

Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção*

ALDINA GONÇALVES
SÓNIA DIAS
MARGARETH LUCK
MARIA JESUS FERNANDES
JORGE CABRAL

A utilização de serviços de cuidados de saúde, quer de âmbito preventivo, quer de âmbito curativo, tem implicações importantes para o estado de saúde da população. Os migrantes africanos são um grupo considerado particularmente vulnerável na área da saúde, e alguns dados portugueses apontam para a sua sub-representação na utilização dos serviços de saúde. O presente estudo foi efectuado numa comunidade migrante da área geográfica da Grande Lisboa, em indivíduos com idade superior a 15 anos, e teve como principais objectivos a caracterização sócio-demográfica, a identificação e compreensão dos obstáculos ao acesso e utilização dos serviços de saúde, no sentido de contribuir para uma melhor selecção de estratégias de intervenção, nomeadamente o desenvolvimento de políticas e programas de saúde adequados a estas comunidades.

□

Aldina Gonçalves é médica, doutora em Saúde Pública, professora e directora da Área de Saúde Internacional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Universidade Nova de Lisboa (UNL), investigadora do Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais (CMDT), IHMT, UNL.

Sónia Dias é psicóloga clínica, investigadora da Área de Saúde Internacional e do CMDT, IHMT, UNL.

Margareth Luck é demógrafa, investigadora da Área de Saúde Internacional e do CMDT, IHMT, UNL.

Maria Jesus Fernandes é licenciada em Ciências Políticas, investigadora da Área de Saúde Internacional e do CMDT, IHMT, UNL. Jorge Cabral é médico, mestre em Saúde Pública, assistente da Área de Saúde Internacional do IHMT, UNL.

* Projecto com apoio financeiro da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, «CRIA 98», N.4606.

A metodologia utilizada foi a aplicação de inquéritos individuais e entrevistas colectivas. Os resultados obtidos identificam uma população em que 35% têm menos de 15 anos, 65% mais de 15 anos e, destes, 6% acima dos 55 anos. Na população com mais de 15 anos de idade identifica-se a existência de uma escolaridade relativamente elevada e que 27% vivem em Portugal há mais de dez anos e que, desta população, 26% não têm licença de residência no país. Relativamente à utilização dos serviços de saúde, os dados indicam que a maior parte dos inquiridos já consultou, pelo menos uma vez, os serviços de saúde e que, destes, 73% consultaram o hospital e 53% o centro de saúde. Os dados mostram ainda que o número de anos vividos em Portugal e a situação de legalidade condicionam a utilização dos serviços de saúde, sendo esta utilização diferenciada para o hospital e para o centro de saúde. O estudo realça ainda a potencial influência que os factores de ordem social, cultural e étnica podem ter no condicionamento das necessidades de procura e utilização dos serviços de saúde.

1. Introdução

A utilização de serviços de cuidados de saúde, quer de âmbito preventivo, quer curativo, tem implicações importantes para o estado de saúde das populações, quaisquer que sejam as suas necessidades de saúde (Reijneveld, 1998). Alguns dados publicados sugerem que os emigrantes africanos têm um estado de saúde deficiente, quando comparado com a população do país de acolhimento (Fenton, 2001; Fongwa,

2001; Politzer *et al.*, 2001; South-Paul e Grumbach, 2001). Neste sentido, os migrantes são geralmente reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável na área da saúde, estando esta vulnerabilidade associada a diversos factores, entre os quais a situação económica, a falta de conhecimentos sobre a acessibilidade aos serviços sociais e de saúde disponíveis, a situação de legalidade de residência, as barreiras legais aos sistemas prestadores de cuidados, assim como a sua residência geográfica, geralmente em bairros periféricos e habitações ilegais (Dorr e Faist, 1997; Reijneveld, 1998; Wimmer e Ipsiroglu, 2001; Fenton, 2001; Stronks, Ravelli e Reijneveld, 2001). Por outro lado, as barreiras culturais e linguísticas existentes entre os prestadores e os utentes são consideradas factores cruciais na integração da população migrante nos sistemas de prestação de cuidados de saúde dos países de acolhimento (Dorr e Faist, 1997).

No que se refere à situação de saúde das comunidades migrantes africanas em Portugal, apesar da pouca informação disponível, existem alguns dados dispersos que apontam no sentido de que, por várias ordens de razões, a situação é deficiente, quando comparada com a situação da população nacional (Espinosa *et al.*, 1989; Portugal, Ministério da Saúde, 1993; Gardete e Antunes, 1997). Apesar da evidência de necessidades especiais de saúde nas comunidades migrantes e da sua importância demográfica, alguns dados dos serviços de saúde indicam que os migrantes africanos residentes em Portugal estão sub-representados entre os utentes dos serviços de saúde, em particular nos serviços de saúde reprodutiva (Calado, Silva e Guerreiro, 1997).

Tendo em conta que em Portugal existe um elevado número de migrantes africanos (Machado, 1994; Portugal, Ministério da Administração Interna, 1998), que os riscos de saúde desta população são substanciais e que existe alguma evidência sobre a pouca representação deste grupo na utilização dos serviços de saúde, estão reunidos diversos factores que poderão constituir uma situação potencialmente grave, quer a nível das próprias comunidades, quer ao nível da população em geral. Considera-se, assim, pertinente obter dados que permitam, de uma forma mais consistente, uma melhor compreensão dos factores envolvidos nesta problemática, nomeadamente o seu estado de saúde e as dificuldades existentes no acesso e utilização dos serviços de saúde em Portugal. Este estudo insere-se no âmbito de um projecto de investigação/acção efectuado numa comunidade migrante da área da Grande Lisboa. Esta investigação teve como principais objectivos fazer a caracterização da população residente, identificar e compreender os obstáculos ao acesso e utilização dos serviços

de saúde, no sentido de contribuir para um melhor conhecimento destas realidades e uma melhor selecção de estratégias de intervenção que permitam o desenvolvimento de políticas e programas de saúde adequados a estas comunidades.

2. Material e métodos

2.1. Grupo-alvo

O estudo foi efectuado em indivíduos com idades superiores a 15 anos residentes numa comunidade migrante da área da Grande Lisboa. A população era, na sua quase totalidade, oriunda de Angola, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau e Cabo Verde. O bairro onde foi realizado o estudo tinha condições precárias tanto de habitabilidade como de infra-estruturas básicas e o nível sócio-económico dos residentes era, em geral, baixo.

2.2. Metodologia

Para a recolha de informação e do ponto de vista metodológico, optou-se pela aplicação de um inquérito comunitário (metodologia quantitativa) e pela realização de entrevistas colectivas (metodologia qualitativa), no sentido de obter uma maior complementaridade de informação face aos objectivos do estudo.

Com o objectivo de envolver a comunidade e permitir uma participação activa dos próprios residentes, foram convidados os líderes comunitários das associações do bairro e outros residentes para participarem voluntariamente neste estudo. Os interessados assistiram a uma formação e treino específico em aplicação de questionários e moderação de entrevistas colectivas no sentido de integrarem a equipa de trabalho. No final da formação, os formandos foram seleccionados e recrutados para participarem no estudo pelas competências demonstradas na formação.

2.3. Inquérito comunitário

Das 661 habitações do bairro recenseadas pelo município, foi efectuada uma amostragem aleatorizada de 232 habitações. Em cada um destes aglomerados foram aplicados dois questionários. Numa primeira fase aplicou-se um questionário colectivo pré-codificado por habitação, administrado a um adulto, onde foram registados o nome, sexo e idade de todos os residentes (crianças e adultos) que habitavam regular-

mente naquela casa. Numa segunda fase aplicou-se um questionário individual aos residentes habituais com mais de 15 anos de idade. Este questionário inclui dados sócio-demográficos e questões relativas à utilização dos serviços de saúde. Ambos os questionários incluíram perguntas abertas e fechadas.

A implementação do estudo envolveu treze entrevistadores recrutados na comunidade e três supervisores. O controlo do trabalho do entrevistador foi efectuado pelos supervisores. Estes reconfirmaram todos os questionários preenchidos nos primeiros dias das entrevistas e, posteriormente, de forma aleatória. As habitações identificadas pelos entrevistadores como estando desocupadas ou destruídas e/ou os indivíduos registados como ausentes, inexistentes ou que se recusaram a participar receberam uma visita de confirmação pelo supervisor. Em cada habitação, e antes da aplicação do questionário individual, que foi conduzido em privado, o entrevistador, para além de fazer a sua apresentação, explicou os objectivos do estudo, referiu o carácter de confidencialidade dos dados do questionário e solicitou a participação consentida dos entrevistados.

2.4. Entrevistas colectivas

Os dados foram recolhidos através da realização de quatro entrevistas colectivas a indivíduos distribuídos por diferentes grupos segundo o sexo e o grupo etário, num total de 32 indivíduos residentes com idade superior a 15 anos. Os grupos foram assim constituídos: dois grupos de adultos (idades superiores a 25 anos) e dois grupos de jovens (idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos). Cada grupo entrevistado abrangeu cerca de 8 residentes na comunidade. As entrevistas, com uma duração média de duas horas, foram realizadas na própria comunidade, tendo sido ajustado o horário das mesmas à disponibilidade dos entrevistados. O guião da entrevista semiestruturada centrou-se em aspectos relacionados com a mesma problemática, de acordo com os objectivos do estudo. As entrevistas consistiram, numa primeira fase, na apresentação prévia da equipa, na explicação dos seus objectivos e dos aspectos relativos à confidencialidade das informações e da participação consentida dos entrevistados.

2.5. Registo e análise de dados

2.5.1. Inquérito comunitário

O registo dos dados dos questionários foi efectuado por quatro operadores com experiência de entrada de dados em suporte informático. Cada questionário foi

tratado por dois operadores diferentes e as divergências foram verificadas e corrigidas por um supervisor. A análise de dados foi efectuada usando os programas SPSS e EpiInfo. Os intervalos de confiança para proporções e *odds ratio* foram calculados usando o programa de análise estatística Epi-Info.

2.5.2. Entrevistas colectivas

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento prévio dos participantes, de modo a proceder-se à sua integral transcrição e posterior análise de conteúdo. Elaborou-se inicialmente uma lista de categorias de análise, estando subjacente o guião das entrevistas e os principais temas referidos pelos participantes. A análise sistemática dos dados das entrevistas colectivas facilitou a exploração dos significados atribuídos pelos participantes aos temas abordados e um conhecimento das características da própria comunidade.

3. Resultados

Em seguida apresentam-se os resultados dos questionários e das entrevistas colectivas.

3.1. Questionários

3.1.1. Resposta aos questionários. Caracterização da população estudada

No total das 232 habitações seleccionadas com base no recenseamento do município, 14 estavam destruídas, tendo-se considerado 218 residências elegíveis. A taxa de resposta foi de 95%, verificando-se 4% ($n = 9$) de ausências dos proprietários e 1% ($n = 3$) de recusas em participar.

No inquérito colectivo às habitações seleccionadas foram identificados 951 indivíduos como residentes habituais. Nestes, 54% ($n = 513$) eram do sexo masculino e 46% ($n = 438$) do sexo feminino. Destes residentes, 35% ($n = 332$) tinham menos de 15 anos e 64,8% ($n = 617$) mais de 15 anos e de 0,2% ($n = 2$) não se obteve informação.

Relativamente ao grupo etário-alvo, acima dos 15 anos, para as entrevistas individuais, identificaram-se 617 indivíduos; destes, 15% ($n = 93$) não foram entrevistados, atendendo a que 10% ($n = 61$) se encontravam ausentes da residência, 4% ($n = 27$) recusaram a entrevista e 1% ($n = 7$) estava doente. No total foram inquiridos 524 indivíduos, correspondentes a uma taxa de resposta de 85%.

3.1.2. Caracterização da população de migrantes

A caracterização geral da população pode ser observada no *Quadro I*.

Merecem destaque os seguintes pontos:

- A igualdade aproximada na distribuição entre sexos;
- A elevada percentagem no escalão etário 20-34 anos (44%);
- A escolaridade relativamente mais elevada do que os tipos de ocupações profissionais mais frequentes: na população com idade acima dos 15 anos, mais de metade desta atingiu o nível de escolaridade secundário, técnico ou superior, mas, destes, 60% exercem a sua actividade profissional em sectores de baixa qualificação, nomeadamente na construção civil ou em serviços de limpeza;

- A elevada percentagem de entrevistados que vivem no bairro há mais de cinco anos (57%);
- Mais de três quartos dos entrevistados não têm nacionalidade portuguesa (83%);
- Cerca de um quarto dos entrevistados não têm licença de residência (26%).

3.1.3. Utilização dos serviços de saúde

Quando se analisa a questão da utilização dos serviços de saúde em Portugal, verifica-se que a maior parte dos inquiridos já teve pelo menos uma consulta em serviços de saúde. Os dados demonstram que 73% ($n = 380$) (IC a 95%: 0,69-0,77) tiveram uma consulta no hospital e que 53% ($n = 275$)

Quadro I
Caracterização geral da população

		N	Percentagem
SEXO (N = 524)	Masculino	275	52
	Feminino	249	48
IDADE (N = 524)	15-19 anos	80	15
	20-34 anos	234	44
	35-54 anos	177	35
	≥ 55 anos	33	6
ESCOLARIDADE (N = 516) Valores omissos = 8	Nenhuma	29	6
	Primária	83	16
	Preparatória/secundária	373	72
	Técnica/superior	31	6
OCUPAÇÃO PROFISSIONAL (N = 519) Valores omissos = 5	Construção civil	181	35
	Estudante	71	14
	Doméstica	65	13
	Limpezas	60	12
	Desempregado	46	9
	Outros	96	18
ANOS DE RESIDÊNCIA EM PORTUGAL (N = 524)	0-4 anos	179	34
	5-9 anos	233	45
	≥ 10 anos	141	27
ANOS DE RESIDÊNCIA NA COMUNIDADE (N = 521) Valores omissos = 1	< 1	50	10
	1-4 anos	172	33
	5-9 anos	233	45
	≥ 10 anos	66	12
NACIONALIDADE (N = 523)	Portuguesa	88	17
	Não portuguesa	435	83
LICENÇA DE RESIDÊNCIA (N = 521) Valores omissos = 3	Com licença de residência	383	74
	Sem licença de residência	138	26

(IC a 95%: 0,49-0,57) tiveram uma consulta num centro de saúde (*Quadro II*).

Os dados obtidos indicam ainda que o número de anos vividos em Portugal (*Quadro III*), bem como a situação de legalidade dos indivíduos (*Quadro IV*), parecem estar associados com a utilização dos serviços de saúde.

Por outro lado, os resultados obtidos também sugerem que a associação entre a situação de legalidade e a utilização dos serviços de saúde é mediada pelo

número de anos vividos em Portugal. Efectuou-se uma análise estratificada segundo o número de anos vividos em Portugal para analisar a associação entre a legalidade dos inquiridos e o uso dos serviços de saúde. Os resultados desta análise (*Quadros V e VI*), revelam que ao nível de significância de 5%:

- Para os inquiridos que viveram menos de três anos em Portugal não existe associação significa-

Quadro II
Utilização de pelo menos uma vez dos serviços de saúde em Portugal

Serviço de Saúde	Sim	Não
Hospital	380 (73%)	144 (27%)
Centro de saúde	275 (53%)	249 (47%)
Total	524	524

Quadro III
Anos vividos em Portugal e utilização dos serviços de saúde

Anos vividos em Portugal	Utilização do hospital		Utilização do centro de saúde	
	Sim	Não	Sim	Não
0-2 anos (N = 127)	49 (39%)	78 (61%)	39 (31%)	88 (69%)
3-7 anos (N = 135)	103 (76%)	32 (24%)	82 (61%)	53 (39%)
> 8 anos (N = 262)	228 (87%)	34 (13%)	154 (59%)	108 (41%)

Quadro IV
Situação de legalidade e utilização dos Serviços de Saúde

Situação de legalidade	Utilização do hospital		Utilização do centro de saúde	
	Sim	Não	Sim	Não
Sim (N = 383)	320 (84%)	63 (16%)	231 (60%)	152 (40%)
Não (N = 138)	58 (42%)	80 (58%)	42 (30%)	96 (70%)
Valores omissos	3	2		

Quadro V
Utilização do hospital de acordo com a situação de legalidade e anos vividos em Portugal

	Residentes há menos de três anos			Residentes há mais de três anos		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Com situação legalizada	9 (47%)	10 (53%)	19 (100%)	311 (85%)	53 (15%)	364 (100%)
Sem situação legalizada	40 (37%)	67 (63%)	107 (100%)	18 (58%)	13 (42%)	31 (100%)
	OR 1,5 (IC a 95%: 0,6-3,8)		126 (100%)	OR 4,2 (IC a 95%: 2,0-9,0)		395 (100%)

tiva entre a legalidade e a utilização dos serviços de saúde;

- Para os inquiridos que viveram em Portugal mais de três anos, o facto de ser residente legal está associado positivamente com o ter utilizado o hospital ou o centro de saúde. Para estes, o *odds ratio* para a utilização do hospital (pelo menos uma vez) é 4,2 vezes mais elevado para os residentes legais do que para os ilegais (IC a 95%: 2,0-9,0) e o *odds ratio* para a utilização do centro de saúde (pelo menos uma vez) é 2,5 vezes mais elevado para os residentes legais do que para os ilegais (IC a 95%: 1,1-5,6).

Os dados constantes dos *Quadros III-VI* também sugerem que os hospitais são utilizados mais frequentemente do que os centros de saúde, quer pela amostra global, quer quando estratificada por anos de residência ou situação de legalidade.

3.1.4. Grau de satisfação com os cuidados prestados

Relativamente ao nível de satisfação com os cuidados de saúde prestados no centro de saúde local, dos 262 inquiridos que responderam a esta questão, 69% ($n = 182$) (IC a 95%: 0,63-0,73) consideram-se satis-

feitos, 24% ($n = 64$) (IC a 95%: 0,19-0,29) consideram-se insatisfeitos e 6% ($n = 16$) (IC a 95%: 0,03-0,09) referem que estão «razoavelmente» satisfeitos. As razões de satisfação e insatisfação apontadas descrevem-se no *Quadro VII*.

3.1.5. Opiniões sobre os cuidados disponíveis e sua utilização

À pergunta aberta acerca das principais razões justificadas pela população para a pouca utilização do centro de saúde verifica-se que, das 402 respostas obtidas, 43% ($n = 173$) dos indivíduos referem a falta de documentos legais, 30% ($n = 121$) o longo tempo de espera, 22% ($n = 87$) o mau atendimento e atitudes negativas dos prestadores, 22% ($n = 87$) a falta de médico de família no centro de saúde, 14% ($n = 55$) a desadequação do período de funcionamento e 11% ($n = 43$) a pouca consciência dos residentes do bairro para a importância da utilização dos serviços de saúde.

Quanto à questão colocada «quais seriam as condições que a comunidade achava mais importantes para uma maior utilização do centro de saúde», as 345 respostas obtidas indicam que as mudanças necessárias para um maior uso do centro de saúde seriam,

Quadro VI

Utilização do centro de saúde de acordo com a situação de legalidade e os anos vividos em Portugal

	Residentes há menos de três anos			Residentes há mais de três anos		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Com situação legalizada	8 (42%)	11 (58%)	19 (100%)	223 (61%)	141 (39%)	364 (100%)
Sem situação legalizada	30 (38%)	77 (72%)	107 (100%)	12 (39%)	19 (61%)	31 (100%)
	OR 1,9 (IC a 95%: 0,6-5,5)		126 (100%)	OR 2,5 (IC a 95%: 1,1-5,6)		395 (100%)

Quadro VII

Razões de satisfação ou insatisfação com os serviços prestados pelo centro de saúde

Razões de satisfação	Respostas (N = 119)	Razões de insatisfação	Respostas (N = 94)
Nunca teve problemas	103 (87%)	Mau atendimento	34 (44%)
Simpatia dos médicos	12 (12%)	Longo tempo de espera	29 (38%)
Rapidez de serviço	2 (2%)	Não conseguir ter consulta	17 (22%)
Pouco tempo de espera	1 (1%)	Não ter direitos	4 (5%)
Outros	1 (1%)	Ausências do médico	3 (4%)
		Falta de equipamento	2 (3%)
		Racismo	2 (3%)
		Outros	3 (4%)

em 32% ($n = 111$), uma melhoria de atitude dos profissionais, em 26% ($n = 88$), a sensibilização dos residentes do bairro sobre a importância da prevenção da saúde, em 21% ($n = 73$), ser dado direito aos residentes para a sua utilização, em 11% ($n = 38$), ser construído um centro de saúde mais perto do bairro, em 22% ($n = 73$), haver mais médicos no centro de saúde e, em 11% ($n = 38$), melhorar o horário de funcionamento do centro de saúde.

À questão colocada aos 338 residentes que trabalhavam habitualmente fora de casa, sobre «o que é que aconteceria se tivessem de perder alguns dias de trabalho para irem à consulta», 61% ($n = 206$) responderam que não receberiam ordenado por essas faltas, 28% ($n = 94$) responderam que nada aconteceria e 10% ($n = 34$) referiram que nessas condições perderiam o trabalho.

3.2. Entrevistas colectivas: percepções que determinam a utilização diferenciada de hospitais (urgências) e centros de saúde

Os resultados das entrevistas colectivas são apresentados em categorias de análise, de acordo com os temas abordados e o significado atribuído pelos participantes nas entrevistas.

Os dados das entrevistas colectivas realçam que a população do bairro utiliza pouco os serviços do centro de saúde local, referindo, nomeadamente, «no ano de 99 não me lembro de ter ido lá só para não ouvir certas coisas... nós só vamos lá em caso de muita necessidade», «ao centro de saúde... eu só fui uma vez... eu só fui duas vezes». Constata-se ainda que grande parte da população prefere os serviços de saúde do hospital, sendo esta opção devida à percepção de uma maior qualidade destes serviços: «Vou às urgências de Santa Maria... não tenho problemas... não tenho queixas... acho que o hospital é melhor.» Os entrevistados referem também que, em caso de necessidade, recorrem aos serviços privados, clínicas e farmácia: «Alguém de Cabo Verde que estava doente teve que recorrer a um médico particular porque não foi atendido no centro de saúde... eu faço o controlo na farmácia... agora para não os chatear compro comprimidos...»

Os entrevistados apontam um conjunto de factores que identificam como obstáculos no acesso e utilização do centro de saúde, nomeadamente:

- A dificuldade de marcação de consultas, o tempo de espera, os horários de funcionamento: «Fui para lá às 5 da manhã para marcar consulta e... abriu às 9 horas...»; «o mais frequente é estarmos na bicha durante bastante tempo e

depois dizem que não há consulta...»; «o tempo de espera é muito, por vezes ficamos de pé o tempo todo... ficamos ainda mais doentes...»; «uma vez não fui atendida e nunca mais lá fui... fiquei com um trauma do centro de saúde»; «o centro de saúde tem um horário estipulado e não se ajusta às disponibilidades dos horários disponíveis pela população»; «o centro de saúde chega a um certo horário e fecha... ao fim de semana está fechado»;

- As condições físicas do centro de saúde e os equipamentos: «A sala de espera é pequena... misturam-se lá os doentes... aquilo fica muito abafado... o espaço não dá para circular...»; «o centro de saúde é como uma cave e um rés-do-chão de um prédio em que a pessoa vai para lá doente e sente-se pior... mete as pessoas em baixo»; «não tem os instrumentos necessários que possam diagnosticar o que se tem...»

Neste contexto referem ainda o atendimento tanto dos funcionários como dos médicos. No que se refere aos funcionários, esse atendimento é apontado como «negligente» e «desleixado ... muitas vezes ao falarem de um certo modo... são mal-educados».

No que se refere aos médicos, consideram que, em primeiro lugar, existem poucos médicos para a necessidade do centro e ainda pouco cumprimento dos horários por parte destes profissionais: «Em vez de chegarem às 9.30, que é o horário, chegam às 11 e mais... é um abuso as pessoas todas à espera...» Quanto ao atendimento, referem a pouca atenção dada às suas queixas: «A médica manda-me fazer um teste... receita logo um medicamento... piorou... fiquei seis anos sem ir ao médico de família.»

Os factores apontados pelos entrevistados como condições de preferência do serviço do hospital são assim descritos:

- Melhor atendimento: «Num hospital sou melhor atendido»; «num hospital é só chegar ali e sou atendido imediatamente num centro de saúde não...»;
- Maior flexibilidade de horários: «O hospital tem um horário mais flexível... um hospital está sempre aberto...»;
- Maior número de técnicos de saúde: «Nos hospitais existem mais técnicos de saúde»; «há sempre médicos de plantão...»;
- Melhor funcionamento administrativo: «Mesmo que não saibam os dados pessoais atendem e depois vão fazer a pesquisa...»;
- Maior grau de satisfação pelos serviços: «É preferível perder uma noite ou um dia no hospital do que perder várias manhãs no centro de saúde.»

A situação de legalidade da população é também apontada como obstáculo ao acesso e utilização dos serviços de saúde, em geral, e do centro de saúde, em particular: «Tinha-me esquecido do BI... estava doente e não fui atendida... como cidadã estrangeira não me atenderam mesmo...»; «estrangeiros cá são ilegais... se quiserem ir a um médico no centro de saúde não são atendidos...».

Os dados das entrevistas colectivas revelam ainda que a utilização dos serviços de saúde é por vezes condicionada por aspectos económicos, ou seja, o custo dos serviços, dos medicamentos e da utilização dos serviços privados, que são considerados muito elevados para o nível de vida desta comunidade: «Há preços que são um bocado elevados que estipulam lá no hospital»; «as senhoras que trabalham na limpeza recebem 30 e tal contos; como é que vão pagar?»; «ninguém pode gastar dinheiro à toa... ir ao hospital só em última hora, se é uma coisa que se pode tratar em casa ou assim... também vai depender da economia de cada um».

Outro aspecto que é realçado nestes dados são os factores inerentes à cultura da saúde e da doença por parte desta população e que poderão estar na génese da necessidade da procura dos serviços de saúde. Neste contexto é referido: «A população africana não encara a doença como uma preocupação, recorrendo apenas aos serviços de saúde em caso de extrema necessidade... o povo africano é muito positivo... uma pessoa está doente, não vai logo ao hospital, põe na cabeça que vai ficar bom logo uma semana...» Referem ainda o recurso frequente a «métodos alternativos» como forma de evitarem a utilização dos serviços de saúde: «Com as folhas é melhor do que ir ao hospital.» Acreditam também que a «medicina natural é a escolha mais adequada para a resolução da maior parte dos problemas de saúde»; «a minha mãe, quando tem uma dor, vai buscar folhas de vespa... fricciona e aquilo passa»; «o povo africano acredita na medicina sem condicionantes... gosta mais de ir para o que é natural...», e que existe alguma relutância para tomar medicamentos: «Tinha que tomar não sei quantos comprimidos por dia e ficava sempre com dores de cabeça.»

4. Discussão

Os resultados do estudo sugerem alguns pontos interessantes para discussão. Em primeiro lugar, são de salientar as baixas taxas de recusa aos questionários habitacionais e individuais (respectivamente de 1% e 4%). Estes resultados são particularmente interessantes tendo em conta que este estudo foi efectuado numa comunidade em que existem muitos migrantes

ilegais. Esta grande adesão pode dever-se, pelo menos parcialmente, ao facto de os entrevistadores que foram utilizados no trabalho de campo pertencerem à própria comunidade, permitindo de algum modo aumentar a confiança nos inquiridos, incluindo a confidencialidade no tratamento da informação.

A análise da informação permite ainda tirar algumas conclusões relativas às características demográficas desta população. A distribuição etária da população a que a amostra pertence (35% da população com menos de 15 anos, percentagem de adultos jovens, 20-34 anos, maior do que a dos com 35-54 anos) sugere uma demografia que não corresponde nem à das sociedades africanas de origem (onde a percentagem de jovens é maior) nem à do país de acolhimento (onde a percentagem de jovens adultos é menor). Este predomínio dos jovens adultos pode reflectir o peso dos migrantes recentes nesta população — os jovens adultos são quem mais emigra por motivos de trabalho (34% dos entrevistados estavam em Portugal há menos de quatro anos). Parece ainda existir um equilíbrio entre o número de mulheres e homens. Relativamente à escolaridade da população com mais de 15 anos, esta apresenta em cerca de 50% um grau de escolaridade razoável (nível secundário, técnico ou superior). Por outro lado, os dados recolhidos apontam para o facto de mais de 75% da população inquirida residirem em Portugal há mais de cinco anos e 74% terem residência legal no país. No que se refere à utilização dos serviços de cuidados de saúde, os factores «legalidade» e «anos de residência em Portugal» condicionam essa utilização, sendo ainda essa utilização diferenciada para o hospital e para o centro de saúde. Assim, para os residentes há mais de três anos e em situação legal, a probabilidade de ter usado o hospital foi 4,2 vezes mais alta e de ter usado um centro de saúde local foi 2,5 vezes mais alta na comparação com residentes ilegais do mesmo grupo. Alguns estudos apontam neste sentido, realçando que na população migrante que reside há mais tempo no país de acolhimento e com um maior grau de alfabetização existe a tendência para haver um aumento da necessidade percebida de aceder aos serviços de saúde. Por outro lado, e sob o ponto de vista legal, também existem barreiras que colocam dificuldades, nomeadamente no que respeita ao acesso aos benefícios do sistema de segurança social existente: quem está legalizado tem acesso a maiores benefícios.

Quanto ao facto de a maioria desta população dar preferência aos serviços de urgência hospitalar, comparativamente aos serviços do centro de saúde local, logisticamente mais próximo, são apontadas não só as questões burocráticas imediatamente ligadas ao acesso, mas também os receios ligados à obrigatorie-

dade de expor a funcionários governamentais a eventual ausência de documentos de residência (indispensáveis à obtenção do cartão de utente e inscrição em lista de utentes de médico de família no centro de saúde, mas menosprezados pelas equipas das urgências hospitalares) e as dificuldades de comunicação associadas ao atendimento em centros de saúde, facto também apontado noutros estudos.

Outro aspecto importante e limitativo também constatado por outros autores são as barreiras linguísticas e sócio-culturais, que podem funcionar como problema no acesso aos serviços de saúde, e alguns erros e mal-entendidos podem complicar substancialmente a prestação de cuidados a este grupo de utentes (Wimmer e Ipsiroglu, 2001). Barreiras culturais e linguísticas entre os diferentes actores deste processo, incluindo o comportamento dos prestadores de cuidados, médicos, enfermeiros e administrativos, são referidos neste estudo e podem determinar a utilização diferencial dos serviços do hospital face ao centro de saúde.

O estudo realça ainda a potencial influência que os aspectos de ordem social, cultural e étnica podem ter no condicionamento das necessidades de procura e utilização dos serviços de saúde. Os factores étnicos podem condicionar a necessidade percebida de aceder aos serviços de saúde e podem ser determinantes no uso e na procura dos mesmos. Considera-se aqui a importância dos costumes tradicionais e das crenças de saúde próprias desta população, que tende a sentir uma menor necessidade percebida de procura de serviços (Bass, Looman e Ehrlich, 1992). A informação colhida nas entrevistas colectivas sugere ainda um padrão de utilização dos serviços de saúde modernos apenas em caso de doença aguda e séria, recorrendo-se nos outros casos a prestadores de outros serviços. A utilização regular dos centros de saúde para fins preventivos e profilácticos e de manutenção de saúde (incluindo o rastreio, diagnóstico e controlo de doenças subagudas e/ou crónicas) não transparece das entrevistas como um objectivo destes utentes potenciais. Por outro lado, o comportamento dos profissionais para com estes utentes pode ser diferente nos centros de saúde e nos hospitais e também contar para a utilização maior dos últimos. Os profissionais dos centros de saúde (principalmente os não médicos) podem tender para atitudes mais «controladoras» e exigentes, uma vez que os cuidados estão mais normatizados (protocolos das Direcções Geral e Regionais de Saúde), e atitudes admoestadoras podem transparecer em quem procura modificar comportamentos. Nas urgências hospitalares, pelo contrário, predomina, em absoluto, o cuidado médico urgente e que não pode ser recusado a ninguém: o diagnóstico tende a limitar-se aos desencadeadores

imediatos da situação aguda (negligenciando condições de vida e comportamentos) e o ambiente psicológico colectivo (dos profissionais atendentes) dá primazia absoluta à prestação de cuidados sobre a verificação do estatuto legal dos utentes.

Alguns estudos consideram que o racismo, como processo macrossocial, pode ter influências directas e indirectas sobre a saúde. Directamente, pode limitar o acesso a bens e serviços que promovem a saúde ou reduzem a doença ou causar sofrimento físico e/ou psicológico; indirectamente, pode causar segregação residencial, implicando potencialmente ficar distante dos serviços e, em termos de horários e condições de trabalho, não ter acesso aos serviços nas horas de funcionamento dos mesmos (Anderson, 1995). Este estudo sugere, pelas entrevistas, uma relativa segregação das populações de migrantes: pelo menos, a precariedade de emprego e menor nível de titularidade de direitos. Daí resultam consequências negativas para a utilização regular dos serviços de saúde.

5. Recomendações

Face à actual legislação, é facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal o acesso, em igualdade de tratamento ao dos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa prestada pelas instituições e serviços que constituem o SNS (Despacho n.º 25 360/2001).

Este enquadramento, contudo, não encontra reflexo na realidade das comunidades migrantes, constatando-se que será importante agilizar mecanismos de legalização destas comunidades afim de dar oportunidades equivalentes de vida a toda a comunidade. Neste contexto, a legalização dos direitos de residência tem aqui um papel importante, constatando-se que, dependendo do estatuto de residência, quem está legalizado tem acesso a maiores benefícios. Assim, o nível e tipo das políticas de saúde governamentais quanto à legalização da situação dos migrantes parecem ser de importância crucial para a integração da população migrante, pelo menos em termos de efectividade dos serviços de saúde – através de melhor acesso e maior consumo (Dorr e Faist, 1997).

No âmbito destas comunidades torna-se relevante explorar com mais detalhe alguns aspectos que apenas foram aflorados neste estudo. Entre outros, poderiam ser colocadas questões mais específicas, nomeadamente sobre a medicina tradicional e as práticas a ela associadas, as explicações tradicionais sobre a origem das doenças, as barreiras impeditivas da adopção de práticas de redução de risco, as atitudes perante a saúde e a doença e a consequente procura

de serviços de cuidados de saúde, quer os tradicionais, quer os formais.

□ Bibliografia

ANDERSON, N. B. — Summary of task group recommendations. *Health Psychology*. 14 : 7 (1995) 649-653.

BASS, D. M.; LOOMAN, W. J.; ERLICH, P. — Predicting the volume of health and social services : integrating cognitive impairment into the modified Anderson framework. *The Gerontologist*. 32 (1992) 33-43.

CALADO, B.; SILVA, L.; GUERREIRO, D. — Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal, identificação das barreiras : resultados parcelares. *Saúde em Números*. 12 : 4 (1997) 29-31.

CASTELLI, F.; PATRONI, A. — The human immunodeficiency virus-infected traveler. *Clinical Infectious Diseases*. 31 : 6 (2000) 1403-1408.

DESPACHO N.º 25 360/2001. DR II Série. 286 (2001-12-12) 20 597-20 598.

DORR, S.; FAIST, T. — Institutional conditions for the integration of immigrants in welfare states: a comparison of the literature on Germany, France, Great Britain, and Netherlands. *European Journal of Political Research*. 31 : 4 (1997) 401-426.

ESPINOSA, L., et al. — A saúde na criança migrante : estudo multicêntrico de crianças ciganas e africanas. *Revista Portuguesa de Pediatria*. 20 : 1 (1989) 29-31.

FENTON, K. — Strategies for improving sexual health in ethnic minorities. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 14 : 1 (2001) 63-69.

FONGWA, M. — Exploring quality of care for African Americans. *Journal of Nursing Care Quality*. 15 : 2 (2001) 27-49.

GARDETE, M. J.; ANTUNES, M. L. — Tuberculose em imigrantes. *Saúde em Números*. 8 : 4 (1997) 30-32.

MACHADO, F. L. — Imigração, etnicidade e minorias étnicas em Portugal. *Sociologia — Problemas e Práticas*. (1994) 187-192.

MATOS, M. G.; DIAS, S.; GONÇALVES, A. — Comportamento sexual : auto-relatos numa comunidade migrante. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 : 2 (2001) 137-153.

MATOS, M. G.; DIAS, S.; GONÇALVES, A. — Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante : implicações para a intervenção. *Revista Psicologia, Saúde e Doenças*. 3 : 1 (2002) 89-102.

PORTUGAL. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. Instituto Nacional de Saúde de Lisboa — Infecção VIH/SIDA : a situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2001. Doc. 127. Lisboa : Comissão Nacional de Luta contra a SIDA, 2001.

PORTUGAL. Ministério da Administração Interna. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Divisão de Planeamento e Estatística — Estatísticas do 1.º Quadrimestre de 1998. Lisboa : Serviço de Estrangeiros e Fonteiros, 1998.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Tuberculose em imigrantes nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Saúde em Números*. 8 : 4 (1993).

POLITZER, Y.; SHI, H.; REGAN, G. — Inequality in America : the contribution of health centers in reducing and eliminating

disparities in access to care. *Medical Care Research Review*. 58 : 2 (2001) 234-248.

REIJNEVELD, S. — Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands : do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 52 : 5 (1998) 298-304.

SOUTH-PAUL, J. E.; GRUMBACH, K. — How does a changing country change family practice? *Family Medicine*. 33 : 4 (2001) 278-285.

STRONKS, K.; RAVELLI, A.; REIJNEVELD, A. S. — Immigrants in the Netherlands : equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55 : 10 (2001) 701-707.

WIMMER, B.; IPSIROGLU, O. S. — Communication barriers in health care of migrants and their children : exemplary cases, analysis and suggestions for improvement. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 113 : 15-16 (2001) 616-621.

□ Summary

ACCESS AND USE OF HEALTH CARE SERVICES BY MIGRANT COMMUNITIES : CURRENT PROBLEMS AND INTERVENTION PERSPECTIVES

The utilisation of health services, both preventive and curative, has important consequences for the health status of a population. African migrants are usually considered a group with particular vulnerability concerning their health status, and Portuguese data point to their under-representation among users of health services. This study was undertaken in a migrant community in the Greater Lisbon area among individuals aged 15 years and above. Specific objectives included social and demographic characterization, as well as identification and understanding of obstacles to access and utilization of health services. The study aims, through its results, to make a contribution towards improvements in the selection of intervention strategies, particularly policies and programmes specifically tailored to these communities.

Data has been collected through individual questionnaires and collective interviews. The results identify a population with 35% of individuals aged below 15 years, 65% aged above 15 and 6% aged 55 and above. Educational levels are relatively high, 27% of the individuals surveyed have been living in Portugal for more than 10 years, and 26% do not have a legal residence permit. The majority of individuals surveyed have had at least one contact with Portuguese health services, with 73% having contacted a hospital and 53% a health centre.

Analysis of data suggest that duration of residence in Portugal, as well as holding a legal residence permit influence service utilization, though the degree of influence is different when considering hospitals or health centres. The study also stresses the potential influence of social, cultural and ethnic factors in the self-identification of needs as well as in the decision-making concerning demand and use of health services.