-Athanasios, Aris, Fudge, Nina, Adams, Mary, & McKevitt, Christopher (2018). Citizen participation as political ritual: Towards a sociological theorizing of 'health citizenship'. *Sociology*, 52(4), 744–761. <https://doi.org/10.1177/0038038516664683>
- *Koning, Stephanie, Flaim, Amanda, Baldiga, Leo, & Feingold, David (2021). Legal status as a life course determinant of health: Parent status, adjudication stages, and HIV knowledge among highlanders in Thailand. *BMC Public Health*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11811-8>
- Kottow, Michael (1980). A medical definition of disease. *Medical Hypotheses*, 6(2), 209–213. [https://doi.org/10.1016/0306-9877\(80\)90085-7](https://doi.org/10.1016/0306-9877(80)90085-7)
- Kwon, Yoojin, Lemieux, Michelle, McTavish, Jill, & Wathen, Nadine (2015). Identifying and removing duplicate records from systematic review searches. *Journal of the Medical Library Association*, 103(4), 184–188. <https://doi.org/10.3163%2F1536-5050.103.4.004>
- Lahey, Paul (2003). Acculturation: A review of the literature. *Intercultural Communication Studies*, 12(2), 103–118. <https://www.kent.edu/stark/ics-2003-vol-12-no-2>
- *Lakhani, Sarah, & Timmermans, Stefan (2014). Biopolitical citizenship in the immigration adjudication process. *Social Problems*, 61(3), 360–379. <https://doi.org/10.1525/sp.2014.12286>
- *Lamb, Sharon & Randazzo, Renee (2016). From I to we: Sex education as a form of civics education in a neoliberal context. *Curriculum Inquiry*, 46(2), 148–167. <https://doi.org/10.1080/03626784.2016.1144465>
- *Lampropoulos, Dimitrios, & Apostolidis, Thémis (2021). Representing the citizenship of mental health users in French mental health policy: A critical analysis of the official French texts on mental health policies since 2005. *Critical Social Policy*, 41(1), 25–45. <https://doi.org/10.1177/0261018319897374>
- Lanoix, Monique (2007). The citizen in question. *Hypatia*, 22(4), 113–129. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2007.tb01323.x>
- Leach, Melissa, & Scoones, Ian (2003, January). *Science and citizenship in a global context* (Working Paper No. 205). Institute of Development Studies. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/4000>
- Leite, Ricardo, Pontes, Carla, & Pavão, José (2015). *Cidadania para a saúde: O papel do cidadão na promoção da saúde*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa/Mundo a Sorrir.
- Leonardi, Fabio (2018). The definition of health: Towards new perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735–748. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>
- Levitt, Heidi., Motulsky, Sue, Wertz, Fredrik, Morrow, Susan, & Ponterotto, Joseph (2017). Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology: Promoting methodological integrity. *Qualitative Psychology*, 4(1), 2–22. <https://doi.org/10.1037/qup0000082>
- Lietz, Cynthia, & Zayas, Luis (2010). Evaluating qualitative research for social work practitioners. *Advances in Social Work*, 11(2), 188–202. <https://doi.org/10.18060/589>
- Lima, Licínio (2010). Investigação e investigadores em educação: Anotações críticas. *Revista de Ciências da Educação*, 12, 63–72. <https://hdl.handle.net/1822/11790>

- Lincoln, Nicola, Travers, Cheryl, Ackers, Peter, & Wilkinson, Adrian (2002). The meaning of empowerment: The interdisciplinary etymology of a new management concept. *International Journal of Management Reviews*, 4, 271-290. <https://doi.org/10.1111/1468-2370.00087>
- Lister, Ruth (1998). Citizenship and difference: Towards a differentiated universalism. *European Journal of Social Theory*, 1(1), 71–90. <https://doi.org/10.1177/136843198001001006>
- Lomborg, Bjørn (2014a). *How to spend \$75 billion to make the world a better place*. Cambridge University Press.
- *Londras, Fiona, & Markicevic, Mima (2018). Reforming abortion law in Ireland: Reflections on the public submissions to the Citizens' Assembly. *Women's Studies International Forum*, 70, 89-98. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.08.005>
- *M'charek, Amade, & Casartelli, Sara (2019). Identifying dead migrants: Forensic care work and relational citizenship. *Citizenship Studies*, 23(7), 738-757. <https://doi.org/10.1080/13621025.2019.1651102>
- *Macgregor, Aisha (2020). Meaningful participation or tokenism for individuals on community based compulsory treatment orders? Views and experiences of the mental health tribunal in Scotland. *Journal of Mental Health*, 31(2), 158-165. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1818708>
- *MacIntyre, Gillian, Cogan, Nicola, Stewart, Ailsa, Quinn, Neil, O'Connell, Maria, & Rowe, Michael (2021). Citizens defining citizenship: A model grounded in lived experience and its implications for research, policy and practice. *Health and Social Care in the Community*, 30, 695–705. <https://doi.org/10.1111/hsc.13440>
- *Mackay, Kathryn (2011). Compounding conditional citizenship: To what extent does Scottish and English mental health law increase or diminish citizenship?. *The British Journal of Social Work*, 41(5), 931–948. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr010>
- Maeda, Yukiko, Caskurlu, Secil, Kenney, Rachael, Kozan, Kadir, & Richardson, Jennifer (2022). Moving qualitative synthesis research forward in education: A methodological systematic review. *Educational Research Review*, 35, Article 100424. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2021.100424>
- Magalhães, António, & Stoer, Stephen (2005a). O impacto da globalização nos processos de inclusão/exclusão social e «a diferença somos nós». In «A diferença somos nós»: *A gestão da mudança social e as políticas educativas e sociais* (pp. 59-124). Edições Afrontamento.
- Magalhães, António, & Stoer, Stephen (2005b). Introdução: O discurso científico e a relação com a diferença. In «A diferença somos nós»: *A gestão da mudança social e as políticas educativas e sociais* (pp. 7-14). Edições Afrontamento.
- Maleku, Arati, & Aguirre, Regina (2014). Culturally competent health care from the immigrant lens: A qualitative interpretive meta-synthesis, *Social Work in Public Health*, 29(6), 561-580. <https://doi.org/10.1111/hsc.12645>
- *Manson, Daniel. (2017). Securing a right to health: "Integration villages" and medical citizenship of Roma people in France. *Health and Human Rights Journal*, 19(2), 49–59.
- Marini, Margaret, & Singer, Burton (1988). Causality in the social sciences. *Sociological Methodology*, 18, 347–409. <https://doi.org/10.2307/271053>

- Marks, Stephen (2013). The emergence and scope of the human right to health. In José Zuniga, Stephen Marks & Lawrence Gostin (Eds.), *Advancing the human right to health* (pp. 3-24). Oxford University Press.
- *Marques, António, Nogueira, Conceição, & Oliveira, João (2015). Lesbians on medical encounters: Tales of heteronormativity, deception, and expectations. *Health Care for Women International*, 36(9), 988–1006. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.888066>
- Mars, Sylvia, Murray, Colin, O'Donoghue, Aoife, & Warwick, Ben (2020). *Continuing EU citizenship "rights, opportunities and benefits" in northern Ireland after brexit*. Northern Ireland Human Rights Commission & Irish Human Rights and Equality Commission. <https://www.ihrec.ie/documents/continuing-eu-citizenship-rights-opportunities-and-benefit-in-northern-ireland-after-brexit/>
- Marshall, Gordon (1994). *The concise Oxford dictionary of sociology*. Oxford University Press.
- Marshall, Thomas (1950). Citizenship and social class. In *Citizenship and social class: And other essays* (pp. 1-85). Cambridge University Press.
- *Mavhandu-Mudzusi, Helen (2016). Citizenship rights, discrimination and stigmatisation of LGBTI students by health care services at a South African rural-based university, *Agenda*, 30(1), 104-111. <https://doi.org/10.1080/10130950.2016.1187904>
- Maxwell, December, Robinson, Sarah, & Rogers, Kelli (2019). "I keep it to myself": A qualitative meta-interpretive synthesis of experiences of postpartum depression among marginalised women. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), 23–36. <https://doi.org/10.1111/hsc.12645>
- McKenry, Patrick, Serovich, Julianne, Mason, Tina, & Mosack, Katie (2006). Perpetration of gay and lesbian partner violence: A disempowerment perspective. *Journal of Family Violence*, 21, 233–243. <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9020-8>
- Menezes, Isabel (1998). *Desenvolvimento psicológico na formação pessoal e social* [Doctoral dissertation, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/53015>
- Menezes, Isabel (2010). Uma perspetiva psicológica da intervenção comunitária. In *Intervenção comunitária: Uma perspetiva psicológica* (pp. 29-36). Livpsic.
- Mezzaroba, Orides, & Silveira, Vladimir (2017). The principle of the dignity of human person: A Reading of the effectiveness of citizenship and human rights through the challenges put forward by globalization. *Revista de Investigações Constitucionais*, 5(1), 273-293. <https://doi.org/10.5380/rinc.v5i1.54099>
- Mialaret, Gaston (1980). *As ciências da educação* (2nd ed.). Moraes Editores.
- *Miklavcic, Alessandra (2011). Canada's non-status immigrants: Negotiating access to health care and citizenship. *Medical Anthropology*, 30(5), 496–517. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.579586>
- *Monro, Surya, & Van Der Ros, Janneke (2018). Trans* and gender variant citizenship and the state in Norway. *Critical Social Policy*, 38(1), 57–78. <https://doi.org/10.1177/0261018317733084>

- *Monro, Surya, Crocetti, Daniela, & Yeadon-Lee, Tray (2019). Intersex/variations of sex characteristics and DSD citizenship in the UK, Italy and Switzerland. *Citizenship Studies*, 23(8), 780-797. <https://doi.org/10.1080/13621025.2019.1645813>
- Monteiro, João (2013). *O desenvolvimento pessoal e social: Entre a lei e a cidadania* [Doctoral dissertation, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/78077>
- Moon, Katie, & Blackman, Deborah (2014). A guide to understanding social science research for natural scientists. *Conservation Biology*, 28(5), 1167-1177. <https://doi.org/10.1111/cobi.12326>
- Morin, Edgar (2005). O paradigma complexo. In *Introdução ao pensamento complexo* (Trad. Eliane Lisboa) (pp. 57-78). Editora Meridional.
- *Nading, Alex (2013). "Love isn't there in your stomach": A moral economy of medical citizenship among Nicaraguan community health workers. *Medical Anthropology Quarterly*, 27(1), 84-102. <https://doi.org/10.1111/maq.12017>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012a). *Methods for the development of NICE public health guidance* (3rd ed.). NICE. <https://www.nice.org.uk/process/pmg4/chapter/introduction>
- National Institute for Health Research (2016). *Guidance notes for registering a systematic review protocol with PROSPERO*. PROSPERO. <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/#aboutpage>
- *Nedlund, Ann-Charlotte, & Nordh, Jonas (2013). Crafting citizen(ship) for people with dementia: How policy narratives at national level in Sweden informed politics of time from 1975 to 2013. *Journal of Aging Studies*, 34, 123-33. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.06.003>
- Noon, Mike (2010). The shackled runner: Time to rethink positive discrimination? *Work, Employment and Society*, 24(4), 728-739. <https://doi.org/10.1177/0950017010380648>
- Norton, Jack, & Katz, Cindi (2017). Social reproduction. In Douglas Richardson, Noeal Castree, Michael Goodchild, Audrey Kobayashi, Weidong Liu, & Richard Marston (Eds.), *International encyclopedia of geography* (pp. 6047-6058). <https://doi.org/10.1002/9781118786352.wbieg1107>
- Nugroho, Arief Priyo, Handayani, Sri, Effendi, Diyan (2021). Health citizenship and healthcare access in Indonesia, 1945-2020. *Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik*, 24(3), 284-301. <https://doi.org/10.22146/jsp.54618>
- Nygren-Krug, Helena (2013). The right to health: From concept to practice. In José Zuniga, Stephen Marks & Lawrence Gostin (Eds.), *Advancing the human right to health* (pp. 39-54). Oxford University Press.
- *Ogunrotifa, Ayodeji (2020). Expanding marginalisation in pharmaceutical citizenship: A case study of an antiretroviral therapy user. *Journal of Applied Sociology*, 10, 13-24. <https://doi.org/10.5923/j.ijas.20201001.02>
- Olafsdottir, Sigrun, & Beckfield, Jason (2011). Health and the social rights of citizenship: Integrating welfare-state theory and medical sociology. In Bernice Pescosolido, Jack Martin, Jane McLeod & Anne Rogers (Eds.), *Handbook of the sociology of health, illness, and healing: A blueprint for the 21st century* (pp. 101-115). Springer.

- Organization for Economic Co-operation and Development [OECD] (2015). *Frascati manual 2015 – Guidelines for collecting and reporting data on research and experimental development: The measurement of scientific, technological and innovation activities*. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239012-en>
- Pablos-Mendéz, Ariel, & Stone, Lesley (2013). Health development as nation strengthening. In José Zuniga, Stephen Marks & Lawrence Gostin (Eds.), *Advancing the human right to health* (pp. 55-68). Oxford University Press.
- *Pais, Sofia, Guedes, Margarida, & Menezes, Isabel (2012). The values of empowerment and citizenship and the experience of children and adolescents with a chronic disease. *Citizenship, Social and Economics Education*, 11(2), 133–144. <https://doi.org/10.2304/csee.2012.11.2.133>
- Pangalangan, Raul (2013). The domestic implementation of the international right to health: The Philippine experience. In José Zuniga, Stephen Marks & Lawrence Gostin (Eds.), *Advancing the human right to health* (pp. 143-158). Oxford University Press.
- Pelc, Stanko (2017). Marginality and marginalization. In Raghubir Chand, Etienne Nel & Stanko Pelc (Eds.), *Societies, social inequalities and marginalization: Marginal regions in the 21st century* (pp. 13-28). *Perspectives on geographical marginality: Vol. 2*. Springer.
- *Perna, Roberta (2018). Re-bounding EU citizenship from below: Practices of healthcare for ‘(il)legitimate EU migrants’ in Italy. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44(5), 829-848. <http://dx.doi.org/10.1080/1369183X.2017.1362977>
- Pessers, Dorien. (2016). The symbolic meaning of legal subjectivity. In Bart van Klink, Britta van Beers & Lonneke Poort (Eds.), *Symbolic legislation theory and developments in biolaw* (pp. 201-212). *Legisprudence library: Vol. 4*. Springer.
- Peterson, Jordan (1999). *Maps of meaning: The architecture of belief*. Routledge.
- Petrakaki, Dimitra, Hilberg, Eva, & Waring, Justin (2021). The cultivation of digital health citizenship. *Social Science & Medicine*, 270, Article 113675. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113675>.
- Pierzchała, Kazimierz (2015). The process of social reintegration of convicts on the background of world penitentiary system. *Polish Political Science Yearbook*, 44, 154-170. <http://dx.doi.org/10.15804/ppsy2015012>
- *Pols, Jeannette (2006). Washing the citizen: Washing, cleanliness and citizenship in mental health care. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30(1), 77–104. <https://doi.org/10.1007/s11013-006-9009-z>
- Poole, Marilyn (2014). Ageing, health, and the demographic revolution. In John Germov (Ed.), *Second opinion: An introduction to health sociology* (4th ed.) (pp. 297-319). Oxford University Press.
- Popay, Jennie, Rogers, Anne, & Williams, Gareth (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 341–351. <https://doi.org/10.1177/104973239800800305>
- Porter, Dorothy (1999). *Health, civilization and the state: A history of public health from ancient to modern times*. Routledge.
- Porter, Dorothy (2011). *Health citizenship: Essays in social medicine and biomedical politics*. University Of California Medical Humanities Press.

- *Preibisch, Kerry, & Otero, Gerardo (2014). Does citizenship status matter in canadian agriculture? Workplace health and safety for migrant and immigrant laborers. *Rural Sociology*, 79(2), 174-199. <http://dx.doi.org/10.1111/ruso.12043>
- *Priestley, Mark, Stickings, Martha, Loja, Ema, Grammenos, Stefanos, Lawson, Anna, Waddington, Lisa, & Fridriksdottir, Bjarney (2016). The political participation of disabled people in Europe: Rights, accessibility and activism. *Electoral Studies*, 42, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.electstud.2016.01.009>
- Rappaport, Julian (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25. <https://doi.org/10.1007/BF00896357>
- Redden, Candace (2002). Health care as citizenship development: Examining social rights and entitlement. *Canadian Journal of Political Science/Revue Canadienne de Science Politique*, 35(1), 103–125. <https://doi.org/10.1017/S0008423902778190>
- *Rickli, Francesca (2019). Contradictory articulations of citizenship via the (post-)polio body. *Citizenship Studies*, 23(7), 652-668. <https://doi.org/10.1080/13621025.2019.1651047>
- *Riley, Andrew, Akther, Yasmin, Noor, Mohammed, Rahmat, Ali, & Welton-Mitchell, Courtney (2020). Systematic human rights violations, traumatic events, daily stressors and mental health of Rohingya refugees in Bangladesh. *Conflict and Health*, 14(60). <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00306-9>
- Ring, Nicola, Ritchie, Karen, Mandava, Lee, & Jepson, Ruth. (2010). *A guide to synthesising qualitative research for researchers undertaking health technology assessments and systematic reviews*. National Health Service – Quality Improvement Scotland (NHS QIS). <https://www.stir.ac.uk/research/hub/publication/817639>
- Ritzer, George (1990). Metatheorizing in sociology. *Sociological Forum*, 5(1), 3–15. <http://www.jstor.org/stable/684578>
- *Robillard, Chantal, McLaughlin, Janet, Cole, Donald, Vasilevska, Biljana, & Gendron, Richard (2018). “Caught in the same webs”: Service providers’ insights on gender-based and structural violence among female temporary foreign workers in Canada. *Journal of International Migration and Integration*, 19, 583–606. <https://doi.org/10.1007/s12134-018-0563-3>
- Rodrigues, Manuel, Pereira, Anabela, & Barroso, Teresa (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Editora Formasau.
- Rosen, George (1947). What is social medicine? A genetic analysis of the concept. *Bulletin of the History of Medicine*, 21, 674-733.
- *Rygiel, Kim (2016). Dying to live – Migrant deaths and citizenship politics along european borders: Transgressions, disruptions, and mobilizations. *Citizenship Studies*, 20(5), 545-560. <https://doi.org/10.1080/13621025.2016.1182682>
- *Salmon, Amy (2007). Dis/Abling states, dis/abling citizenship: Young aboriginal mothers and the medicalization of fetal alcohol syndrome. *Journal for Critical Education Policy Studies*, 5(2), 271-306.
- Sandelowski, Margarete, Docherty, Sharron, & Emden, Carolyn (1997). Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Research in Nursing & Health*, 20(4), 365-371. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199708\)20:4%3C365::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199708)20:4%3C365::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-E)

- Santos, Boaventura de Sousa (2002). Da dogmatização à desdogmatização da ciência moderna. In *Introdução a uma ciência pós-moderna* (pp. 17-32). Edições Afrontamento.
- Sawyer, Anne-Maree, & Savy, Pauline (2014). Mental illness: Understandings, experience, and service provision. In John Germov (Ed.), *Second opinion: An introduction to health sociology* (4th ed.) (pp. 247-263). Oxford University Press.
- *Sayani, Mitra, & Silke, Schicktanz (2020). Alzheimer's patient organizations' role in enabling citizenship projects: A comparison of the USA, Germany, and the UK. *Frontiers in Sociology*, 5(19), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.00019>
- *Sépulchre, Marie (2020). Ensuring equal citizenship for disabled people: A matter of rights or a matter of costs?. *Alter (European Journal of Disability Research)*, 14(2), 114-127. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2020.03.001>
- Shafir, Gershon, & Brysk, Alison (2006). The globalization of rights: From citizenship to human rights. *Citizenship Studies*, 10(3), 275-287. <http://dx.doi.org/10.1080/13621020600772073>
- Shneider, Alexander (2009). Four stages of a scientific discipline; four types of scientist. *Trends in Biochemical Sciences*, 34(5), 217-223. <https://doi.org/10.1016/j.tibs.2009.02.002>
- *Shuttleworth, Jay (2020). Framing the pandemic within global citizenship education. *Journal of International Social Studies*, 10(2), 67-75. <https://www.iajiss.org/index.php/iajiss/article/view/563>
- Singh, Sapam, Eghdami, Mohammad, & Singh, Sarbjeet (2014). The concept of social vulnerability: A review from disasters perspectives. *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies*, 1(6), 71-82. <http://www.ijims.com/issue.php?issue=106>
- *Sinha, Shamser, & Uppal, Shruti (2009). Lesser youth?: Particular universalisms and young separated migrants in East London. *Journal of Youth Studies*, 12(3), 257-273. <https://doi.org/10.1080/13676260802687364>
- Somekh, Bridget, & Lewin, Cathy (Eds.) (2005). *Research methods in the social sciences*. Sage Publications.
- Somers, Margaret (2008). Theorizing citizenship rights and statelessness. In *Genealogies of citizenship: Markets, statelessness, and the right to have rights* (pp. 1-60). Cambridge University Press.
- Somers, Margaret, & Roberts, Christopher (2008). Toward a new sociology of rights: A genealogy of "buried bodies" of citizenship and human rights. *Annual Review of Law and Social Science*, 4, 385-425. <https://doi.org/10.1146/annurev.lawsocsci.2.081805.105847>
- *Spahl, Wanda, Österle, August (2019). Stratified membership: Health care access for urban refugees in Turkey. *Comparative Migration Studies*, 7(42). <https://doi.org/10.1186/s40878-019-0148-0>
- Spoel, Philippa, Harris, Roma, & Henwood, Flis (2014). Rhetorics of health citizenship: Exploring vernacular critiques of government's role in supporting healthy living. *The Journal of Medical Humanities*, 35(2), 131-147. <https://doi.org/10.1007/s10912-014-9276-6>
- Spoel, Philippa, Lacelle, Naomi, & Millar, Alexandra (2021). Constituting good health citizenship through British Columbia's COVID-19 public updates. *Health*. <https://doi.org/10.1177/13634593211064115>

- Stearns, Peter (Ed.) (2001). *The encyclopedia of world history: Ancient, medieval, and modern, chronologically arranged* (6th ed.). Houghton Mifflin Harcourt.
- *Stillo, Jonathan (2015). 'We are the losers of socialism!': Tuberculosis, the limits of bio-citizenship and the future of care in Romania. *Anthropological Journal of European Cultures*, 24(1), 132-140. <https://doi.org/10.3167/ajec.2015.240110>
- Suri, Harsh (2020). Ethical considerations of conducting systematic reviews in educational research. In Olaf Zawacki-Richter, Michael Kerres, Svenja Bedenlier, Melissa Bond & Katja Buntins, *Systematic reviews in educational research: Methodology, perspectives and application* (pp. 41-54). Springer.
- Susen, Simon (2009). Between emancipation and domination: Habermasian reflections on the empowerment and disempowerment of the human subject. *Pli: The Warwick Journal of Philosophy*, 20, 80-110. <https://ssrn.com/abstract=1700172>
- Sztompka, Piotr (1993). Concepts and categories. In *The sociology of social change* (pp. 1-96). Blackwell.
- Taylor, Kathryn, Mahtani, Kamal, & Aronson, Jeffrey (2021). Summarising good practice guidelines for data extraction for systematic reviews and meta-analysis. *BMJ Evidence-based Medicine*, 26(3), 88–90. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2020-111651>
- *Taylor, Yvette (2011). Lesbian and gay parents' sexual citizenship: Costs of civic acceptance in the United Kingdom. *Gender, Place & Culture*, 18(5), 583-601. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2011.601807>
- Tecmen, Ayşe (2020). *Migration, integration and citizenship in France between 1990 and 2018: The state of the art – Country report: France*. European Institute. <https://bpy.bilgi.edu.tr/en/publications/migration-integration-and-citizenship-france-between/>
- The Campbell Collaboration (2019, January). Campbell systematic reviews: Policies and guidelines (Version 1.4) (Campbell Policies and Guidelines Series No. 1). The Campbell Collaboration. <http://dx.doi.org/10.4073/cpg.2016.1>
- Tolman, Deborah, Bowman, Christin, & Fahs, Breanne (2014). Sexuality and embodiment. In Deborah Tolman, Lisa Diamond José Bauermeister, William George, James Pfaus & Monique Ward (Eds.), *APA handbook of sexuality and psychology: Vol. 1. Person-based approaches* (pp. 759–804). <https://doi.org/10.1037/14193-025>
- Tonkens, Evelien, & Duyvendak, Jan (2016). Introduction: The culturalization of citizenship. In Jan Duyvendak, Peter Geschiere & Evelien Tonkens (Eds), *The culturalization of citizenship: Belonging and polarization in a globalizing world* (pp. 1-20). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/978-1-137-53410-1_1
- *Torres, Jacqueline, & Waldinger, Roger (2015). Civic stratification and the exclusion of undocumented immigrants from cross-border health care. *Journal of Health and Social Behavior*, 56(4), 438–459. <https://doi.org/10.1177/0022146515610617>
- *Torres, Rebecca, Heyman, Rich, Munoz, Solange, Apgar, Lauren, Timm, Emily, Tzintzun, Cristina, Hale, Charles, Mckiernan-Gonzalez, John, Speed, Shannon, & Tang, Eric (2013). Building Austin, building justice: Immigrant construction workers, precarious labor regimes and social citizenship. *Geoforum*, 45, 145-155, <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2012.10.012>

- *Tsavdaroglou, Charalampos, Giannopoulou, Chrisa, Petropoulou, Chryssanthi, & Pistikos, Ilias (2019). Acts for refugees' right to the city and commoning practices of care-tizenship in Athens, Mytilene and Thessaloniki. *Social Inclusion*, 7(4), 119-130. <https://doi.org/10.17645/si.v7i4.2332>
- Turner, Bryan (2006). *The Cambridge dictionary of sociology*. Cambridge University Press.
- Turner, Scott, Cardinal, Laura, & Burton, Richard (2015). Rresearch design for mixed methods: A triangulation-based framework and roadmap. *Organizational Research Methods*, 20(2), 1-25. <https://doi.org/10.1177/1094428115610808>
- *Underman, Kelly, Sweet, Paige, & Decoteau, Claire (2017). Custodial citizenship in the omnibus autism proceeding. *Sociological Forum*, 32, 544-565. <https://doi.org/10.1111/socf.12348>
- *Valentine, Gill, & Skelton, Tracey (2007). The right to be heard: Citizenship and language. *Political Geography*, 26(2), 121-140. <https://doi.org/10.1016/j.polgeo.2006.09.003>
- *Valokivi, Heli (2004). Participation and citizenship of elderly persons: User experiences from Finland. *Social Work in Health Care*, 39(1), 181-207. https://doi.org/10.1300/j010v39n01_12
- *Van Natta, Meredith, Burke, Nancy, Yen, Irene, Fleming, Mark, Hanssmann, Christoph, Rasidjan, Maryani, & Shim, Janet (2019). Stratified citizenship, stratified health: Examining latinx legal status in the U.S. healthcare safety net. *Social Science & Medicine*, 220, 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.024>
- Vergnes, Jean-Noel, Marchal-Sixou, Christine, Nabet, Cathy, Maret, Delphine, & Hamel, Olivier (2010). Ethics in systematic reviews. *Journal of Medical Ethics*, 36(12), 771-774. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2010.039941>
- Waldman, Linda (2016). Strands of struggle: Dealing with health citizenship in the aftermath of asbestos mining. *Journal of Southern African Studies*, 42(5), 947-963. <https://doi.org/10.1080/03057070.2016.1222765>
- Waldron, Jeremy (2013, January). *Citizenship and dignity* (Public Law & Legal Theory Research Paper Series – Working Papers No. 12-74). School of Law, New York University. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2196079>
- *Walkden, Graham, Anderson, Ema, Vink, Maartan, Tilling, Kate, Howe, Louise, & Ben-Shlomo, Yoav (2018). Frailty in older-age European migrants: Cross-sectional and longitudinal analyses of the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE). *Social Science & Medicine*, 213, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.033>.
- Wallis, Steven (2010). Toward a science of metatheory. *Integral Review*, 6(3), 73-120.
- Wallis, Steven (July 22-27, 2012). *Critical integrative metatheory: New methods to evaluate psychological theories & models for review* [Paper presentation]. International Congress of Psychology, Cape Town, South Africa. https://www.researchgate.net/publication/285597741_Critical_Integrative_Metatheory_New_Methods_to_Evaluate_Psychological_Theories_Models_for_Review
- Webster, Jane, & Watson, Richard (2002). Analyzing the past to prepare for the future: Writing a literature review. *Management Information Systems Quarterly*, 26(2). <http://www.jstor.org/stable/4132319>

- Weed, Mike (2008). A potential method for the interpretive synthesis of qualitative research: Issues in the development of 'meta-interpretation'. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(1), 13-28. <https://doi.org/10.1080/13645570701401222>
- *Whittaker, Andrea, & Leng, Chee (2016). 'Flexible bio-citizenship' and international medical travel: Transnational mobilities for care in Asia. *International Sociology*, 31(3), 286-304. <https://doi.org/10.1177%2F0268580916629623>
- Wilkinson, Richard, & Marmot, Michael (Eds.) (2003). *Social determinants of health: The solid facts* (2nd ed.). World Health Organization Regional Office for Europe.
- Wolff, Jonathan (2012). *The human right to health*. W. W. Norton & Company.
- World Health Organization [WHO] & United Nations Children's Fund [UNICEF] (1978). *Primary health care: Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>
- World Health Organization [WHO] (1998/2021). *Health promotion glossary of terms*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- World Health Organization [WHO] (2012). *Health education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies – A foundation document to guide capacity development of health educators*. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119953>
- World Health Organization [WHO] (2020). *Basic documents: Forty-ninth edition*. <https://apps.who.int/gb/bd/>
- Yamin, Alicia, & Carmalt, Jean (2013). The United States: Right to health obligations in the context of disparity and reform. In José Zuniga, Stephen Marks & Lawrence Gostin (Eds.), *Advancing the human right to health* (pp. 231-242). Oxford University Press.
- *Yardimci, Sibel, & Bezmez, Dikmen (2018). Disabled Istanbulites' everyday life experiences as 'urban citizens': Accessibility and participation in decision-making. *Citizenship Studies*, 22(5), 475-490. <https://doi.org/10.1080/13621025.2018.1477917>
- *Yen-Fen, Tseng, & Wu, Jieh-Min (2011). Reconfiguring citizenship and nationality: Dual citizenship of Taiwanese migrants in China. *Citizenship Studies*, 15(2), 265-282. <https://doi.org/10.1080/13621025.2011.549728>
- *Yeung, Polly, Passmore, Anne, & Packer, Tanya (2008). Active citizens or passive recipients: How Australian young adults with cerebral palsy define citizenship. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 33(1), 65-75. <https://doi.org/10.1080/13668250701875129>
- *Yılmaz, Volkan, & Göçmen, İpek (2016). Denied citizens of Turkey: Experiences of discrimination among LGBT individuals in employment, housing and health care. *Gender, Work & Organization*, 23, 470- 488. <https://doi.org/10.1111/gwao.12122>
- Zawacki-Richter, Olaf, Kerres, Michael, Bedenlier, Svenja, Bond, Melissa, & Buntins, Katja (2020). *Systematic reviews in educational research: Methodology, perspectives and application*. Springer.
- Zhao, Shanyang (1991). Metatheory, metamethod, meta-data-analysis: What, why, and how? *Sociological Perspectives*, 34(3), 377-390. <https://doi.org/10.2307/1389517>

Outras (jornais, internet e media)

- Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex and Asexual Resource Center [LGBTQIA RC] (2022, March 24). *LGBTQIA Resource Center glossary*. <https://lgbtqia.ucdavis.edu/educated/glossary>
- World Health Organization [WHO] (2022). *HIV/AIDS*. https://www.who.int/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1
- Portal da Língua Portuguesa (n.d.). *Acordo ortográfico da língua portuguesa de 1990*. <http://www.portaldalinguaportuguesa.org/acordo.php?action=acordo&version=1990>
- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto [FPCEUP] (2012, January 3). *Normas para a elaboração da dissertação e do relatório de mestrado em ciências da educação*. https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/legislacao_geral.ver_legislacao?p_nr=209
- Centro de Investigação e Intervenção Educativas [CIIE] (2022). *Instruções aos autores*. <https://www.fpce.up.pt/ciie/?q=publication/revista-educa%C3%A7%C3%A3o-sociedade-culturas/page/instrucoes-aos-autores>
- World Health Organization [WHO] (n.d.-a). *The 1st international conference on health promotion, Ottawa, 1986*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- World Health Organization [WHO] (n.d.-b). *The 2nd international conference on health promotion, Adelaide, 1988*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/second-conference>
- World Health Organization [WHO] (n.d.-c). *The 3rd international conference on health promotion, Sweden, 1991*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/third-conference>
- World Health Organization [WHO] (n.d.-d). *Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fourth-conference/jakarta-declaration>
- World Health Organization [WHO] (n.d.-e). *The 5th global conference on health promotion, Mexico, 2000*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fifth-global-conference>
- World Health Organization [WHO] (n.d.-f). *The 6th global conference on health promotion, Bangkok, 2005*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference>
- World Health Organization [WHO] (n.d.-g). *The 7th global conference on health promotion, Nairobi, 2009*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference>
- World Health Organization [WHO] (n.d.-h). *The 8th global conference on health promotion, Helsinki, 2013*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/eighth-global-conference>
- World Health Organization [WHO] (n.d.-i). *The 9th global conference on health promotion, Shanghai 2016*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference>

- World Health Organization [WHO] (n.d.-j). *10th global conference on health promotion*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/10th-global-conference-on-health-promotion>
- United Nations [UN] (n.d.-a). *We can end poverty: Millennium development goals and beyond 2015*. <https://www.un.org/millenniumgoals/>
- United Nations [UN] (n.d.-b). *Sustainable development goals*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- United Nations [UN] (n.d.-c). *International bill of human rights*. <https://www.ohchr.org/en/what-are-human-rights/international-bill-human-rights>
- Framework Convention on Global Health Alliance [FCGH Alliance] (n.d.). *Drafting the treaty*. <https://fcghalliance.org/about/drafting-the-treaty/>
- Britannica (n.d.). *Using the suffix -ship*. <https://www.britannica.com/dictionary/eb/qa/Using-the-Suffix-Ship>
- Merriam-Webster (n.d.-a). *Merriam-Webster dictionary*. <https://www.merriam-webster.com/>
- University of Hong Kong (1999). *Lin Yutang's Chinese-English dictionary of modern usage*. <https://humanum.arts.cuhk.edu.hk/Lexis/Lindict/>
- University of the Western Cape (2004). *Arthur Madan's Swahili-English Dictionary*. <https://africanlanguages.com/swahili/index.php?l=en>
- Merriam-Webster (n.d.-b). *-en*. [https://www.merriam-webster.com/dictionary/en#:~:text=Definition%20of%20en%2D%20\(Entry%202,formed%20from%20adjectives%20or%20nouns](https://www.merriam-webster.com/dictionary/en#:~:text=Definition%20of%20en%2D%20(Entry%202,formed%20from%20adjectives%20or%20nouns)
- Hirsh Health Sciences Library of the Tufts University (2022, January 24). *Systematic reviews*. <https://researchguides.library.tufts.edu/SystematicReviews>
- UN Human Rights (2011, November 11). *Universal Declaration of Human Rights* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=5RR4VXNX3jA>
- Lomborg, Bjorn [TED Blog Video] (2013, November 12). *What do global problems cost us? Thoughts from Bjorn Lomborg* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=uU-LTKOJY9M>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2014, September 15). *Scottish independence: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=-YkLPxQp_y0&t=25s
- Lee, Naomi, & Whaley, Paul [Research Academy] (2018, May 23). *Systematic reviews 101* [Video]. ScienceDirect/Elsevier. <https://researcheracademy.elsevier.com/writing-research/technical-writing-skills/systematic-reviews-101>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2019, May 13). *Green new deal: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=JDcro7dPqpA&t=122s>
- Library of the University of Kent (2021, September 15). *Google scholar*. <https://semo.libguides.com/google-scholar/advanced-searching>
- Library of the Univeristy of Brandeis (2021, September 21). *Education*. <https://guides.library.brandeis.edu/c.php?g=301740&p=2015487>

- Clarivate (2021, November 10). *Clarivate data powers U.S. news best global universities rankings for 2022*. <https://clarivate.com/blog/clarivate-data-powers-u-s-news-best-global-universities-rankings-for-2022/>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2015b, February 9). *Marketing to doctors: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=YQZ2UeOTO3I&t=22s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2016a, February 22). *Abortion laws: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=DRauXXz6t0Y&t=21s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2020a, February 24). *Modi: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=qVIXUhZ2AWs&t=114s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2018a, February 26). *Italian election: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=LdhQzXHYLZ4&t=56s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2020b, March 2). *Coronavirus: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=c09m5f7Gnic&t=4s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2015a, March 9). *U.S. territories: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=CesHr99ezWE&t=54s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2018b, April 2). *Immigration courts: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=9fB0GBWJ2QA&t=100s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2017a, April 17). *French elections: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=hkZir1L7fSY&t=62s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2022a, May 9). *Philippines election: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=FtdVgIihDok&t=18s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2018c, May 14). *Venezuela: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=IYfgvS0FA7U&t=184s>
- Lomborg, Bjorn [Talks at Google] (2014b, May 19). *How to spend \$75 billion to do the most good* | Bjorn Lomborg | Talks at Google [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=W3JZ1j5R8SI>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2017b, June 5). *Paris agreement: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=5scez5dqtAc&t=24s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2015c, June 15). *Torture: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=zmeF2rzsZSU&t=60s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2016b, June 20). *Brexit: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=iAgKHSNqxa8&t=79s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2015d, June 29). *Transgender rights: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=hmoAX9f6MOc&t=105s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2020c, July 27). *China & Uighurs: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=17oCQakzIl8&t=82s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2022b, August 1). *Mental health care: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=jtIZZs-GAOA&t=2s>

- Oliver, John [LastWeekTonight] (2022d, August 8). *Monkeypox: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=pQcFCFZiUI&t=5s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2015e, August 10). *Sex education: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=L0jQz6jqQS0&t=76s>
- Library of the University of Michigan (2022, August 11). Systematic reviews. <https://guides.lib.umich.edu/sysreviews>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2017c, August 14). *North Korea: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=TrS0uNBuG9c&t=22s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2022c, August 15). *Afghanistan: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=x2hw_ghPcQs
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2021a, August 23). *Afghanistan: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=dykZyuWci3g&t=16s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2015f, August 24). *LGBT discrimination: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=5d667Bb_iYA&t=57s
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2016c, August 25). *Puerto Rico: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=Tt-mpuR_QHQ&t=65s
- Library of the University of La Verne (2022, August 29). *Identify empirical research articles*. <https://laverne.libguides.com/empirical-articles>
- Library of the Penn State University (2022, September 16). *Empirical research in the social sciences and education*. <https://guides.libraries.psu.edu/emp/finding>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2016d, September 20). *Refugee crisis: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=kZsOISarzg&t=4s>
- Library of the King's College of London (2022, September 26). *Searching for systematic reviews: Home*. <https://libguides.kcl.ac.uk/systematicreview/home>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2015g, September 28). *Migrants and refugees: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=umqvYhb3wf4&t=96s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2015h, October 5). *Mental health: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=NGY6DqB1HX8&t=55s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2018d, October 8). *Brazilian elections: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=FsZ3p9gOkpY&t=36s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2015j, October 19). *Canadian election: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=0V5ckcTSYu8&t=86s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2021b, October 25). *Taiwan: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=9Y18-07g39g&t=14s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2016e, November 14). *President-elect Trump: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=-rSDUsMwakI&t=62s>
- Oliver, John [LastWeekTonight] (2018e, November 19). *Authoritarianism: Last week tonight with John Oliver (HBO)* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=ximgPmJ9A5s&t=129s>

Documentos normativos

- General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health, August 11, 2000, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, December 16, 1966, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, December 25, 1965, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>
- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, December 18, 1979, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights: Protocol of San Salvador, November 17, 1988, <https://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-52.html>
- Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação (SPCE) (2020). *Carta ética* (2nd ed.). <https://www.spce.org.pt/regulacaoeticodeontologia.html>
- American Educational Research Association (AERA) (2011). *AERA code of ethics*. <https://www.aera.net/About-AERA/AERA-Rules-Policies/Professional-Ethics>
- British Educational Research Association (BERA) (2018). *Ethical guidelines for educational research* (4th ed.). <https://www.bera.ac.uk/publication/ethical-guidelines-for-educational-research-2018>
- United Nations Charter, October 24, 1945, <https://www.un.org/en/about-us/un-charter>
- Universal Declaration of Human Rights, December 10, 1948, <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Convention relating to the Status of Refugees, July 28, 1951, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-relating-status-refugees>
- European Social Charter, October 18, 1961, <https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/about-the-charter>
- Protocol relating to the Status of Refugees, December 16, 1966, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/protocol-relating-status-refugees>
- African Charter on Human and Peoples' Rights, June 1, 1981, <https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=49>
- Convention on the Rights of the Child, November 20, 1989, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Arab Charter on Human Rights, May 22, 2004, <https://digitallibrary.un.org/record/551368>

Declaration of Astana, October 27, 2018, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>

Convention on the Rights of Persons with Disabilities, December 13, 2006, <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html#Fulltext>

International Covenant on Civil and Political Rights, December 16, 1966, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>

Apêndices

Apêndice A

Protocolo da revisão:

1. *Título*

Uma revisão crítica e mista da literatura em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde:
Propondo a *healthenship*.

2. *Data de início e de fim*

Data de início: 13 de agosto de 2019

Data de fim: 13 de outubro de 2022

3. *País e língua*

Portugal. Língua portuguesa.

4. *Palavras-chave*

Revisão crítica e mista; Direitos de cidadania; Saúde; Cidadania em Saúde; Healthenship;
Ciências da Educação

5. *Detalhes acerca de revisões similares*

Não se identificaram revisões similares.

6. *Estádio da revisão*

Completa.

7. *Equipa e respetivos contactos*

Nome: Professora Doutora Isabel Menezes

Instituição: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto/Centro de Investigação e Intervenção Educativas

e-mail: imenezes@fpce.up.pt

Função: Supervisora científico-pedagógica e terceira revisora

Nome: Sr. Miguel Correia

Instituição: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

e-mail: miguel.correia.fpceup@gmail.com

Função: Investigador e primeiro revisor

Nome: Sra. Bárbara Alves

Instituição: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

e-mail: barbaraaalves.psi@gmail.com

Função: Segunda revisora

8. *Financiamento*

A presente revisão não obteve financiamento para a sua realização.

9. *Conflitos de interesse*

Declara-se a não existência de conflitos de interesse.

10. *Objetivos e questões de investigação*

A pesquisa apresenta como tópico central a relação entre direitos de cidadania e saúde à luz dos contributos da área da cidadania em saúde, sendo o propósito geral da investigação a exploração e a compreensão da relação entre direitos de cidadania e saúde à luz dos contributos da área da cidadania em saúde. A partir desta proposta elencam-se os objetivos que orientaram o processo de investigação:

- Descrever o conhecimento produzido em torno da relação entre direitos de cidadania e saúde;
- Descrever a relação entre direitos de cidadania e saúde, mapeando alguns conceitos chave, e identificando as suas convergências e divergências;
- Identificar e descrever as problemáticas socioeducativas e políticas que circunscrevem a relação entre direitos de cidadania e saúde.

E indicam-se as questões subjacentes:

- *Como se estrutura a relação entre direitos de cidadania e saúde?*
- *Como se processa a evolução desta relação ao longo do tempo?*
- *Quais são as principais tensões e continuidades na relação entre direitos de cidadania e saúde?*

11. *Plano de revisão*

A revisão toma por base duas tipologias de revisão de literatura para dar resposta aos objetivos e questões de investigação previamente propostos: a revisão crítica e a revisão mista.

Os processos de triagem da informação envolvem procedimentos de pesquisa de documentos (em bases de dados eletrónicas, por exemplo) e de rastreio da informação (no fundo, decidir incluir ou excluir dado documento) com base em instrumentos de avaliação da qualidade da informação contida nos documentos.

Importa referir que a avaliação da qualidade da informação assume um formato sequencial, com pendor inclusivo/exclusivo e surge contruída em três níveis distintos, mas interligados, sendo que o segundo e terceiro nível surgem marcados por um processo de avaliação assente em dois

revisores (um da área das Ciências da Educação e outro da área da Psicologia), havendo possibilidade de «desempate» por um terceiro (da área das Ciências da Educação) em caso de ambiguidade.

Nesta linha, os critérios de inclusão e exclusão em todos estes níveis foram construídos de forma a adaptarem-se aos objetivos e questões de investigação. No primeiro nível (Anexo I), os critérios guiaram-se pela escolha da língua inglesa, portuguesa e espanhola, por um lado porque são as línguas que eu domino e, por outro lado, porque a língua inglesa se apresenta dominante no campo da publicação científica; pela seleção de artigos científicos com base em estudos empíricos, ou seja, em investigações ou intervenções com base em dados obtidos a partir da experiência das pessoas e da realidade social de que fazem parte, tendo-se excluído outras tipologias de documentos (capítulos de livro e literatura cinzenta, por exemplo) como forma de contribuir para a gestão da informação recolhida nas etapas finais da revisão (síntese, análise e interpretação); publicados através de um processo de revisão por pares; e num espaço temporal entre as primeiras publicações disponíveis até ao dia 31 de dezembro de 2021.

Assente nesta esteira, os procedimentos de pesquisa passaram pela procura de documentos em bases de dados eletrónicas e pela pesquisa manual em bibliotecas científico-académicas. Com base neste plano de ação, a procura de informação nas bases de dados eletrónicas, além de tomar em conta os critérios acima referidos, prendeu-se pela seleção da opção de pesquisa da informação contida no resumo, título e palavras-chave, seguida de uma procura assente nos termos direitos de cidadania (citizenship rights; derechos de ciudadanía) e saúde (health; salud) de acordo com a seguinte fórmula: TITLE-ABS-KEY ("citizenship rights" AND "health") com o objetivo de encontrar artigos que contivessem simultaneamente informação acerca de direitos de cidadania e de saúde, tendo este processo passado pelas seguintes bases de dados digitais: Google Scholar (672 resultados), ProQuest (182 resultados), ScienceDirect/Elsevier (164 resultados), Springer (96 resultados), ERIC (Education Resources Information Center) (78 resultados), Scopus (78 resultados), EBSCO (Education Research Complete)/bON (Biblioteca do Conhecimento Online) (29 resultados), PubMed (27 resultados), a base de dados digital da BMJ (British Medical Journal) (15 resultados), a base de dados eletrónica da Taylor & Francis (14 resultados), a base de dados de jornais científico-académicos da SAGE (11 resultados), DOAJ (Directory of Open Access Journals) (10 resultados), a biblioteca científico-académica online da Wiley (9 resultados), Repositório da Universidade do Porto (4 resultados) e a base de dados de jornais científico-académicos JStor (Journal Storage) (4 resultados), e a pesquisa manual passou pela procura de informação nas bibliotecas das faculdades da Universidade do Porto e das escolas de ensino superior do Instituto Politécnico do Porto em Portugal, tendo sido localizadas 5 revistas científico-académicas de interesse: Educação, Sociedade & Culturas (Ciências da Educação, Centro de Investigação e de Intervenção Educativas da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto), E-Revista de Estudos Interculturais (Estudos Interculturais, Centro de Estudos Interculturais do Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Politécnico do Porto), Revista Música, Psicologia e Educação (Estudos Musicais no seio das áreas da Psicologia e da[s Ciências da] Educação, Centro de Investigação em Psicologia da Música e Educação Musical da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto), Trabalhos de Antropologia e Etnologia (Antropologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto) e Sociologia (Sociologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto), a partir das quais se identificaram 6 artigos. Posto isto, no final do primeiro nível de triagem tinham sido identificados 1393 artigos (1387 através de bases de dados eletrónicas e 6 por meio da pesquisa manual), sendo que após se retirarem os artigos duplicados (88 no total), com recurso ao EndNote (Versão 20), seguiram para o segundo nível de triagem um total de 1305 artigos.

Assente nesta linha de ação, para o segundo nível de triagem construiu-se outra grelha (Anexo II) para aprofundar o processo de avaliação da qualidade da informação e documentar os dados acerca da informação encontrada. Em particular, anotou-se os títulos e os elementos descritivos dos documentos (como a localização geográfica da pesquisa e da publicação, o nome da revista, o ano de publicação, entre outros elementos); registou-se a informação contida nos resumos que remetia para a relação entre direitos de cidadania e saúde; e documentou-se a biografia académica dos autores (domínio científico de base, entre outros elementos). Importa ainda

referir que a grelha se encontrava acompanhada de uma folha com pontos críticos (Anexo II) a ter em conta ao longo do processo de avaliação num esforço para diminuir a ambiguidade na leitura das indicações e no processo de revisão. A construção da grelha e dos pontos críticos alicerçou-se nas orientações dos manuais e dos artigos referidos anteriormente. Posto isto, neste nível de triagem da informação surgem excluídos 1208 artigos, em larga medida, devido à existência de menções a um dos tópicos em estudo (direitos de cidadania e saúde no título, resumo e palavras-chave) enquanto conceitos genéricos (unidade de saúde, por exemplo) e não sob a forma de ideias em torno destas temáticas. Por outras palavras, a esmagadora maioria dos artigos avaliados abordavam aprofundadamente um dos conceitos centrais da pesquisa e referiam o outro de forma genérica. Por conseguinte, seguiram para o terceiro nível de triagem da informação um total de 97 artigos. Importa referir que neste nível não se identificaram situações de desacordo entre os revisores, sendo que me encontro convicto de que tal evento se deveu à utilização da folha com pontos críticos que dirigiu o olhar durante o processo de revisão.

Nesta linha de abordagem, no terceiro nível de avaliação da qualidade da informação, os critérios assentaram, por um lado, e, por outro lado, apoiaram-se na construção de outra grelha para aprofundar a avaliação da qualidade de informação nesta fase (Anexo III).

Nesta linha, para construir este instrumento procedeu-se à pesquisa por grelhas de avaliação da qualidade da informação em diversas bases de dados eletrónicas (Scopus, PubMed, entre outras), tendo sido identificadas dezenas de grelhas, sendo que se tomou a decisão de interromper esta pesquisa apenas quando cada nova grelha identificada não acrescentava um foco novo para a avaliação da qualidade da informação (aproximação à «saturação do terreno»). A partir deste processo, selecionaram-se as grelhas que se encontravam validadas cientificamente, isto é, publicadas em revistas científicas assentes em processos de revisão por pares – 45 grelhas (18 para estudos e intervenções qualitativas, 23 para estudos e intervenções quantitativas e 4 para estudos e intervenções com abordagem mista).

Por conseguinte, este processo dedutivo inspirou a construção original de 1 grelha de avaliação da qualidade da informação (Anexo III) acompanhada com pontos essenciais transversais a cada tipo de empreendimento científico (quantitativo, qualitativo e misto, de acordo com as orientações dos manuais e nos artigos previamente indicados no que respeita às diversas fases dos processos de investigação qualitativa, quantitativa e mista, e de intervenção a levar em conta em processos de revisão de literatura [biografia académica do autor, indicação do fenómeno a estudar, objetivos, foco e fundamentação da investigação, questões de investigação, identificação dos pressupostos científicos que orientam a investigação, o contexto e as pessoas envolvidas na investigação, as questões éticas e o papel do investigador, método e metodologia, revisão da literatura, técnicas de seleção, recolha, análise, síntese e interpretação da informação, considerações finais, e implicações e sugestões para investigações futuras]) num esforço para diminuir a ambiguidade na leitura das indicações e no processo de revisão (Anexo III).

Posto isto, neste nível de triagem da informação surgem excluídos 16 artigos, em larga medida, devido a lacunas significativas no processo de pesquisa ou de intervenção (a título de exemplo, um dos artigos excluídos procurava estudar questões ligadas a pessoas imigrantes e, revelando-se necessário entrevistar imigrantes, dado ao teor dos pressupostos teóricos e metodológicos, os autores do artigo entrevistaram uma «amostra» da população em geral, onde nenhuma das pessoas que participavam do estudo eram, efetivamente, imigrantes, culminando na publicação de «resultados» incongruentes com os objetivos e questões da pesquisa, e outro artigo excluído não explanava a estratégia de pesquisa utilizada para alcançar os «resultados» da pesquisa, ou seja, escrevia acerca dos resultados sem referir as análises estatísticas realizadas e os procedimentos associados, em larga medida, inviabilizando a compreensão, e a verificação da validade e fiabilidade das análises), tendo resultado na inclusão final de 81 artigos. Importa referir que neste nível não se identificaram situações de desacordo entre os revisores, sendo que me encontro convicto de que tal evento se deveu à utilização das folhas com pontos críticos que dirigiram o olhar durante o processo de revisão.

A partir dos 81 artigos identificados, foi levado a cabo um processo de pesquisa em bola de neve que toma por base a ideia de que as referências dos artigos incluídos para a fase de extração da informação se revelam capazes de indicar literatura relevante no seio do tema em revisão. Assente nesta ideia, identificaram-se 11 artigos que cumpriam os critérios do terceiro nível de avaliação da qualidade da informação, tendo passado para a fase de extração um total de 92 artigos.

Na linha das ações, o processo de extração da informação, além de beber destes contributos, alicerçou-se no trabalho anteriormente realizado para guiar os processos de (meta) síntese, análise e interpretação da informação contida nos 92 artigos incluídos. Em larga medida, os procedimentos de extração da informação, de meta-síntese, de meta-apreciação e de meta-interpretção surgem intimamente ligados e desenvolvidos enquanto um processo simultaneamente sequencial e retroativo, ou seja, realizam-se por meio de uma ordem lógica (extraí-se a informação para construir uma síntese da mesma que será sujeita a um processo analítico-interpretativo) assente em releituras e em reconstruções de ideias.

Assente nesta esteira, a informação contida nas grelhas de avaliação da qualidade da informação serviu de base (enquanto procedimento de extração) para alavancar uma síntese dos elementos centrais para caracterizar os artigos e o conhecimento que se estava a construir, nomeadamente, o número de artigos, o ano de publicação, as revistas científicas, o número de autores/as, os domínios científicos dos autores, os grupos da sociedade representados nos documentos, o tipo de metodologias e técnicas de pesquisa, os referenciais teóricos, e os países e continentes onde incidiram as pesquisas e a partir dos quais se realizaram as mesmas. A partir destes elementos (melhor dizendo, variáveis), pensaram-se em estratégias de análise estatística descritiva, em particular, a dispersão do ano de publicação dos artigos pelo número de artigos publicados; a frequência do número de artigos publicados em cada revista científica; a frequência de autores/as em cada domínio científico; a frequência do número de grupos da sociedade representados nos artigos; a frequência das metodologias e das técnicas de investigação ao longo dos artigos; a frequência da menção a conceitos teóricos particulares; a distribuição do número de países onde incidiram os artigos pelos continentes do globo, bem como a sua distribuição pelos países a partir dos quais se produzem os estudos; e a distribuição de cada categoria da análise pelos continentes em que as pesquisas incidiram levando em conta o ano de publicação dos artigos. Importa ainda dizer que as análises referidas foram realizadas com o suporte dos programas Microsoft Excel (Versão 16) e SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (Versão 23) a partir do desenvolvimento de tabelas de duas variáveis e da construção de uma matriz de variáveis para a última análise mencionada.

Posto isto, o processo descritivo-interpretativo levado a cabo correspondeu à parte quantitativa da revisão mista. Como tal, a componente qualitativa da revisão mista surge alicerçada na análise do conteúdo dos 92 artigos. Neste sentido, os procedimentos de extração e de (meta) síntese da informação surgem ligados à (re)leitura flutuante do corpus documental (os artigos). A partir deste processo, a componente meta-analítica e -interpretativa tomou por base todo o trabalho precedente realizado. Nesta linha, os procedimentos de meta-apreciação centraram-se na categorização dos dados, ou seja, na construção de categorias de análise (neste caso, assentes em temáticas centrais identificadas nos artigos) e, por conseguinte, na agregação da informação por meio de unidades de análise (alocadas em diferentes categorias e subcategorias, sendo, na sua esmagadora maioria, constituídas por um parágrafo) de modo a promover uma descrição real e precisa das características relevantes da informação contida nos documentos. Importa ainda referir que a categorização realizada combinou sistemas de categorias prévias (construídas a partir das considerações de partida, nomeadamente, cidadania e direitos; participação cidadã; saúde física e mental; pessoas migrantes e refugiadas; sexualidade(s) e intimidade) com sistemas de subcategorias emergentes (desenvolvidas indutivamente a partir dos dados ao longo do processo de análise, nomeadamente, a arena científica; a arena legal; a arena política; a arena médica; a arena da(s) sexualidade(s) e da intimidade; a arena social, comunitária e pessoal; a arena médico-política; a arena físico-social; os profissionais de saúde; os profissionais sociais; as pessoas com condições físicas; as pessoas com doenças mentais; o estatuto (i)legal; as pessoas migrantes e refugiadas, e o acesso à saúde; o mundo do trabalho; os direitos sexuais e reprodutivos; a comunidade LGBTI; a educação).

Assente nestes procedimentos, o processo de meta-interpretação apoiou-se em todo o trabalho de categorização precedente. Deste modo, meta-interpretar constituiu-se um processo de justificação racional das relações entre os fenómenos por via de um processo de indução analítico-interpretativo. Por outras palavras, construiu-se progressivamente as compreensões numa íntima relação entre (re)leitura, síntese, categorização (análise) e interpretação (desenvolvimento de construtos). Com base nestas ideias, ao longo deste processo, revelou-se necessário realizar um triplo processo hermenêutico, onde as meta-interpretações que se construía (os construtos de terceira ordem com origem na interpretação das relações entre as ideias e os conceitos dos diversos artigos) alicerçavam-se e tomavam em conta as interpretações dos autores/as (os construtos de segunda com origem no conhecimento produzido acerca da vida social e humana a partir das interpretações dos autores/as) e dos participantes das pesquisas e intervenções (os construtos de primeira ordem com origem no conhecimento adquirido no quotidiano social e humano pela pessoas na relação com os outros, o mundo e o eu), procurando, por um lado, manter (dentro do possível) o significado original do contexto de produção dos artigos e, por outro lado, construir uma perspetiva mais ampla a partir da agregação de diversos conhecimentos produzidos ao longo do tempo (os 92 artigos). Posto isto, importa também referir que se tomou por base uma abordagem prudente neste processo, em particular e como forma exemplificativa, no que respeita à relação entre ideias e conceitos provenientes de investigações levadas a cabo com metodologias diferentes (o que implicou atentar para as diferentes vantagens e limitações na produção do conhecimento). Importa ainda dizer que a análise referida foi realizada com o apoio do programa Microsoft Word (Versão 16) a partir do desenvolvimento de sumários narrativos, mapas de conceitos, diagramas e, sobretudo, tabelas para alocar as unidades de análise (doze mil oitocentas e quarenta e nove no total), registar as mesmas por cores e com comentários sobre os pontos chave de cada unidade com o objetivo de progressivamente e de forma retroativa se ir construindo novos construtos.

Por último, importa abordar nos procedimentos de apresentação das considerações alcançadas com o processo de revisão. Nesta linha, procedeu-se à pesquisa por grelhas de orientação da apresentação das considerações alcançadas com revisões qualitativas, quantitativas e mistas em diversas bases de dados eletrónicas (Scopus, PubMed, entre outras), tendo sido identificadas dezenas de grelhas, sendo que se tomou a decisão de interromper esta pesquisa apenas quando cada nova grelha identificada não acrescentava um foco novo para o processo de apresentação da informação (aproximação à «saturação do terreno»). A partir deste procedimento, selecionaram-se as grelhas que se encontravam validadas cientificamente, isto é, publicadas em revistas científicas assentes em processos de revisão por pares – 18 grelhas (para estudos e intervenções qualitativas, para estudos e intervenções quantitativas e para estudos e intervenções com abordagem mista) descritas no Anexo IV. A partir da leitura destas grelhas e da sintetização dos seus aspetos centrais, pensou-se na estrutura do presente documento como um meio fundamentado para apresentar de forma profunda, congruente e clara o processo de revisão e as considerações alcançadas com o mesmo.

Assente nos procedimentos de meta-síntese, -apreciação e -interpretação, que se apresentaram intimamente ligados à identificação de ideias, conceitos e temas centrais à totalidade dos artigos, servindo de base para construir relações (conflitantes e de convergência, por exemplo), o agregado destas diferentes conexões permitiu desenvolver um conhecimento mais amplo do que aquele circunscrito aos artigos por meio da ligação deste saber com diversos referenciais teóricos, promovendo, assim, o desenvolvimento de uma metateoria acerca do fenómeno socioeducativo em estudo. Nesta linha, a construção de metateoria assentou, embora não de forma exclusiva, nas considerações alcançadas com a revisão. A partir de todo o trabalho precedente, a construção de metateoria tomou por base a componente crítica da revisão. Nesta linha, partiu-se da conceção de teoria enquanto um conjunto de princípios que contribuem para uma compreensão ampla acerca de dado fenómeno para se construir metateoria, ou seja, uma proposta teórica sobre o fenómeno em estudo assente em processos de meta-apreciação e -interpretação, bem como a partir da reflexão crítica sobre diversas teorias (da área da cidadania em saúde, da área das ciências da educação, entre outras).

Nesta perspetiva, a construção de metateoria procurou desenvolver um entendimento mais profundo sobre o fenómeno socioeducativo em estudo, a título exemplificativo, na sua relação

com diversos sistemas sociais e humanos (a família, a Escola, as leis, entre outros). Para tal, levou-se em conta uma série de princípios, nomeadamente, a sistematização de teorias anteriores (da área da cidadania em saúde, por exemplo), o foco em conceitos chave, a reflexão em torno de uma perspectiva orientada pelas práticas sociais e humanas (um foco nas narrativas de vida das pessoas, a título de exemplo), a combinação de diferentes metodologias e técnicas de pesquisa (a inclusão de artigos qualitativos, quantitativos e mistos contribuiu para esta questão, assim como a componente mista da revisão), o foco numa descrição detalhada das dimensões centrais à teoria, a categorização dos eventos sociopolíticos e teorias que subjazem ao desenvolvimento metateórico, o recurso à construção de esquemas que promovam a compreensão da metateoria formado e ao diálogo entre «pares» para aprofundar as considerações teóricas alcançadas (como as realizadas em contexto de supervisão científico-pedagógica, por exemplo).

Posto isto, o processo de construção de metateoria revelou-se retroativo, na medida em que implicou construir e reconstruir ideias num processo de justificação racional dos entendimentos mais amplos acerca do fenómeno em estudo.

Importa ainda referir que o presente projeto de investigação foi alvo de revisão ética por parte da Comissão Científica do Mestrado em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo obtido parecer favorável.

12. Estratégia de disseminação

O desenho da pesquisa levou em conta a disseminação do conhecimento produzido enquanto a última etapa da investigação com uma importância significativa para a comunidade científica (e.g., pelo contributo para o avanço do conhecimento) e para a sociedade em geral (e.g., pelo contributo ao nível das práticas sociais e profissionais).

Neste sentido, procurar-se-á elaborar um ou mais artigos para publicar em revistas científicas nacionais e internacionais com processo de revisão por pares, assim como se irá procurar divulgar o conhecimento produzido em diversos eventos académicos, tais como, congressos, colóquios, seminários, entre outras reuniões científico-académicas nacionais e internacionais.

13. Referências

- Aromataris, Edoardo, & Munn, Zachary (Eds.) (2020). *JBİ manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Babakus, Whitney, & Thompson, Janice (2012). Physical activity among South Asian women: A systematic, mixed-methods review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, Article 150. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-150>
- Barbour, Rosaline (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research: A case of the tail wagging the dog? *British Medical Journal*, 322(7294), 1115-1117. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7294.1115>
- Barnett-Page, Elaine, & Thomas, James (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: A critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9, 59-69. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-59>
- Blignault, Ilse, & Ritchie, Jan (2009). Revealing the wood and the trees: Reporting qualitative research. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 20(2), 140-145. <https://doi.org/10.1071/he09140>
- Booth, Andrew (2016). Searching for qualitative research for inclusion in systematic reviews: A structured methodological review. *Systematic Reviews*, 5(1), 74-96. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0249-x>

- Borah, Rohit, Brown, Andrew, Capers, Patrice, & Kaiser, Kathryn (2017). Analysis of the time and workers needed to conduct systematic reviews of medical interventions using data from the PROSPERO registry. *British Medical Journal*, 7(2), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012545>
- Bragge, Peter, Clavisi, Ornella, Turner, Tari, Tavender, Emma, Collie, & Gruen, Russell (2011). The global evidence mapping initiative: Scoping research in broad topic areas. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), 92-103. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-92>
- Brennan, Nicola, Barnes, Rebecca, Calnan, Mike, Corrigan, Oonagh, Dieppe, Paul, & Entwistle, Vikki (2013). Trust in the health-care provider-patient relationship: A systematic mapping review of the evidence base. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(6), 682-688. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt063>
- Brouwers, Melissa, Kerkvliet, Kate, Spithoff, Karen, & AGREE Next Steps Consortium (2016). The AGREE reporting checklist: A tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*, 352, Article 1152. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1152>
- Burns, Nancy (1989). Standards for qualitative research. *Nursing Science Quarterly*, 2(1), 44-52. <https://doi.org/10.1177/089431848900200112>
- Campbell, Rona, Pound, Pandora, Morgan, Myfanwy, Daker-White, Gavin, Britten, Nicky, Pill, Ryan, Yardley, Lucy, Pope, Catherine, & Donovan, Jenny (2011). Evaluating meta ethnography: Systematic analysis and synthesis of qualitative research. *Health Technology Assessment*, 15(43), 1-164. <https://doi.org/10.3310/hta15430>
- Centre for Evidence-Based Medicine (n.d.-a). *Critical appraisal tools: Systematic reviews – Critical appraisal sheet*. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/critical-appraisal-tools>
- Centre for Evidence-Based Medicine (n.d.-b). *Critical appraisal tools: Critical appraisal of qualitative studies sheet*. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/critical-appraisal-tools>
- Chan, An-Wen, Tetzlaff, Jennifer, Gøtzsche, Peter, Altman, Douglas, Mann, Howard, Berlin, Jesse, Dickersin, Kay, Hróbjartsson, Asbjørn, Schulz, Kenneth, Parulekar, Wendy, Krleža-Jerić, Karmela, Laupacis, Andreas, & Moher, David (2013). SPIRIT 2013 explanation and elaboration: Guidance for protocols of clinical trials. *BMJ*, 346, Article 7586. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7586>
- Clark, Jonathan (2003). How to peer review a qualitative manuscript (Qualitative research review guidelines – RATs). In Fiona Godlee & Tom Jefferson (Eds.), *Peer Review in Health Sciences* (2nd ed.) (pp. 219-235). BMJ Books.
- Cohen, Jérémie, Korevaar, Daniël, Altman, Douglas, Bruns, David, Gatsonis, Constantine, Hooft, Lotty, Irwig, Les, Levine, Deborah, Reitsma, Johannes, Vet, Henrica, & Bossuyt, Patrick (2016). STARD 2015 guidelines for reporting diagnostic accuracy studies: Explanation and elaboration. *BMJ Open*, 6(11), Article 012799. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012799>
- Cohen, Louis, Manion, Lawrence, & Morrison, Keith (2007). *Research methods in education* (6th ed.). Routledge.
- Coles, Rebecca & Thomson, Pat (2016). Beyond records and representations: Inbetween writing in educational ethnography. *Ethnography and Education*, 11(3), 253-266. <https://dx.doi.org/10.1080/17457823.2015.1085324>
- Coughlan, Michael, Cronin, Patricia, & Ryan, Frances (2007). Step-by-step guide to critiquing research. Part 1: Quantitative research. *British Journal of Nursing*, 16(11), 658-663. <https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.11.23681>
- Creswell, John (2009). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (3rd ed.). SAGE.
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (n.d.-a). *CASP systematic review checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (n.d.-b). *CASP qualitative studies checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

Denzin, Norman, & Lincoln, Yvonna (Eds.) (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. Sage Publications.

Denzin, Norman, & Lincoln, Yvonna (Eds.) (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). SAGE.

Dixon-Woods, Mary, Cavers, Debbie, Agarwal, Shona, Annandale, Ellen, Arthur, Antony, Harvey, Janet, Hsu, Ron, Katbamna, Savita, Olsen, Richard, Smith, Lucy, Riley, Richard, & Sutton, Alex (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 35-47. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>

Dixon-Woods, Mary, Sutton, Alex, Shaw, Rachel, Miller, Tina, Smith, Jonathan, Young, Bridget, Bonas, Sheila, Booth, Andrew, & Jones, David (2007). Appraising qualitative research for inclusion in systematic reviews: A quantitative and qualitative comparison of three methods. *Journal of Health Services Research & Policy*, 12(1), 42-47. <https://doi.org/10.1258/135581907779497486>

Downes, Martin, Brennan, Marnie, Williams, Hywel, & Dean, Rachel (2016). Development of a critical appraisal tool to assess the quality of crosssectional studies (AXIS). *BMJ Open*, 6, Article 011458. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011458>

Flick, Uwe (2009). *An introduction to qualitative research*. Sage Publications.

Flick, Uwe (Ed.) (2013). *The Sage handbook of qualitative data analysis*. Sage Publications.

Flick, Uwe (Ed.) (2017). *The Sage handbook of qualitative data collection*. Sage Publications.

France, Emma, Cunningham, Maggie, Ring, Nicola, Uny, Isabelle, Duncan, Edward, Jepson, Ruth, Maxwell, Margaret, Roberts, Rachel, Turley, Ruth, Booth, Andrew, Britten, Nicky, Flemming, Kate, Gallagher, Ian, Garside, Ruth, Hannes, Karin, Lewin, Simon, Noblit, George, Pope, Catherine, Thomas, James, Vanstone, Meredith, Higginbottom, Gina, & Noyes, Jane (2019). Improving reporting of meta-ethnography: The eMERGe reporting guidance. *BMC Medical Research Methodology*, 19, Article 25. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0600-0>

Gagnier, Joel, Kienle, Gunver, Altman, Douglas, Moher, David, Sox, Harold, Riley, David, & The CARE Group (2013). The CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *BMJ Case Reports*, 2013, Article 2013201554. <https://dx.doi.org/10.1136/bcr-2013-201554>

Gerring, John (2011). How good is good enough? A multidimensional, best-possible standard for research design. *Political Research Quarterly*, 64(3), 625–636. <https://doi.org/10.1177/1065912910361221>

Grant, Maria, & Booth, Andrew (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>

Gyllensten, Kristina, & Palmer, Stephen (2005). The role of gender in workplace stress: A critical literature review. *Health Education Journal*, 64(3), 271-288. <https://dx.doi.org/10.1177/001789690506400307>

Haddaway, Neal, Collins, Alexandra, Coughlin, Deborah, & Kirk Stuart (2015). The role of google scholar in evidence reviews and its applicability to grey literature searching. *PLoS ONE*, 10(9), Article e0138237. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138237>

Healthcare Improvement Scotland (n.d.). *Methodology checklist 1: Systematic reviews and meta-analyses*. <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/checklists/>

Hecke, Ann, Duprez, Veerle, Pype, Peter, Beeckman, Dimitri, & Verhaeghe, Sofie (2020). Criteria for describing and evaluating training interventions in healthcare professions – CRe-DEPTH. *Nurse Education Today*, 84, Article 104254. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104254>

Higgins, Julian, Thomas, James, Chandler, Jackie, Cumpston Miranda, Li, Tianjing, Page, Matthew, & Welch, Vivian (Eds.) (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. (2nd ed.). John Wiley & Sons. <https://training.cochrane.org/handbook/current>

Honga, Quan, Pluyea, Pierre, Fàbregues, Sergi, Bartletta, Gillian, Boardmanc, Felicity, Cargod, Margaret, Dagenaise, Pierre, Gagnonf, Marie-Pierre, Griffithsc, Frances, Nicolaua, Belinda, O'cathaing, Alicia, Rousseauh, Marie-Claude, & Vedel, Isabelle (2018). *Mixed methods appraisal tool (MMAT) version 2018 user guide*. National Collaborating Centre for Methods and Tools. [https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/232%20\(accessed%20May%202017\)](https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/232%20(accessed%20May%202017))

Iphofen, Ron, & Tolich, Martin (Eds.) (2018). *The SAGE handbook of qualitative research ethics*. Sage.

Joanna Briggs Institute (n.d.-a). *Checklist for systematic reviews*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Joanna Briggs Institute (n.d.-b). *Checklist for qualitative studies*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Kwon, Yoojin, Lemieux, Michelle, McTavish, Jill, & Wathen, Nadine (2015). Identifying and removing duplicate records from systematic review searches. *Journal of the Medical Library Association*, 103(4), 184–188. <https://doi.org/10.3163%2F1536-5050.103.4.004>

Law, Mary, & MacDermid, Joy (Eds.) (2002). Appendix A: Critical review form – Quantitative studies. In *Evidence-based rehabilitation: A guide to practice* (3rd ed.) (pp. 331-346). SLACK Incorporated.

Law, Mary, & MacDermid, Joy (Eds.) (2002). Appendix C: Critical review form – Qualitative studies (Version 2.0). In *Evidence-based rehabilitation: A guide to practice* (3rd ed.) (pp. 347-365). SLACK Incorporated.

Lee, Naomi, & Whaley, Paul [Research Academy] (2018, May 23). *Systematic reviews 101* [Video]. ScienceDirect/Elsevier. <https://researcheracademy.elsevier.com/writing-research/technical-writing-skills/systematic-reviews-101>

Leech, Nancy, & Onwuegbuzie, Anthony (2010). Guidelines for conducting and reporting mixed research in the field of counseling and beyond. *Journal of Counseling & Development*, 88(1), 61-69. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00151.x>

Levitt, Heidi., Motulsky, Sue, Wertz, Fredrik, Morrow, Susan, & Ponterotto, Joseph (2017). Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology: Promoting methodological integrity. *Qualitative Psychology*, 4(1), 2–22. <https://doi.org/10.1037/qup0000082>

Library of the Penn State University (2022, September 16). *Empirical research in the social sciences and education*. <https://guides.libraries.psu.edu/emp/finding>

Long, Andrew, Godfrey, Mary, Randall, Tyson, Brett, Alison, & Grant, Maria (2002). Health Care Practice Research & Development Unit (HCPREDU) evaluation tool for quantitative studies. University of Leeds, Nuffield Institute for Health. <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/12969/>

Majid, Umair, & Vanstone, Meredith (2018). Appraising qualitative research for evidence syntheses: A compendium of quality appraisal tools. *Qualitative Health Research*, 28(13), 1–17. <https://doi.org/10.1177/1049732318785358>

Malta, Monica, Cardoso, Leticia, Bastos, Francisco, Magnanini, Monica, & Silva, Cosme (2010). Iniciativa STROBE: Subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista Saúde Pública*, 44(3), 559-565. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>

Malterud, Kirsti (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

Meade, Maureen, & Richardson, Scott (1997). Selecting and appraising studies for a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 127(7), 531-537. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-127-7-199710010-00005>

Moher, David, Hopewell, Sally, Schulz, Kenneth, Montori, Victor, Gøtzsche, Peter, Devereaux, Philip, Elbourne, Diana, Egger, Matthias, & Altman, Douglas (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340, Article 869. <https://doi.org/10.1136/bmj.c869>

Morrison, Jillian, Sullivan, Frank, Murray, Elizabeth, & Jolly, Brian (1999). Evidence-based education: Development of an instrument to critically appraise reports of educational interventions. *Medical Education*, 33(12), 890-893. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1999.00479.x>

Munn, Zachary, Peters, Micah, Stern, Cindy, Tufanaru, Catalin, McArthur, Alexa, & Aromataris, Edoardo (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143-149. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

National Collaborating Centre for Environmental Health (n.d.). *Critical appraisal of a cross-sectional study on environmental health*. https://www.nccch.ca/sites/default/files/Critical_Appraisal_Cross-Sectional_Studies.pdf

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012). *Methods for the development of NICE public health guidance* (3rd ed.). NICE. <https://www.nice.org.uk/process/pmg4/chapter/introduction>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012b). Appendix G: Quality appraisal checklist – Quantitative studies reporting correlations and associations. In *Methods for the development of NICE public health guidance* (3rd ed.). NICE. <https://www.nice.org.uk/process/pmg4/chapter/introduction>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012c). Appendix F: Quality appraisal checklist – Quantitative intervention studies. In *Methods for the development of NICE public health guidance* (3rd ed.). NICE. <https://www.nice.org.uk/process/pmg4/chapter/introduction>

National Institute for Health Research (2016). *Guidance notes for registering a systematic review protocol with PROSPERO*. PROSPERO. <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/#aboutpage>

O'Brien, Bridget, Harris, Ilene, Beckman, Thomas, Reed, Darcy, & Cook, David (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

O'Brien, Bridget, Harris, Ilene, Beckman, Thomas, Reed, Darcy, & Cook, David (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>

Ogrinc, Greg, Davies, Louise, Goodman, Daisy, Batalden, Paul, Davidoff, Frank, & Stevens, David (2015). SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 986-992. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>

Page, Matthew, Moher, David, Bossuyt, Patrick, Boutron, Isabelle, Hoffmann, Tammy, Mulrow, Cynthia, Shamseer, Larissa, Tetzlaff, Jennifer, Akl, Elie, Brennan, Sue, Chou, Roger, Glanville, Julie, Grimshaw, Jeremy, Hróbjartsson, Asbjørn, Lalu, Manoj, Li, Tianjing, Loder, Elizabeth, Mayo-Wilson, Evan, McDonald, Steve, McGuinness, Luke, Stewart, Lesley, Thomas, James, Tricco, Andrea, Welch, Vivian, Whiting, Penny, & McKenzie, Joanne (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article 160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

Physiotherapy Evidence Database (n.d.). *PEDro scale*. <https://pedro.org.au/english/resources/pedro-scale/>

Pinnock, Hilary, Barwick, Melanie, Carpenter, Christopher, Eldridge, Sandra, Grandes, Gonzalo, Griffiths, Chris, Rycroft-Malone, Jo, Meissner, Paul, Murray, Elizabeth, Patel, Anita, Sheikh, Aziz, & Taylor, Stephanie (2017). Standards for reporting implementation studies (StaRI): Explanation and elaboration document. *BMJ Open*, 7, Article e013318. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013318>

- Pluye, Pierre, Gagnon, Marie-Pierre, Griffiths, Frances, & Johnson-Lafleur, Janique (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in mixed studies reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 529–546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.009>
- Popay, Jennie, & Williams, Gareth (1998). Qualitative research and evidence-based healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91(Supplement 35), 32–37. <https://doi.org/10.1177/014107689809135S08>
- Popay, Jennie, Rogers, Anne, & Williams, Gareth (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 341–351. <https://doi.org/10.1177/104973239800800305>
- Ring, Nicola, Ritchie, Karen, Mandava, Lee, & Jepson, Ruth. (2010). *A guide to synthesising qualitative research for researchers undertaking health technology assessments and systematic reviews*. National Health Service – Quality Improvement Scotland (NHS QIS). <https://www.stir.ac.uk/research/hub/publication/817639>
- Ritzer, George (1990). Metatheorizing in sociology. *Sociological Forum*, 5(1), 3–15. <http://www.jstor.org/stable/684578>
- Ryan, Frances, Coughlan, Michael, & Cronin, Patricia (2007). Step-by-step guide to critiquing research. Part 2: Qualitative research. *British Journal of Nursing*, 16(12), 738–744. <https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.12.23726>
- Sandelowski, Margarete, Docherty, Sharron, & Emden, Carolyn (1997). Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Research in Nursing & Health*, 20(4), 365–371. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199708\)20:4%3C365::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199708)20:4%3C365::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-E)
- Shea, Beverley, Reeves, Barnaby, Wells, George, Thuku, Micere, Hamel, Candyce, Moran, Julian, Moher, David, Tugwell, Peter, Welch, Vivian, Kristjansson, Elizabeth, & Henry, David (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, Article 4008 <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Somekh, Bridget, & Lewin, Cathy (Eds.) (2005). *Research methods in the social sciences*. SAGE.
- Specialist Unit for Review Evidence (SURE) (2018a). *Questions to assist with the critical appraisal of a systematic review*. <http://www.cardiff.ac.uk/specialist-unit-for-review-evidence/resources/critical-appraisalchecklists>
- Specialist Unit for Review Evidence (SURE) (2018b). *Questions to assist with the critical appraisal of qualitative studies*. <http://www.cardiff.ac.uk/specialist-unit-for-review-evidence/resources/critical-appraisalchecklists>
- Specialist Unit for Review Evidence (SURE) (2018c). *Questions to assist with the critical appraisal of quantitative studies*. <http://www.cardiff.ac.uk/specialist-unit-for-review-evidence/resources/critical-appraisalchecklists>
- Specialist Unit for Review Evidence (SURE) (2018d). *Questions to assist with the critical appraisal of mix method studies*. <http://www.cardiff.ac.uk/specialist-unit-for-review-evidence/resources/critical-appraisalchecklists>
- Spencer, Liz, Ritchie, Jane, Lewis, Jane, Dillon, Lucy, & National Centre for Social Research (2003). Quality in qualitative evaluation: A framework for assessing research evidence. Government Chief Social Researcher's Office. <https://www.gov.uk/government/publications/government-social-research-framework-for-assessing-research-evidence>
- Staniszewska, Sue, Brett, Jo, Simera, Iveta, Seers, Kate, Mockford, Carole, Goodlad, Susan, Altman, David, Moher, David, Barber, Ruby, Denegri, Simon, Entwistle, Anthony, Littlejohns, Peter, Morris, Christopher, Suleman, Roger, Thomas, Victoria, & Tysall, Colin (2017). GRIPP2 (Guidance for Reporting Involvement of Patients and the Public) reporting checklists: Tools to improve reporting of patient and public involvement in research. *BMJ*, 358, Article 3453. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3453>

Suri, Harsh (2020). Ethical considerations of conducting systematic reviews in educational research. In Olaf Zawacki-Richter, Michael Kerres, Svenja Bedenlier, Melissa Bond & Katja Buntins, *Systematic reviews in educational research: Methodology, perspectives and application* (pp. 41-54). Springer.

Taylor, Kathryn, Mahtani, Kamal, Aronson, Jeffrey (2021). Summarising good practice guidelines for data extraction for systematic reviews and meta-analysis. *BMJ Evidence-based Medicine*, 26(3), 88–90. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2020-111651>

The Campbell Collaboration (2019, January). Campbell systematic reviews: Policies and guidelines (Version 1.4) (Campbell Policies and Guidelines Series No. 1). The Campbell Collaboration. <http://dx.doi.org/10.4073/cpg.2016.1>

Tong, Alison, Sainsbury, Peter, & Craig, Jonathan (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Tong, Allison, Flemming, Kate, McInnes, Elizabeth, Oliver, Sandy, & Craig, Jonathan (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12, Article 181. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>

Andrew, Long, & Godfrey, Mary (2004). An evaluation tool to assess the quality of qualitative research studies. *International Journal of Social Research Methodology*, 7(2), 181-196. <https://doi.org/10.1080/1364557032000045302>

Treloar, Carla, Champness, Sharon, Simpson, Paul, & Higginbotham, Nick (2000). Critical appraisal checklist for qualitative research studies. *The Indian Journal of Pediatrics*, 67, 347–351. <https://doi.org/10.1007/BF02820685>

Vergnes, Jean-Noel, Marchal-Sixou, Christine, Nabet, Cathy, Maret, Delphine, & Hamel, Olivier (2010). Ethics in systematic reviews. *Journal of Medical Ethics*, 36(12), 771-774. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2010.039941>

Wallis, Steven (2010). Toward a science of metatheory. *Integral Review*, 6(3), 73-120.

Wallis, Steven (July 22-27, 2012). *Critical integrative metatheory: New methods to evaluate psychological theories & models for review* [Paper presentation]. International Congress of Psychology, Cape Town, South Africa. https://www.researchgate.net/publication/285597741_Critical_Integrative_Metatheory_New_Methods_to_Evaluate_Psychological_Theories_Models_for_Review

Walsh, Denis, & Downe, Soo (2006). Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*, 22(2), 108–119. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.05.004>

Webster, Jane, & Watson, Richard (2002). Analyzing the past to prepare for the future: Writing a literature review. *Management Information Systems Quarterly*, 26(2). <http://www.jstor.org/stable/4132319>

Weed, Mike (2008). A potential method for the interpretive synthesis of qualitative research: Issues in the development of ‘meta-interpretation’. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(1), 13-28. <https://doi.org/10.1080/13645570701401222>

Whiting, Penny, Savović, Jelena, Higgins, Julian, Caldwell, Deborah, Reeves, Barnaby, Shea, Beverley, Davies, Philippa, Kleijnen, Jos, Churchill, Rachel, & ROBIS Group (2016). ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiology*, 69, 225–234. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005>

Wu, Shiyu, Wyant, Diane, & Fraser, Mark (2016). Author guidelines for manuscripts reporting on qualitative research. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(2). <https://doi.org/10.1086/685816>

Zawacki-Richter, Olaf, Kerres, Michael, Bedenlier, Svenja, Bond, Melissa, & Buntins, Katja (2020). *Systematic reviews in educational research: Methodology, perspectives and application*. Springer.

Zhao, Shanyang (1991). Metatheory, metamethod, meta-data-analysis: What, why, and how? *Sociological Perspectives*, 34(3), 377–390. <https://doi.org/10.2307/1389517>

14. Informação adicional

A revisão foi levada a cabo no escopo de um processo de investigação ligado à escrita de uma dissertação para obtenção do grau de Mestre (Nível 7 do Quadro Europeu de Qualificações) na área das Ciências da Educação, particularmente, no domínio da Educação para a Saúde.

Encontram-se em anexo os seguintes documentos: Grelha de avaliação da qualidade da informação referente ao primeiro nível de triagem da informação (Anexo I); Grelha de avaliação da qualidade da informação referente ao segundo nível de triagem da informação (Anexo II); e Grelha de avaliação da qualidade da informação referente ao terceiro nível de triagem da informação (Anexo III).³⁰

15. Detalhes acerca da publicação da revisão

Revisão disponível no repositório da Universidade do Porto, em língua portuguesa, a partir do seguinte URL: *(a inserir mais tarde)*

Revisão disponível no *(nome do jornal científico)*, em língua inglesa, a partir do seguinte URL: *(a inserir mais tarde)*

³⁰ Importa notar que estes anexos não se encontram presentes neste apêndice porque já se encontram descritos nos apêndices seguintes. No entanto, estes anexos encontram-se devidamente referidos no protocolo publicado em Inglês na plataforma OSF.

Apêndice B

Tabela B1

Plano de apresentação (*reporting*) dos resultados da revisão

Título
Identificação do título da revisão.
Resumo e palavras-chave
Identificação do resumo e das palavras-chave associados à revisão.
Introdução e considerações de partida
Identificação do racional que sustenta a revisão, dos conceitos e ideias chave, do propósito central da revisão, entre outras questões relevantes.
Desenho da pesquisa
Identificação do desenho geral da pesquisa e específico da revisão (dos processos de pesquisa, triagem, avaliação da qualidade, extração, síntese, análise e interpretação da informação), das considerações éticas e de outras situações relevantes.
Considerações alcançadas
Identificação das características dos artigos incluídos na revisão, das considerações alcançadas com o processo de síntese, análise e interpretação da informação, entre outras questões relevantes.
Discussão e considerações finais
Identificação do processo de construção de metateoria, das limitações e implicações da revisão, entre outras informações relevantes.
Outras informações
Financiamento, conflitos de interesse e demais informações que se constituam relevantes.

A seguir indicam-se as grelhas que guiaram o processo de apresentação (*reporting*) da revisão:

1. Blignault, Ilse, & Ritchie, Jan (2009). Revealing the wood and the trees: Reporting qualitative research. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 20(2), 140–145. <https://doi.org/10.1071/he09140>
2. Brouwers, Melissa, Kerkvliet, Kate, Spithoff, Karen, & AGREE Next Steps Consortium (2016). The AGREE reporting checklist: A tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*, 352, Article 1152. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1152>
3. Chan, An-Wen, Tetzlaff, Jennifer, Gøtzsche, Peter, Altman, Douglas, Mann, Howard, Berlin, Jesse, Dickersin, Kay, Hróbjartsson, Asbjørn, Schulz, Kenneth, Parulekar, Wendy, Krleža-Jerić, Karmela, Laupacis, Andreas, & Moher, David (2013). SPIRIT 2013 explanation and elaboration: Guidance for protocols of clinical trials. *BMJ*, 346, Article 7586. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7586>
4. Cohen, Jérémie, Korevaar, Daniël, Altman, Douglas, Bruns, David, Gatsonis, Constantine, Hooft, Lotty, Irwig, Les, Levine, Deborah, Reitsma, Johannes, Vet, Henrica, & Bossuyt, Patrick (2016). STARD 2015 guidelines for reporting diagnostic accuracy studies: Explanation and elaboration. *BMJ Open*, 6(11), Article 012799. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012799>
5. France, Emma, Cunningham, Maggie, Ring, Nicola, Uny, Isabelle, Duncan, Edward, Jepson, Ruth, Maxwell, Margaret, Roberts, Rachel, Turley, Ruth, Booth, Andrew, Britten, Nicky, Flemming, Kate, Gallagher, Ian, Garside, Ruth, Hannes, Karin, Lewin, Simon, Noblit, George, Pope, Catherine, Thomas, James, Vanstone, Meredith, Higginbottom, Gina, & Noyes, Jane (2019). Improving reporting of meta-ethnography: The eMERGe reporting guidance. *BMC Medical Research Methodology*, 19, Article 25. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0600-0>
6. Gagnier, Joel, Kienle, Gunver, Altman, Douglas, Moher, David, Sox, Harold, Riley, David, & The CARE Group (2013). The CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *BMJ Case Reports*, 2013, Article 2013201554. <https://dx.doi.org/10.1136/bcr-2013-201554>
7. Leech, Nancy, & Onwuegbuzie, Anthony (2010). Guidelines for conducting and reporting mixed research in the field of counseling and beyond. *Journal of Counseling & Development*, 88(1), 61-69. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00151.x>
8. Malta, Monica, Cardoso, Leticia, Bastos, Francisco, Magnanini, Monica, & Silva, Cosme (2010). Iniciativa STROBE: Subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista Saúde Pública*, 44(3), 559-565. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
9. Moher, David, Hopewell, Sally, Schulz, Kenneth, Montori, Victor, Gøtzsche, Peter, Devereaux, Philip, Elbourne, Diana, Egger, Matthias, & Altman, Douglas (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340, Article 869. <https://doi.org/10.1136/bmj.c869>
10. O'Brien, Bridget, Harris, Ilene, Beckman, Thomas, Reed, Darcy, & Cook, David (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
11. Ogrinc, Greg, Davies, Louise, Goodman, Daisy, Batalden, Paul, Davidoff, Frank, & Stevens, David (2015). SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 986-992. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>
12. Page, Matthew, Moher, David, Bossuyt, Patrick, Boutron, Isabelle, Hoffmann, Tammy, Mulrow, Cynthia, Shamseer, Larissa, Tetzlaff, Jennifer, Akl, Elie, Brennan, Sue, Chou, Roger, Glanville, Julie, Grimshaw, Jeremy, Hróbjartsson, Asbjørn, Lalu, Manoj, Li, Tianjing, Loder, Elizabeth, Mayo-Wilson, Evan, McDonald, Steve, McGuinness, Luke, Stewart, Lesley, Thomas, James, Tricco, Andrea, Welch, Vivian, Whiting, Penny, & McKenzie, Joanne (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration:

Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article 160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

13. Pinnock, Hilary, Barwick, Melanie, Carpenter, Christopher, Eldridge, Sandra, Grandes, Gonzalo, Griffiths, Chris, Rycroft-Malone, Jo, Meissner, Paul, Murray, Elizabeth, Patel, Anita, Sheikh, Aziz, & Taylor, Stephanie (2017). Standards for reporting implementation studies (StaRI): Explanation and elaboration document. *BMJ Open*, 7, Article e013318. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013318>
14. Staniszewska, Sue, Brett, Jo, Simera, Iveta, Seers, Kate, Mockford, Carole, Goodlad, Susan, Altman, David, Moher, David, Barber, Ruby, Denegri, Simon, Entwistle, Anthony, Littlejohns, Peter, Morris, Christopher, Suleman, Roger, Thomas, Victoria, & Tysall, Colin (2017). GRIPP2 (Guidance for Reporting Involvement of Patients and the Public) reporting checklists: Tools to improve reporting of patient and public involvement in research. *BMJ*, 358, Article 3453. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3453>
15. Tong, Alison, Sainsbury, Peter, & Craig, Jonathan (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
16. Tong, Allison, Flemming, Kate, McInnes, Elizabeth, Oliver, Sandy, & Craig, Jonathan (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12, Article 181. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>

Em larga medida, as informações contidas nas grelhas permitiram pensar a apresentação da revisão de uma forma profunda e robusta, no sentido em que promoveram um olhar amplo em torno dos diferentes aspetos a levar em conta na apresentação de diferentes tipologias de pesquisa e de intervenção (como as observadas ao longo dos artigos).

Apêndice C

Triagem primária

Espaço temporal: Publicados até 31 de dezembro de 2021

Língua: Portuguesa / Espanhola / Inglesa

Acessibilidade: Todos os documentos acessíveis em formato digital ou físico.

Tipo de documentos: Artigos científicos com base em estudos empíricos publicados por processo de revisão por pares.

Bases de dados: Google Scholar (Universidade de Harvard [América do Norte], Universidade de Sydney [Austrália], Universidade da Cidade do Cabo [África], Universidade de Hong Kong e de Pequim [Ásia], Universidade de Oxford e de Cambridge [Europa] e Universidade de São Paulo [América do Sul]), ProQuest, ScienceDirect/Elsevier, Springer, ERIC (Education Resources Information Center), Scopus, EBSCO (Education Research Complete)/bON (Biblioteca do Conhecimento Online), PubMed, a base de dados digital da BMJ (British Medical Journal), a base de dados eletrónica da Taylor & Francis, a base de dados de jornais científico-académicos da SAGE, DOAJ (Directory of Open Access Journals), a biblioteca científico-académica online da Wiley, Repositório da Universidade do Porto e a base de dados de jornais científico-académicos JStor (Journal Storage), e bibliotecas das faculdades da Universidade do Porto e das escolas de ensino superior do Instituto Politécnico do Porto em Portugal: Faculdade de Arquitetura, Faculdade de Belas Artes, Faculdade de Ciências, Faculdade de Ciências da Nutrição e da Alimentação, Faculdade de Desporto, Faculdade de Direito, Faculdade de Economia, Faculdade de Engenharia, Faculdade de Farmácia, Faculdade de Letras, Faculdade de Medicina, Faculdade de Medicina Dentária, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Instituto Superior de Engenharia do Porto, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Escola Superior de Educação, Escola Superior de Música e Artes do Espetáculo, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Hotelaria e Turismo, Escola Superior de Media Artes e Design, e Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão.

Termos de pesquisa: “saúde” AND “direitos de cidadania” ([citizenship rights; derechos de ciudadanía] e saúde [health; salud]) – TITLE-ABS-KEY ("citizenship rights" AND "health")

Apêndice D

Triagem secundária

Revisor/a:

Data:

1. **Título e elementos descritivos do documento** (identificação do título do documento científico, assim como dos elementos descritivos do mesmo – lugar geográfico da publicação e da pesquisa, revista, ano, entre outros):

2. **Indicação dos/as autores/as do documento** (descrição do nome dos/as autores/as e do seu domínio científico de base):

☐ Presente

☐ Ausente

☐ Incompleta

☐ Não se aplica

Comentário

3. **Informação contida no resumo** [relativo à informação que permite caracterizar com densidade o documento científico (metodologia da pesquisa, contexto investigado, tempo da investigação e demais detalhes; em particular, o foco da pesquisa)]:

☐ Presente

☐ Ausente

☐ Incompleta

☐ Não se aplica

Comentário

- 4. Decisão** (decidir e fundamentar a decisão de incluir ou excluir o documento científico da revisão, ou optar por aguardar por informação adicional para tomar uma decisão final):

☐ Incluir ☐ Excluir ☐ Aguarda informação adicional

Fundamentação

Pontos críticos a ter em conta

1. Título e demais elementos

Atenção aos detalhes do título por relação ao contexto, à metodologia, às pessoas, ao conteúdo e a outros detalhes relevantes para caracterizar o documento

Lugar geográfico da publicação e/ou da pesquisa

Revista ou lugar onde foi publicado

Ano da publicação

2. Indicação dos/as autores/as do documento

Indicação do nome dos/as autores/as e da sua área científica de base

3. Resumo

O foco do documento científico

Capaz de oferecer uma perspetiva geral, clara e concisa da pesquisa

Descrição das palavras-chave

Apêndice E

Triagem terciária

Revisor/a:

Data:

Título (do documento científico):

1. Coerência estrutural (relativo à estrutura dos documentos científicos):

1.1. Explicitação do fenómeno a estudar (relativo ao fenómeno investigado; ao objeto de investigação; ao foco do que se procurou conhecer).

☐ Presente ☐ Ausente ☐ Não é claro ☐ Não se aplica

Comentário

1.2. Explicitação das questões (e sub questões) e dos objetivos (e sub objetivos) da investigação/estudo (relativo às questões e objetivos que nortearam a investigação).

☐ Presente ☐ Ausente ☐ Não é claro ☐ Não se aplica

Comentário

1.3. Explicitação dos modelos ontológico, epistemológico, teórico e metodológico
(relativo à indicação dos modelos ontológico, epistemológico, teórico e metodológico que estão na base da investigação e das ações investigativas levadas a cabo).

☐ Presente ☐ Ausente ☐ Não é claro ☐ Não se aplica

Comentário

1.4. Explicitação das questões éticas (e das medidas levadas a cabo), assim como a explicitação do papel do/a investigador/a no desenvolvimento do estudo (indicação das questões éticas que circunscrevem o estudo; referência às medidas levadas a cabo para dar resposta às questões éticas; discussão acerca do papel do/a investigador/a no desenvolvimento da pesquisa).

☐ Presente ☐ Ausente ☐ Não é claro ☐ Não se aplica

Comentário

1.5. Explicitação das potencialidades, limitações e implicações para futuros estudos da investigação levada a cabo (indicação das potencialidades do estudo; indicação das limitações da pesquisa; indicação das implicações do estudo para futuras investigações).

☐ Presente ☐ Ausente ☐ Não é claro ☐ Não se aplica

Comentário

2. Coerência metodológica (relativo à congruência do desenho de investigação pensado e desenvolvido):

2.1. Congruência entre os modelos ontológico, epistemológico, teórico e metodológico

(relativo à interligação entre os e o desenvolvimento dos modelos ontológico, epistemológico, teórico e metodológico a partir de um racional fluído e coerente, considerando as questões e objetivos da pesquisa).

☐ Presente ☐ Ausente ☐ Não é claro ☐ Não se aplica

Comentário

2.2. Rigor nos processos de seleção das pessoas a envolver no estudo e do(s) contexto(s) a abranger com o mesmo, assim como nos processos de recolha, síntese, análise e interpretação da informação, e de devolução do conhecimento adquirido

(no fundo, compreender em que medida os processos de seleção das pessoas a envolver no estudo e dos contextos a abranger na pesquisa; os processos levados a cabo para recolher, sintetizar, analisar e interpretar a informação; e os processos desenvolvidos para devolver/disseminar o conhecimento adquirido se fundam em procedimentos científicos rigorosos e éticos).

☐ Presente ☐ Ausente ☐ Não é claro ☐ Não se aplica

Comentário

2.3. Congruência entre as questões (e sub questões) e os objetivos (e sub objetivos) de investigação, as considerações alcançadas e as estratégias de disseminação do conhecimento adquirido

(relativo à interligação, fluída e coerente, entre as questões e os objetivos da investigação, as considerações alcançadas e a forma como se disseminou o conhecimento adquirido).

☐ Presente ☐ Ausente ☐ Não é claro ☐ Não se aplica

Comentário

3. **Coerência investigativa** (relativo à congruência das ações investigativas levadas a cabo; no fundo, refletir sobre a capacidade do(s)/da(s) investigador(es)/investigadora(s) levar(em) a cabo um estudo coerente com produção de conhecimento a partir do contexto e das pessoas):

- 3.1. **As vozes das pessoas envolvidas na investigação e a cultura do(s) contexto(s) do estudo são respeitados, tidos em conta e representados de forma adequada** (no fundo, procurar compreender em que medida as vozes das pessoas envolvidas no estudo e os contextos da pesquisa foram respeitados no desenvolvimento da investigação, e foram tidos em conta e representados de forma adequada nas referências aos mesmo ao longo do documento científico, assim como nas considerações alcançadas com a investigação).

☐ Sim ☐ Não ☐ Não é claro ☐ Não se aplica

Comentário

- 3.2. **Relevância da investigação para as pessoas e o(s) contextos, assim como para o desenvolvimento científico** (no fundo, procurar compreender em que medida a investigação produziu um conhecimento socialmente útil e cientificamente válido).

☐ Presente ☐ Ausente ☐ Não é claro ☐ Não se aplica

Comentário

- 4. Decisão** (decidir e fundamentar a decisão de incluir ou excluir o documento científico da revisão, ou optar por aguardar por informação adicional para tomar uma decisão final):

☐ Incluir ☐ Excluir ☐ Aguarda informação adicional

Fundamentação

Pontos críticos a ter em conta

Gerais:

1. Coerência estrutural

Objetivos e sub-objetivos da pesquisa

Questão e sub-questões da investigação

Tempos da pesquisa

Desenho da investigação (em particular o detalhe, a complexidade e a profundidade do discurso científico)

Ontologia e epistemologia da pesquisa

Enquadramento concetual da pesquisa

Congruência do desenho da pesquisa

Triangulação do desenho de investigação

‘Revisão da literatura’ (fundamento teórico-científico)

Aprovação ética e procedimentos éticos (em particular consentimento informado)

Estratégia para decidir acerca das pessoas e do contexto a incluir na pesquisa

Descrição da recolha dos dados

Estratégia para tratar os dados

Perspetiva de análise

Destacar o uso de *software*

Atenção a casos anómalos

Limitações

Adaptações no decorrer da pesquisa

Direções futuras para a pesquisa ou área do saber

Referências bibliográficas (tipo de referências e diversidade das mesmas)

Revisão por pares do conhecimento adquirido

2. Coerência metodológica

Descrição densa do contexto

Dados recolhidos suficientes para conhecer aquilo que se procura investigar

Utilização dos dados recolhidos para interpretar a informação

Rigor dos processos de recolha, síntese, análise e interpretação da informação, e de devolução do conhecimento adquirido

Explicação clara e coerente das considerações alcançadas

Validade interna (impedir/minimizar o enviesamento metodológico) e externa (generalização)

Consistência lógica da pesquisa (coerência do discurso científico)

3. Coerência investigativa

Lugar socio-científico do pesquisador

Reflexividade do investigador

Relação investigador-pessoas/contexto

Efeito Hawthorne (Roethlisberger & Dickson, 1939)

Relevância sociopolítica e científica da pesquisa

Transferibilidade do conhecimento adquirido

Conflitos de interesse (financiamentos nomeadamente)

Especificamente quantitativos:

1. Coerência estrutural

Descrição do desenho da pesquisa (*cohort*, experimental, quasi-experimental, entre outros)

Critérios de elegibilidade

População descrita com densidade

Tipo e tamanho da amostra (relevante e adequado) para o que se procura conhecer

A amostra é representativa?

2. Coerência metodológica

Instrumentos validados cientificamente

Estratégias para medir a precisão e o rigor da(s) análise(s) estatística(s)

Variáveis de risco tidas em conta

Descrição densa da análise estatística (análises estatísticas intragrupo e intergrupo, medições múltiplas, variações estatísticas, contaminação estatística, associações significativas, risco absoluto e relativo, entre outros elementos)

Intervalo de confiança da análise estatística

Estratégias para identificar e lidar com não respondentes

Relação estatística entre respondentes e não respondentes

Descrição de não respondentes e de respostas inválidas

Existiu *follow-up*? Se sim, existe uma descrição densa do mesmo?

Descrição densa de *drop-outs*

Confounder variables

Relações causais

3. Coerência investigativa

Efeito Hawthorne (Roethlisberger & Dickson, 1939)

Especificamente qualitativos:

1. Coerência estrutural

Descrição densa do terreno e das pessoas

Construção de uma narrativa de análise

Entrada no terreno sociohumano

2. Coerência metodológica

Saturação da exploração do terreno sociohumano

Representação adequada das pessoas e do contexto

Codificação da análise

3. Coerência investigativa

Efeito Hawthorne (Roethlisberger & Dickson, 1939)

Devolução às pessoas de transcrições ou manuscritos

Especificamente mistos:

- Congruência e interrelação entre os métodos qualitativos e quantitativos
- Compreender em que medida a escolha por uma pesquisa mista se revela adequada
- Todos os aspetos referidos para os estudos quantitativos e qualitativos

A seguir indicam-se as grelhas que guiaram o processo de avaliação da qualidade da informação (*quality appraisal*) da revisão:

1. Andrew, Long, & Godfrey, Mary (2004). An evaluation tool to assess the quality of qualitative research studies. *International Journal of Social Research Methodology*, 7(2), 181-196. <https://doi.org/10.1080/1364557032000045302>
2. Burns, Nancy (1989). Standards for qualitative research. *Nursing Science Quarterly*, 2(1), 44-52. <https://doi.org/10.1177/089431848900200112>
3. Centre for Evidence-Based Medicine (n.d.-a). *Critical appraisal tools: Systematic reviews – Critical appraisal sheet*. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/critical-appraisal-tools>
4. Centre for Evidence-Based Medicine (n.d.-b). *Critical appraisal tools: Critical appraisal of qualitative studies sheet*. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/ebm-tools/critical-appraisal-tools>
5. Clark, Jonathan (2003). How to peer review a qualitative manuscript (Qualitative research review guidelines – RATS). In Fiona Godlee & Tom Jefferson (Eds.), *Peer Review in Health Sciences* (2nd ed.) (pp. 219-235). BMJ Books.
6. Coughlan, Michael, Cronin, Patricia, & Ryan, Frances (2007). Step-by-step guide to critiquing research. Part 1: Quantitative research. *British Journal of Nursing*, 16(11), 658–663. <https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.11.23681>
7. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (n.d.-a). *CASP systematic review checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
8. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (n.d.-b). *CASP qualitative studies checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
9. Dixon-Woods, Mary, Sutton, Alex, Shaw, Rachel, Miller, Tina, Smith, Jonathan, Young, Bridget, Bonas, Sheila, Booth, Andrew, & Jones, David (2007). Appraising qualitative research for inclusion in systematic reviews: A quantitative and qualitative comparison of three methods. *Journal of Health Services Research & Policy*, 12(1), 42-47. <https://doi.org/10.1258/135581907779497486>
10. Downes, Martin, Brennan, Marnie, Williams, Hywel, & Dean, Rachel (2016). Development of a critical appraisal tool to assess the quality of crosssectional studies (AXIS). *BMJ Open*, 6, Article 011458. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011458>
11. Healthcare Improvement Scotland (n.d.). *Methodology checklist 1: Systematic reviews and meta-analyses*. <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/checklists/>
12. Hecke, Ann, Duprez, Veerle, Pype, Peter, Beekman, Dimitri, & Verhaeghe, Sofie (2020). Criteria for describing and evaluating training interventions in healthcare professions – CRE-DEPTH. *Nurse Education Today*, 84, Article 104254. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104254>
13. Honga, Quan, Pluyea, Pierre, Fàbregues, Sergi, Bartletta, Gillian, Boardman, Felicity, Cargod, Margaret, Dagenaise, Pierre, Gagnon, Marie-Pierre, Griffiths, Frances, Nicolau, Belinda, O’cathain, Alicia, Rousseau, Marie-Claude, & Vedel, Isabelle (2018). *Mixed methods appraisal tool (MMAT) version 2018 user guide*. National Collaborating Centre for Methods and Tools. [https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/232%20\(accessed%20May%2020217\)](https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/232%20(accessed%20May%2020217))
14. Joanna Briggs Institute (n.d.-a). *Checklist for systematic reviews*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
15. Joanna Briggs Institute (n.d.-b). *Checklist for qualitative studies*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

16. Law, Mary, & MacDermid, Joy (Eds.) (2002). Appendix A: Critical review form – Quantitative studies. In *Evidence-based rehabilitation: A guide to practice* (3rd ed.) (pp. 331-346). SLACK Incorporated.
17. Law, Mary, & MacDermid, Joy (Eds.) (2002). Appendix C: Critical review form – Qualitative studies (Version 2.0). In *Evidence-based rehabilitation: A guide to practice* (3rd ed.) (pp. 347-365). SLACK Incorporated.
18. Long, Andrew, Godfrey, Mary, Randall, Tyson, Brett, Alison, & Grant, Maria (2002). Health Care Practice Research & Development Unit (HCPREDU) evaluation tool for quantitative studies. University of Leeds, Nuffield Institute for Health. <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/12969/>
19. Majid, Umair, & Vanstone, Meredith (2018). Appraising qualitative research for evidence syntheses: A compendium of quality appraisal tools. *Qualitative Health Research*, 28(13), 1–17. <https://doi.org/10.1177/1049732318785358>
20. Malterud, Kirsti (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
21. Morrison, Jillian, Sullivan, Frank, Murray, Elizabeth, & Jolly, Brian (1999). Evidence-based education: Development of an instrument to critically appraise reports of educational interventions. *Medical Education*, 33(12), 890-893. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1999.00479.x>
22. National Collaborating Centre for Environmental Health (n.d.). *Critical appraisal of a cross-sectional study on environmental health*. https://www.nccch.ca/sites/default/files/Critical_Appraisal_Cross-Sectional_Studies.pdf
23. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012b). Appendix G: Quality appraisal checklist – Quantitative studies reporting correlations and associations. In *Methods for the development of NICE public health guidance* (3rd ed.). NICE. <https://www.nice.org.uk/process/pmg4/chapter/introduction>
24. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2012c). Appendix F: Quality appraisal checklist – Quantitative intervention studies. In *Methods for the development of NICE public health guidance* (3rd ed.). NICE. <https://www.nice.org.uk/process/pmg4/chapter/introduction>
25. O'Brien, Bridget, Harris, Ilene, Beckman, Thomas, Reed, Darcy, & Cook, David (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
26. Physiotherapy Evidence Database (n.d.). *PEDro scale*. <https://pedro.org.au/english/resources/pedro-scale/>
27. Pluye, Pierre, Gagnon, Marie-Pierre, Griffiths, Frances, & Johnson-Lafleur, Janique (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in mixed studies reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 529–546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.009>
28. Popay, Jennie, & Williams, Gareth (1998). Qualitative research and evidence-based healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91(Supplement 35), 32-37. <https://doi.org/10.1177/014107689809135S08>
29. Popay, Jennie, Rogers, Anne, & Williams, Gareth (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 341–351. <https://doi.org/10.1177/104973239800800305>
30. Ryan, Frances, Coughlan, Michael, & Cronin, Patricia (2007). Step-by-step guide to critiquing research. Part 2: Qualitative research. *British Journal of Nursing*, 16(12), 738–744. <https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.12.23726>

31. Shea, Beverley, Reeves, Barnaby, Wells, George, Thuku, Micere, Hamel, Candyce, Moran, Julian, Moher, David, Tugwell, Peter, Welch, Vivian, Kristjansson, Elizabeth, & Henry, David (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, Article 4008 <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
32. Specialist Unit for Review Evidence (SURE) (2018a). *Questions to assist with the critical appraisal of a systematic review*. <http://www.cardiff.ac.uk/specialist-unit-for-review-evidence/resources/critical-appraisalchecklists>
33. Specialist Unit for Review Evidence (SURE) (2018b). *Questions to assist with the critical appraisal of qualitative studies*. <http://www.cardiff.ac.uk/specialist-unit-for-review-evidence/resources/critical-appraisalchecklists>
34. Specialist Unit for Review Evidence (SURE) (2018c). *Questions to assist with the critical appraisal of quantitative studies*. <http://www.cardiff.ac.uk/specialist-unit-for-review-evidence/resources/critical-appraisalchecklists>
35. Specialist Unit for Review Evidence (SURE) (2018d). *Questions to assist with the critical appraisal of mix method studies*. <http://www.cardiff.ac.uk/specialist-unit-for-review-evidence/resources/critical-appraisalchecklists>
36. Spencer, Liz, Ritchie, Jane, Lewis, Jane, Dillon, Lucy, & National Centre for Social Research (2003). Quality in qualitative evaluation: A framework for assessing research evidence. Government Chief Social Researcher's Office. <https://www.gov.uk/government/publications/government-social-research-framework-for-assessing-research-evidence>
37. Treloar, Carla, Champness, Sharon, Simpson, Paul, & Higginbotham, Nick (2000). Critical appraisal checklist for qualitative research studies. *The Indian Journal of Pediatrics*, 67, 347–351. <https://doi.org/10.1007/BF02820685>
38. Walsh, Denis, & Downe, Soo (2006). Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*, 22(2), 108–119. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.05.004>
39. Whiting, Penny, Savović, Jelena, Higgins, Julian, Caldwell, Deborah, Reeves, Barnaby, Shea, Beverley, Davies, Philippa, Kleijnen, Jos, Churchill, Rachel, & ROBIS Group (2016). ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiology*, 69, 225–234. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005>
40. Wu, Shiyu, Wyant, Diane, & Fraser, Mark (2016). Author guidelines for manuscripts reporting on qualitative research. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(2). <https://doi.org/10.1086/685816>

Em larga medida, as informações contidas nas grelhas permitiram construir as indicações presentes na triagem terciária do processo de avaliação da qualidade da informação de uma forma profunda e robusta, no sentido em que promoveram um olhar amplo em torno dos diferentes aspetos a levar em conta na apresentação de diferentes tipologias de pesquisa e de intervenção (como as observadas ao longo dos artigos).

Apêndice F

O presente apêndice descreve as categorias e subcategorias utilizadas no processo de análise de conteúdo. No final deste processo, o *corpus* documental perfazia um total de 12849 unidades de análise.

Tabela F1

Análise de conteúdo: Categoria referente aos direitos de cidadania e respetivas subcategorias

Cidadania e direitos				
Perspetivas e conceitos em torno dos direitos de cidadania no seio do campo da saúde, assim como identificação de diferentes formas de vivenciar a cidadania no campo da saúde. [3276 unidades de análise]				
Arena científica	Arena legal	Arena política	Arena médica	Arena da(s) sexualidade(s) e das relações de intimidade
Aprofundamento do conceito de cidadania científica. [544 unidades de análise]	Aprofundamento dos conceitos de cidadania de juventude e <i>custodial</i> . [517 unidades de análise]	Aprofundamento dos conceitos de cidadania híbrida, biopolítica e militar. [693 unidades de análise]	Aprofundamento dos conceitos de cidadania biomédica, póstuma, <i>brokered</i> e farmacêutica. [845 unidades de análise]	Aprofundamento dos conceitos de cidadania sexual e íntima, transgénera e intersexo. [677 unidades de análise]

Tabela F2

Análise de conteúdo: Categoria referente à participação cidadã e respetivas subcategorias

Participação cidadã			
Perspetivas e conceitos em torno da participação cidadã ligada ao campo da saúde, assim como identificação de diferentes formas das pessoas participarem na vida que revelam as implicações dessa participação no acesso aos direitos de cidadania ligados à saúde. [2463 unidades de análise]			
Arena política	Arena social, comunitária e pessoal	Profissionais de saúde	Profissionais sociais
Relação entre a reivindicação de direitos de cidadania ligados à saúde e a participação cidadã a partir do contexto político. [430 unidades de análise]	Relação entre a reivindicação de direitos de cidadania ligados à saúde e a participação cidadã a partir do contexto social, comunitário e pessoal. [979 unidades de análise]	A ação cidadã dos profissionais de saúde enquanto forma particular de promover a cidadania. [551 unidades de análise]	A ação cidadã dos profissionais sociais enquanto forma particular de promover a cidadania. [503 unidades de análise]

Tabela F3

Análise de conteúdo: Categoria referente à saúde física e mental, e respetivas subcategorias

Saúde física e mental			
Perspetivas e conceitos em torno da vivência cidadã de pessoas com doenças físicas e mentais, assim como identificação de diferentes formas das pessoas com doenças físicas e mentais participarem na vida que revelam as implicações dessa participação no acesso aos direitos de cidadania ligados à saúde. [3000 unidades de análise]			
Pessoas com condições físicas		Pessoas com doenças mentais	
Experiências de cidadania de pessoas com condições físicas ligadas ao campo da saúde. [1173 unidades de análise]		Experiências de cidadania de pessoas com doenças mentais ligadas ao campo da saúde. [1827 unidades de análise]	
Arena médico-política	Arena físico-social	Arena médico-política	Arena social, comunitária e pessoal
Relação entre o corpo e a construção da cidadania a partir do contexto clínico e sociopolítico. [401 unidades de análise]	Relação entre a experiência do corpo com o meio que o envolve e com o quotidiano de socialização, e a construção da cidadania. [772 unidades de análise]	Relação entre a saúde mental e a construção da cidadania a partir do contexto clínico e sociopolítico. [694 unidades de análise]	Identificação das diferentes formas como as pessoas com doenças mentais estruturam as relações sociais, comunitárias e pessoais, bem como em que moldes essa estruturação influencia a construção da cidadania. [1133 unidades de análise]

Tabela F4

Análise de conteúdo: Categoria referente às pessoas migrantes e refugiadas, e respetivas subcategorias

Pessoas migrantes e refugiadas		
Perspetivas e conceitos em torno da vivência cidadã de pessoas migrantes e refugiadas, assim como identificação de diferentes formas destes grupos de pessoas participarem na vida que revelam as implicações dessa participação no acesso aos direitos de cidadania ligados à saúde. [2315 unidades de análise]		
Estatuto (i)legal	Pessoas migrantes e refugiadas, e o acesso à saúde	Mundo do trabalho
Relação entre o estatuto (i)legal e o acesso aos direitos de cidadania ligados à saúde. [407 unidades de análise]	Identificação das diferentes formas de reivindicação sociopolítica em torno dos direitos de cidadania ligados à saúde. [1111 unidades de análise]	Relação entre o mundo do trabalho e o acesso aos direitos de cidadania ligados à saúde. [797 unidades de análise]

Tabela F5

Análise de conteúdo: Categoria referente à(s) sexualidade(s) e relações de intimidade, e respetivas subcategorias

Sexualidade(s) e relações de intimidade		
Perspetivas e conceitos em torno de questões socioeducativas e políticas no seio do campo da saúde, assim como identificação de diferentes formas das questões relativas à(s) sexualidade(s) e intimidade influenciarem o acesso aos direitos de cidadania ligados à saúde. [1522 unidades de análise]		
Direitos sexuais e reprodutivos	Comunidade LGBTI	Educação
Identificação de diferentes formas de reivindicação sociopolítica em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. [613 unidades de análise]	Relação entre as pessoas da comunidade LGBTI e a reivindicação de direitos de cidadania ligados à saúde. [407 unidades de análise]	Relação entre os direitos de cidadania ligados à saúde, e a educação sexual e para a cidadania. [502 unidades de análise]

Tabela F6

Análise de conteúdo: Categoria referente a outras informações de interesse

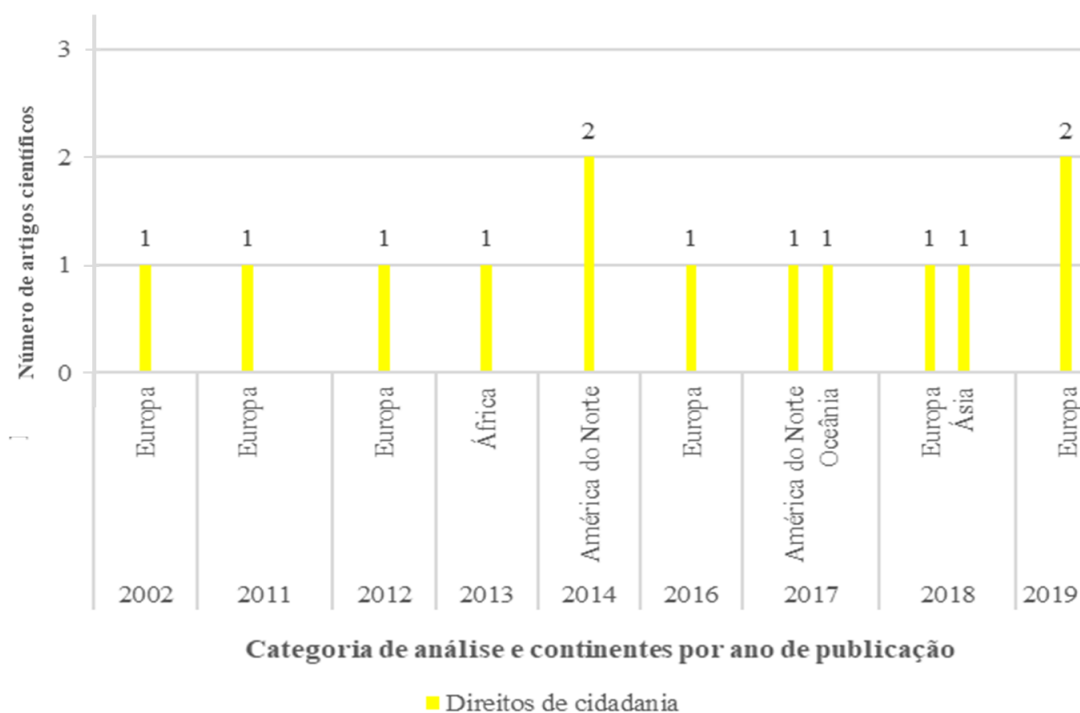
Outros
Todo o tipo de informação que se revele interessante aquando da leitura dos artigos, mas que não se enquadre nas categorias e subcategorias elaboradas. [273 unidades de análise]

Apêndice G

A análise por categorias de análise permite identificar de uma forma fina os lugares do mundo que produziram o conhecimento em que assenta a revisão por relação a cada categoria de análise, contribuindo para compreender a centralidade de cada categoria em cada continente do globo. A variável que diz respeito aos anos de publicação dos artigos permite identificar, em cada categoria e em cada continente, focos de concentração da produção de conhecimento que, por sua vez, contribuem para alavancar indagações em torno do contexto sociopolítico naquele ano e naquela região face ao tópico em questão, sendo que este processo permite identificar as bases sociopolíticas que alavancam a produção de conhecimento e que influenciam este campo do saber que se procura aprofundar. Neste sentido, a seguir procura-se ilustrar esta relação em cada uma das categorias de análise identificadas no processo de análise de conteúdo.

Figura G1

Distribuição da categoria referente aos direitos de cidadania por continentes e ano de publicação

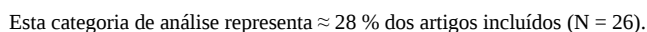


Nota: A figura procura explorar a relação entre a categoria de análise referente aos direitos de cidadania (representada pela cor amarela) por relação à distribuição geográfica dos lugares onde as investigações e intervenções ocorreram (identificados pelos continentes descritos na figura), levando em conta o ano de publicação dos artigos (representados pela divisão em blocos).

Esta categoria de análise representa $\approx 14\%$ dos artigos incluídos ($N = 13$).

De seguida, importa observar a figura infra ilustrada para explorar os artigos que privilegiaram diversas problemáticas do campo da saúde enquanto mote de partida para refletir acerca de direitos de cidadania.

Distribuição da categoria referente à saúde por continentes e ano de publicação

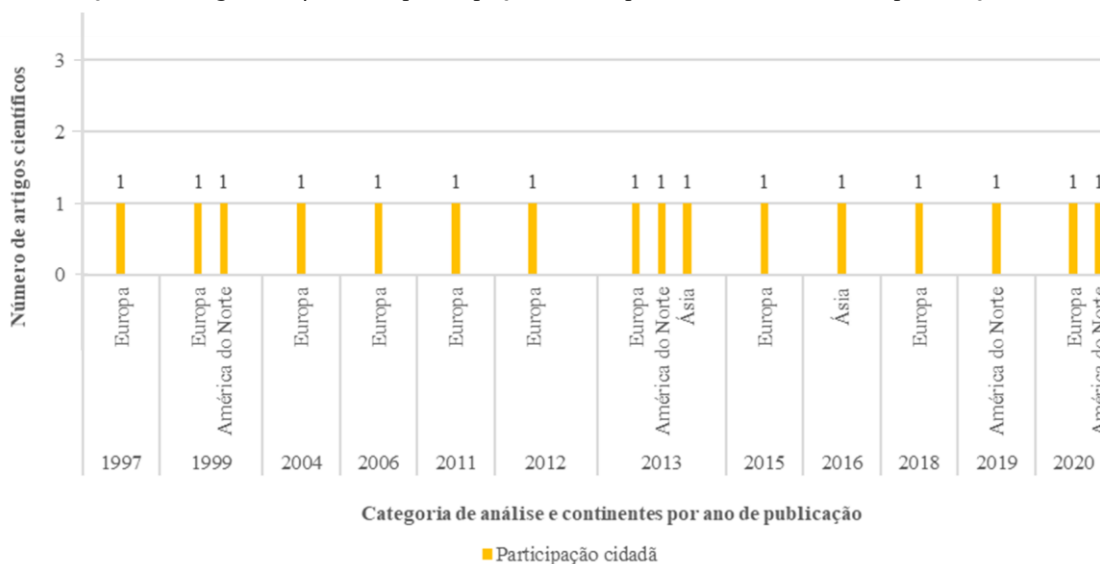


A figura permite destacar que os artigos se concentram entre o período de 2005 a 2021, particularmente nos anos de 2005 e de 2007, e entre 2016 e 2020, prevalecendo um foco na região do continente europeu, notando-se ainda uma distribuição significativamente equilibrada entre os continentes africano, oceânico e americano (norte e sul). Importa referir que de 1997 a 2005 não se observa uma prevalência destas problemáticas, assim como se revela um destaque reduzido concedido à região asiática.

A seguir, importa observar a figura infra ilustrada para explorar os artigos que privilegiaram diversas problemáticas relativas à participação cidadã enquanto mote de partida para refletir acerca da relação entre direitos de cidadania e saúde.

Figura G3

Distribuição da categoria referente à participação cidadã por continentes e ano de publicação



Nota: A figura procura explorar a relação entre a categoria de análise referente à participação cidadã (representada pela cor laranja) por relação à distribuição geográfica dos lugares onde as investigações e intervenções ocorreram (identificados pelos continentes descritos na figura), levando em conta o ano de publicação dos artigos (representados pela divisão em blocos).

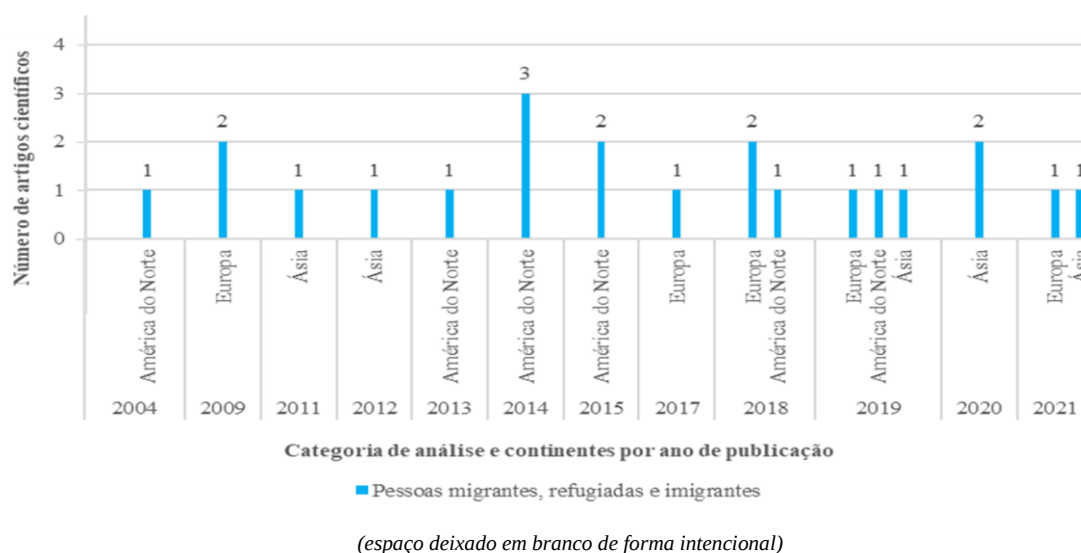
Esta categoria de análise representa $\approx 18\%$ dos artigos incluídos ($N = 16$).

A figura permite destacar que os artigos se distribuem de forma equilibrada ao longo da escala temporal (1997 a 2021), embora se nota um foco particular nos anos de 1999, de 2013 e de 2020, sendo concedida centralidade às regiões dos continentes europeu e do norte do continente americano. Importa referir que se observa um destaque reduzido em regiões do continente asiático, assim como se revela uma ausência de conhecimento produzido acerca das regiões dos continentes africano, oceânico e do sul do continente americano.

De seguida, importa observar a figura infra ilustrada para explorar os artigos que privilegiaram diversas problemáticas relativas às pessoas migrantes e refugiadas enquanto mote de partida para refletir acerca da relação entre direitos de cidadania e saúde.

Figura G4

Distribuição da categoria referente às pessoas migrantes e refugiadas por continentes e ano de publicação



Nota: A figura procura explorar a relação entre a categoria de análise referente às pessoas migrantes e refugiadas (representada pela cor azul) por relação à distribuição geográfica dos lugares onde as investigações e intervenções ocorreram (identificados pelos continentes descritos na figura), levando em conta o ano de publicação dos artigos (representados pela divisão em blocos).

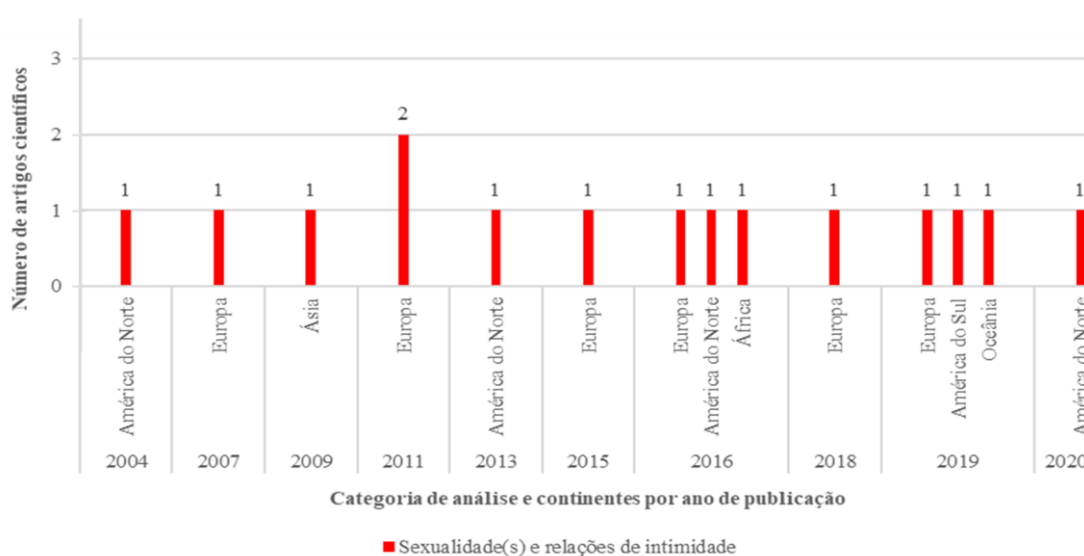
Esta categoria de análise representa $\approx 24\%$ dos artigos incluídos ($N = 22$).

A figura permite destacar que os artigos se concentram entre o período de 2009 a 2021, particularmente nos anos de 2009, e entre 2014 e 2021, prevalecendo um foco nas regiões dos continentes europeu, asiático e do norte do continente americano. Importa referir que de 1997 a 2004 não se observa uma prevalência destas problemáticas, assim como se revela a ausência de conhecimento produzido acerca das regiões dos continentes africano, oceânico e do sul do continente americano.

A seguir, importa observar a figura infra ilustrada para explorar os artigos que privilegiaram diversas problemáticas relativas à(s) sexualidade(s) e às relações de intimidade enquanto mote de partida para refletir acerca da relação entre direitos de cidadania e saúde.

Figura G5

Distribuição da categoria referente à(s) sexualidade(s) e relações de intimidade por continentes e ano de publicação



Nota: A figura procura explorar a relação entre a categoria de análise referente à(s) sexualidade(s) e relações de intimidade (representada pela cor vermelha) por relação à distribuição geográfica dos lugares onde as investigações e intervenções ocorreram (identificados pelos continentes descritos na figura), levando em conta o ano de publicação dos artigos (representados pela divisão em blocos).

Esta categoria de análise representa $\approx 16\%$ dos artigos incluídos ($N = 15$).

A figura permite destacar que os artigos se concentram entre o período de 2004 a 2020, particularmente nos anos de 2011, de 2016 e de 2019, prevalecendo um foco nas regiões dos continentes europeu e do norte do continente americano. Importa referir que de 1997 a 2004 não se observa uma prevalência destas problemáticas, assim como se revela um destaque reduzido concedido às regiões dos continentes asiático, oceânico, africano e do sul do continente americano.

Anexos

Anexo I

Figura I1

Formulário de revisão ética

Mestrado em Ciências da Educação/ FPCEUP
Formulário de Revisão Ética

Este formulário visa avaliar se o projeto de investigação cumpre os requisitos éticos da investigação, ou se é necessária uma candidatura específica à Comissão de Ética da FPCEUP.

Este documento deve ser preenchido pela/o mestrand/a após discussão com o/a orientador/a na qualidade de investigador/a responsável pela investigação. O documento deve ser preenchido de forma clara e sucinta.

Antes de completar este formulário, por favor leia atentamente os seguintes documentos:
Código Ético de Conduta Académica da Universidade do Porto
Carta Ética da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação

O preenchimento deste formulário deve ocorrer ANTES do início da recolha de informação empírica.

Secção I: Detalhes do Projeto

Título (provisório): Uma revisão sistemática da literatura centrada na interceção entre o campo dos direitos da cidadania e o campo da saúde: Conceitos, práticas e transformações sociopolíticas	
Data de início: Agosto 2020	
Data prevista de conclusão: Setembro 2021	

Secção II: Detalhes da/o mestrand/a/o

Mestranda/o: Miguel Correia	
e-mail: up201605025@edu.fpce.up.pt	miguel.correia.fpceup@gmail.com
Orientador/a: Professora Doutora Isabel Menezes	

Secção III: Descrição do projeto (máximo de 100 palavras)

Faça uma breve descrição do projeto:

O presente projeto de investigação procurará rever a literatura existente na interceção entre o campo dos direitos de cidadania e o campo da saúde com o objetivo de explorar e aprofundar um campo científico-social emergente na sociedade humana local e global. Aliada à revisão sistemática da literatura serão realizadas entrevistas a especialistas com o objetivo de discutir e aprofundar as considerações alcançadas pela revisão sistemática da literatura levada a cabo.

Mestrado em Ciências da Educação/ FPCEUP
Formulário de Revisão Ética

Secção IV: Lista de requisitos éticos da investigação

Assinale, por favor, a opção que melhor corresponde ao seu estudo:

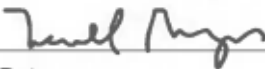
	SIM	NÃO
1. O projeto envolve participantes particularmente vulneráveis ou com menos capacidade de dar consentimento informado por razões das suas características ou da própria situação (e.g., crianças, jovens em risco, pessoas com limitações cognitivas ou baixa literacia, serem os seus próprios alunos, pessoas dependentes de terceiros e cuja participação na investigação as possa afetar profissionalmente, ...)? Se respondeu sim, que estratégias vai usar para garantir que os direitos a um consentimento informado são assegurados nestes casos? Faça uma descrição <i>sucinta</i> destas estratégias.	☐	☒
2. O estudo requer a cooperação de alguma organização para aceder a/os participantes? a. Se sim, essa colaboração já foi estabelecida? b. Se sim, a investigação envolverá pessoas cujo estatuto nesse contexto institucional as coloca numa situação que limita a sua possibilidade de se recusarem participar na investigação (por exemplo, alunos de uma escola, profissionais da organização, residentes de um lar, pessoas em situação de reclusão)? Se sim, que estratégias vai usar para garantir que os direitos a um consentimento informado são assegurados nestes casos? Faça uma descrição <i>sucinta</i> destas estratégias.	☐ ☐ ☐	☒ ☐ ☐
3. Será necessário que os participantes façam parte do estudo sem disso terem conhecimento ou consentimento informado no momento da recolha de dados (e.g., observação coberta das pessoas em espaços não-públicos)?	☐	☒
4. É possível assegurar o anonimato das/os participantes? Se não, que estratégias vai usar para garantir que daí não advêm consequências negativas para a/os participantes? Faça uma descrição <i>sucinta</i> destas estratégias.	☒	☐
5. É possível assegurar a confidencialidade dos dados? Que estratégias vai usar para garantir essa confidencialidade, incluindo no arquivo de materiais de investigação (gravações áudio e vídeo, questionários, bases de dados)? Faça uma descrição <i>sucinta</i> destas estratégias. R: Codificação do nome dos/as entrevistados/as e dos textos científicos utilizados na revisão sistemática da literatura, bem como o recurso ao consentimento informado para assegurar uma contratualização das práticas investigativas a levar a cabo, garantindo também a confidencialidade das pessoas que participam na investigação (por exemplo, pela destruição das gravações das entrevistas dentro de um período definido à priori com as pessoas que participarem na investigação).	☒	☐

Mestrado em Ciências da Educação/ FPCEUP
Formulário de Revisão Ética

6. O estudo pode induzir algum tipo de desconforto ou ansiedade passíveis de causarem consequências negativas para a/os participantes? Se sim, que estratégias vai usar para garantir que a/os participantes possam ter algum tipo de apoio em lidar com essas consequências? Dê uma explicação <i>sucinta</i> destas estratégias.	☐	☒
7. O estudo envolve algum tipo de incentivo à participação? Se sim, quais? Dê uma explicação destes incentivos e da sua razão de ser.	☐	☒

Este formulário será objeto de avaliação pela coordenação do domínio de especialização e pela Comissão Científica do Mestrado em Ciências da Educação (MCED), no início do processo de recolha de informação empírica, que pode aprovar o projeto ou requerer que seja submetido à Comissão de Ética da FPCEUP para avaliação suplementar. Nesse caso, a/o mestrand(a) deverá preencher o formulário próprio da Comissão e seguir as indicações constantes em https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/web_base.gera_pagina?p_pagina=comissao_etica

Em todo o caso, é sempre da responsabilidade do/a orientador/a e da/o mestrand(a) o cumprimento dos requisitos éticos de investigação, o que implica assegurar que é providenciada informação adequada sobre o estudo às/aos participantes, que existem formulários (ou processos) claros e adequados para a obtenção de consentimento informado, que há dispositivos para assegurar a confidencialidade das informações recolhidas.

Assinatura da/o mestrand(a): 
Data: 5 de fevereiro de 2021
Assinatura do(s)/a(s) orientador(es)/a(s): 
Data:

PARECER DA COORDENAÇÃO DO DOMÍNIO DE ESPECIALIZAÇÃO E DA CC DO MCED

☒	A/O mestrand(a) conhece os códigos de ética da UPorto e da SPCE.
☒	A/O mestrand(a) tem as competências necessárias para conduzir o estudo.
☒	A informação a ser dada aos participantes no estudo é apropriada, clara e suficiente.
☒	Os procedimentos de recrutamento e obtenção de consentimento informado são adequados.

Mestrado em Ciências da Educação/ FPCEUP
Formulário de Revisão Ética

☒	As/Os participantes serão explicitamente informadas/os no início do projeto do seu direito em abandonar a investigação a qualquer momento.
☒	Foi realizada uma avaliação de riscos, havendo um plano alternativo de investigação em caso de dificuldades na implementação do projeto.
Decisão final	
☒	O projeto cumpre os requisitos éticos e tem parecer favorável.
☐	O projeto deve ser submetido para parecer à Comissão de Ética da FPCEUP.
Assinatura do/a Coordenador/a do domínio de especialização:	
	
Assinatura pela Comissão Científica do MCED, A diretora do Curso:	
	
Data: 28-03-2021	