

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
PSICOLOGIA COMUNITÁRIA

DM
SOUS/PI

TESE DE MESTRADO

Migração e Saúde Comunitária: Acesso a Serviços de
Saúde, Conhecimentos e Comportamentos em relação ao
VIH/SIDA

Patrícia Maria Bocarro de Sousa – N.º 13624

ORIENTADOR: Prof. Dr. José Ornelas

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

SEMINÁRIO DIRIGIDO POR: Prof. Dr. José Ornelas

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

2008



ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de
Documentação

Registo: 18348
Data: 24.06.09

Tel.: 21 891 17 50 • biblioteca@ispa.pt

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Ornelas, pela coordenação e orientação prestadas, pela sua disponibilidade e incentivo demonstrados ao longo da realização deste trabalho.

À Prof^a Dr.^a Aldina Gonçalves pelo apoio prestado, pela sua disponibilidade e simpatia demonstradas ao longo da realização deste trabalho.

À Dr.^a Regina Bispo pelas explicações sobre análise de dados e estatística, pelo apoio e pela simpatia.

Aos Médicos do Mundo, especialmente à Dr.^a Carla Fernandes, pela sua simpatia, disponibilidade e colaboração que foram imprescindíveis para a realização deste trabalho.

Um agradecimento especial à população migrantes da Unidade Móvel dos Médicos do Mundo, pela sua disponibilidade e colaboração que permitiram a realização deste trabalho.

Um agradecimento muito especial à minha Mãe, pela confiança, carinho, apoio e muita paciência.

Às minhas amigas, Alexandra Simas e Helga Rosa pelo apoio e incentivo em fases do trabalho menos positivas.

Muito Obrigada.

ÍNDICE

Resumo	I
Abstract	II
Introdução	1
Relevância do Estudo	3
Migração	6
Políticas de Imigração	11
Questões Legais e Direitos Humanos	15
O que tem sido feito até Agora na União Europeia.....	20
Migração e Saúde	24
Saúde dos Migrantes	25
Problemas de Saúde	33
Estado da saúde – VIH	34
VIH e Migração	36
Conhecimentos e Comportamentos no âmbito do VIH/SIDA.....	41
Determinantes do Estado de Saúde	44
Acesso a Serviços de Saúde	47
Qualidade dos Cuidados Prestados	69
Obstáculos e Dificuldades de Acesso aos Serviços de Saúde	70
Prevenção do VIH em Comunidades Migrantes	77
Promoção e Educação para a Saúde	84
Investigação Empírica	87
Objectivos de Investigação	87
Objectivo Geral	87
Objectivos Específicos	88
Questões de Investigação	88
Metodologia	89

Instrumento	91
Procedimentos da Recolha de Dados	93
Tratamento Estatístico	93
Apresentação dos Resultados	94
Análise e Discussão	117
Conclusões e Recomendações	134
Referências Bibliográficas	141
Anexos	147

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – País de origem da população	96
Tabela 2 – Problemas de saúde da população a última vez que se sentiu doente	98
Tabela 3 – Principais obstáculos no acesso e continuidade de cuidados de saúde no SNS	101
Tabela 4 – Motivos que levaram a população a recorrer à UM dos MDM e não ao SNS	103
Tabela 5 – Problemas da população de abuso e/ou dependências	104
Tabela 6 – Problemas de saúde que a população tem com mais frequência	104
Tabela 7 – Comparação entre género e não haver obstáculos no acesso ao SNS	110
Tabela 8 – Comparação entre estatuto legal e não haver obstáculos no acesso ao SNS	111
Tabela 9 – Comparação entre género e utilização de preservativo na relação sexual mais recente	112

Tabela 10 – Comparação entre género e recorrer à UM dos MDM por dificuldades económicas	112
Tabela 11 – Comparação entre género e recorrer à UM dos MDM por dificuldades sociais	113
Tabela 12 – Comparação entre género e recorrer à UM dos MDM por relação de confiança	113
Tabela 13 – Comparação entre estatuto legal e recorrer à UM dos MDM por dificuldades económicas	114
Tabela 14 – Comparação entre estatuto legal e recorrer à UM dos MDM por não ter o cartão do SNS	114
Tabela 15 – Comparação entre estatuto legal e recorrer à UM dos MDM por dificuldades sociais	115
Tabela 16 – Comparação entre estatuto legal e recorrer à UM dos MDM por confidencialidade no atendimento	115
Tabela 17 – Comparação entre estatuto legal e recorrer à UM dos MDM por qualidade do atendimento	116

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico sobre utilização de meios de prevenção contra a SIDA	35
Figura 2 – Gráfico das frequências das idades da população	94
Figura 3 – Gráfico das frequências do género da população	95
Figura 4 – Gráfico das frequências da condição legal da população	95
Figura 5 – Gráfico das frequências do estado civil da população	95
Figura 6 – Gráfico das frequências das habilitações literárias da população	96
Figura 7 – Gráfico das frequências do tempo a residir em Portugal da população	97
Figura 8 – Gráfico das frequências da situação perante o emprego da população	97
Figura 9 – Gráfico das frequências do tipo de residência da população	98
Figura 10 – Gráfico das frequências de quem a população consultou a última vez que esteve doente	99
Figura 11 – Gráfico das frequências de onde a população foi consultada a última vez que se sentiu doente	100
Figura 12 – Gráfico das frequências da população se já recorreram ao SNS	100

Figura 13 – Gráfico das frequências de recusa de prestação de serviços por parte de profissionais de saúde à população	101
Figura 14 – Gráfico das frequências de satisfação da população com os serviços do SNS	101
Figura 15 – Gráfico das frequências do tipo de serviço da UM a que a população recorre	103
Figura 16 – Gráfico das frequências de teste de VIH realizado nos últimos 12 meses da população	105
Figura 17 – Gráfico das frequências do motivo para a realização do teste da população	105
Figura 18 – Gráfico das frequências da população que sabe o resultado do teste	106
Figura 19 – Gráfico das frequências da população que é da opinião que a utilização de preservativos reduz o risco de transmissão do VIH/SIDA	107
Figura 20 – Gráfico das frequências da população que é da opinião que uma pessoa com aspecto saudável pode ter VIH/SIDA	107
Figura 21 – Gráfico das frequências da população que é da opinião que uma pessoa pode ser infectada com VIH/SIDA através da picada de um mosquito	108

Figura 22 – Gráfico das frequências da população que é da opinião que uma pessoa pode ser infectada com VIH/SIDA por partilhar uma refeição com alguém infectado108

Figura 23 – Gráfico das frequências da população que utilizou preservativo na relação sexual mais recente nos últimos 12 meses109

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A – Legislação Relevante	147
ANEXO B – Instrumento de Investigação	196
ANEXO C – Outputs dos testes estatísticos realizados	203

SIGLAS

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas

CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção

CMMI – Comissão Mundial sobre as Migrações Internacionais

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CNLCS – Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA

DL – Decreto-lei

DST's – Doenças sexualmente transmissíveis

EM – Estados Membros (da União Europeia)

HDN – Health and Development Networks

IMISCOE – Projecto estabelecido em 2004 como uma rede de excelência no domínio da migração internacional, integração e coesão social

IOM – International Organization for Migration / Organização Internacional para Migração

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

MdM – Médicos do Mundo (Organização não Governamental)

NU – Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não Governamental

ONUSIDA – Organização das Nações Unidas para a SIDA

PICUM – Plataforma para Cooperação Internacional em Migrantes Indocumentados

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

UM – Unidade Móvel

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

O acesso aos serviços de saúde é um direito humano fundamental, indispensável para garantir o desenvolvimento, o bem-estar e a dignidade do Ser Humano. A presente investigação pretende estudar na área do acesso aos serviços de saúde, os obstáculos que possam existir e, conhecimentos e comportamentos em relação ao VIH/SIDA em pessoas migrantes. A recolha de dados foi realizada com a população de migrantes que recorre à Unidade Móvel dos Médicos do Mundo, que respondeu a um questionário. Este instrumento de investigação é composto por um questionário desenvolvido pelo Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde dos Médicos do Mundo e por um questionário desenvolvido pela ONUSIDA que foi traduzido para português. Por um lado, esta investigação permitiu conhecer as dificuldades e obstáculos que os migrantes encontram no acesso a serviços de saúde e, por outro, permitiu compreender os conhecimentos e os comportamentos que os migrantes têm em relação ao VIH/SIDA. Os dados obtidos conduzem-nos a concluir que necessitamos de uma intervenção urgente, de modo a eliminar barreiras no acesso a serviços de saúde e a promover comportamentos protectores para a saúde dos migrantes.

Palavras-Chave: migração, acesso a serviços de saúde, obstáculos, VIH/SIDA

ABSTRACT

The access to health services is an essential human right, crucial to ensure the development, well-being and the dignity of the Human Being. This investigation aims study the access to health services, the obstacles that may exist and, knowledge and behaviour about HIV/AIDS in migrants. The data was collected with a migrant population that uses the Unity Mobil of Médicos do Mundo, that answer to a questionnaire. This investigation questionnaire was made by a questionnaire developed by the Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde of Médicos do Mundo and by a questionnaire developed by UNAIDS was traduced to portuguese. By one hand, this investigation allow us know the difficulties and obstacles that migrants deal with in access to health services, and by other hand, allow us understand the migrants knowledge and behaviour about HIV/AIDS. The data let us conclude that we need a urgent intervention, to eliminate the difficulties in access to health services and to promote protection behaviours for migrants health.

Key-words: migration, access to health services, obstacles, HIV/AIDS

INTRODUÇÃO

Actualmente na era da globalização os movimentos migratórios ocorrem cada vez com maior frequência. Estes processos têm consequências inevitáveis para os migrantes, para o país de origem e para o país de acolhimento; envolvem também condições que revelam frequentemente desigualdades sociais, o que tem implicações na vulnerabilidade à doença, onde devemos focalizar o VIH/SIDA.

Face ao referido, afigura-se pertinente investigar e compreender as consequências deste fenómeno para as pessoas e para as comunidades, em termos de qualidade de vida e de saúde pública. Neste contexto é de extrema importância dar uma resposta adequada às necessidades da população, que deve considerar as potencialidades dos migrantes e deve ser adaptada à diversidade cultural de cada comunidade. Para melhor conhecer a realidade com que se deparam os migrantes e, visando intervenções adaptadas às suas necessidades e potencialidades é fundamental investigar: procurar maiores evidências científicas, monitorizar o estado de saúde destas comunidades, avaliar a eficácia, a acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde e encontrar soluções inovadoras. É necessária uma abordagem integrada no que respeita à migração e saúde.

Em termos humanitários, a saúde é um direito humano para todos; a UE apresenta um conjunto de valores e de princípios que devem ser aplicados a todos – universalidade, acesso a cuidados de elevada qualidade, equidade e solidariedade. São necessários imigrantes para o balanço demográfico e para o desenvolvimento económico. Os 25 milhões de migrantes que estão na UE representam 5,5% do total da população – 1/5 dos emigrantes do mundo. Neste sentido, devemos procurar uma melhor saúde para todos, numa sociedade inclusiva.

Neste relatório começamos por focalizar alguns aspectos relacionados com a migração, tais como, políticas de migração, questões legais e direitos humanos e, o que tem sido feito na Europa. De seguida, são abordados aspectos relacionados com a migração e saúde, o VIH e a sua relação com a migração, conhecimentos e comportamentos associados à infecção e, os determinantes da saúde. O capítulo que se segue, focaliza o acesso, a qualidade dos cuidados prestados e os obstáculos aos serviços de saúde, a prevenção do VIH/SIDA e a promoção da saúde. Nos capítulos seguintes, são abordados detalhes da investigação empírica, nomeadamente, objectivos, hipóteses e metodologia. De seguida são apresentados e discutidos os resultados e, as conclusões e recomendações. Por último, apresentam-se as referências bibliográficas e os anexos.

RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Com o processo de globalização o mundo mudou. Segundo Rourke e Sinnot (2003), neste processo incluem-se várias dimensões e, uma das que assume maior relevância é o processo migratório, por sofrer alterações. Na última década, a migração internacional passou a ser focalizada nas agendas políticas internacionais e nacionais. Para os EM da UE, a migração internacional é uma realidade comum, mesmo se as características dos fluxos diferem na origem, quantidade, intensidade, qualificações, estatuto, entre outros factores. Na UE, a migração está relacionada com ambos desafios demográficos e económicos com duas possibilidades: proteger os direitos humanos e promover o crescimento económico. Deste modo, são apresentados novos desafios à saúde que são importantes compreender. A investigação de factos relacionados com a migração assume neste sentido, uma importante relevância. As várias dimensões da migração necessitam ser melhor compreendidas, permitindo aumentar as suas potencialidades para todos os envolvidos neste processo.

Para que o crescimento seja sustentável e promova equidade não deve ser alcançado com custos para alguns, em benefício de outros. É importante reconhecer que o planeamento e a adopção de políticas para lidar com a mobilidade de pessoas e a sua saúde são uma prioridade. De modo a alcançar um desenvolvimento sustentável, a saúde dos migrantes assume-se como uma questão central, no contexto das investigações realizadas em ciências sociais e humanas. Todos os seres humanos devem usufruir completamente de um estado de saúde tão bom quanto possível. A saúde dos migrantes é frequentemente pouco conhecida, o que está directamente relacionado com a falta de dados. Esta lacuna baseia-se no facto de que geralmente os migrantes são excluídos dos estudos realizados no âmbito da saúde. Neste sentido, a presente investigação torna-se

necessária e essencial para avaliar necessidades, permitindo planejar intervenções com respostas adequadas.

Consideramos pertinente obter informação de modo a permitir uma melhor compreensão dos factores envolvidos na saúde de pessoas migrantes, essencialmente as dificuldades com que se deparam para ter acesso a serviços de saúde. Pretende-se contribuir para o conhecimento desta problemática a nível de Portugal para ser possível seleccionar estratégias de intervenção adequadas ao desenvolvimento de programas e projectos de saúde e políticas para os migrantes. A chegada de pessoas com culturas diferentes e práticas implica dois caminhos, em termos de integração e adaptação: adaptação da sociedade de acolhimento a estas mudanças ao mesmo tempo que recém chegados se adaptam a um novo ambiente e tornam-se familiares com as praticas e culturas das sociedades de acolhimento. A transição para a nova vida num novo país é um período difícil porque representa várias mudanças. Na chegada os migrantes necessitam resolver algumas questões tais como encontrar casa e trabalho, tornar-se familiar com meios de transporte, aprender uma nova língua, compreender como serviços públicos funcionam incluindo como obter acesso a serviços de saúde e informação; muitos migrantes enquanto se adaptam ainda têm de lidar com questões não resolvidas ou assuntos familiares no país de origem. Adicionalmente, viver num novo país normalmente implica uma mudança do ambiente (clima, exposição a diferentes riscos para a sua saúde, mudanças no estilo de vida, novos hábitos alimentares, etc.) que adiciona stress a uma situação por si só stressante.

Do ponto de vista de política pública, é importante melhorar a saúde e bem-estar de todas as pessoas a viver numa dada sociedade, incluindo ambos, cidadãos da UE e migrantes de algum país residindo na UE (Ingleby, de Freitas, et al, 2005).

Quando abordamos questões relacionadas com saúde, abordamos também a promoção de saúde e a prevenção de doenças. Neste sentido, consideramos

extremamente relevante abordar questões inerentes ao VIH/SIDA, nomeadamente conhecimentos e comportamentos, por se tratar de uma epidemia a nível global, que prejudica o desenvolvimento sustentável. O mundo e a sociedade em que vivemos cada vez mais é multicultural e nesse sentido devemos respeitar a dignidade e os direitos de todos os seres humanos.

MIGRAÇÃO

As migrações têm sido uma característica constante na história da humanidade, contribuindo para o desenvolvimento económico mundial, para o progresso dos países e das sociedades e comunidades, desenvolvendo civilizações e culturas. A migração é um fenómeno complexo e multidimensional. Regra geral, os fluxos migratórios seguem modelos de laços históricos anteriormente existentes (Peixoto, 1998). Independentemente de ser voluntária ou forçada, a migração implica mudanças na vida das pessoas. Este processo envolve deslocação, restabelecimento e pode implicar desafios complexos. Tem implicações para aqueles que se movimentam, para aqueles que são deixados para trás e para aqueles que acolhem os migrantes. As pessoas sempre movimentaram-se dentro de regiões ou de uma região para outra de modo a melhorar o seu padrão de vida ou para fugir à pobreza, guerra e fome. Actualmente os fluxos migratórios são mais rápidos, mais diversos, mais numerosos e mais complexos do que eram no passado; impregnaram a vida quotidiana e as relações entre as pessoas.

No mundo, o aumento do fluxo tanto de materiais como de pessoas, das redes de comunicação, as mudanças comerciais, a abertura das fronteiras financeiras e económicas conduzem obrigatoriamente à criação de um novo modo de vida, de ser e de estar (Sousa, 2006). Neste contexto existe uma grande diversidade, com que devemos aprender a lidar de um modo positivo. As estimativas das NU mostram um aumento de migrantes em todo o mundo, de 155 milhões em 1990, para 191 milhões em 2005. Em 2000, um número estimado em 56 milhões de pessoas estrangeiras estavam a viver na Europa. Em 2006 o número de migrantes em todo o mundo era equivalente à população de um país como o Brasil (que é o 5º país com mais população no mundo) – cerca de 200 milhões (Fundação Calouste

Gulbenkian, 2006). Com o passar dos anos, mais pessoas estão motivadas para movimentarem-se, a migração vai tornando-se cada vez mais significativa, em resultado de diferentes tendências como o declínio económico, mudanças demográficas e a emergência de redes de trabalho sociais e transnacionais, com transportes modernos e telecomunicações. Estima-se que em 2050 o número de migrantes seja de 250 milhões (OMS, 2006).

O que leva as pessoas a migrarem são as diferenças salariais (45,7% da população da Africa Sub-saariana ganha menos de 1 dólar por dia); as taxas de desemprego (12,2% na Africa do Norte e Médio Oriente); as lacunas educacionais (apenas 58% das mulheres e 68% dos homens sabem ler e escrever em países com baixos rendimentos); e, as características demográficas (cada mulher na Africa Sub-saariana em média tem 5.4 filhos, e 1.4 na Europa). Para os países de acolhimento, os migrantes contribuem economicamente. No ano 2000, cerca de 86 milhões dos migrantes eram economicamente activos, representando mais de 50% do total; os trabalhadores estrangeiros constituem mais de 5% da mão-de-obra em 8 países da Europa. Os fluxos migratórios têm um impacto demográfico nos países de acolhimento; entre 1990 e 2000, as migrações internacionais constituíram 56% do crescimento populacional nos países industrializados. Também entre 1990 e 2000, as migrações constituíram 89% do crescimento populacional na Europa. Sem as migrações de 1995 a 2000 a população europeia teria sido reduzida em 4,4 milhões. Para seres humanos carenciados a Europa aparenta ser um paraíso, um atractivo que leva a que as pessoas se sacrifiquem para conseguir entrar nos países onde procuram essencialmente melhores condições de vida. O aumento da esperança média de vida, com cada vez mais população idosa e a taxa de natalidade a decrescer e, por outro lado, o desenvolvimento económico, implica que não haja regeneração de quem trabalha tornando-se difícil apoiar a população que

não está em idade activa. Assim sendo, necessitamos de recorrer a mão-de-obra externa (Sousa, 2006).

A migração pode implicar a perda de familiares e amigos, assim como modos de vida que são familiares. Mas a migração também pode ter efeitos positivos para o migrante, o sucesso da migração pode trazer aumento de segurança, melhoramento do bem-estar económico e aumento de capacidades de lidar com problemas; para a sociedade receptora com a chegada de uma força de trabalho geralmente saudável e para a sociedade que envia os trabalhadores estrangeiros, com as suas contribuições financeiras e os novos modos de pensar que levam para casa quando regressam (Haour-knipe, 2007).

De autor para autor a definição de migração varia. Segundo Keely (2000) a migração é a modificação da residência frequente incluindo atravessar uma fronteira política. Por outro lado, Castles (2000) diferencia migrações internas (deslocação de áreas no mesmo país) e internacionais. É certo que ambas têm factores em comum e outros bastante diferentes. No entanto, neste estudo abordaremos apenas as migrações internacionais. Para a ONU (1997) o facto de uma pessoa atravessar uma fronteira política não significa necessariamente que sejam migrantes. Esta classificação depende de factores como a duração da estadia ou também do motivo para a admissão e factores de cidadania; estes dois últimos referentes à perspectiva de cada Estado. Existem vários "grupos" de migrantes que podem ser organizados considerando as suas características, geralmente são tipificados segundo as causas que levaram as pessoas a migrar. Deste modo podemos considerar os seguintes grupos de migrantes: os indocumentados (ou irregulares); os refugiados, os requerentes de asilo e os que são obrigados a migrar; os trabalhadores temporários, os permanentes ou que visam a reunificação familiar; os que têm elevadas qualificações e de negócios, normalmente em movimento temporário (Appleyard, 1992; Castles 2000 e Peixoto,

1998). Foi estimado que podem haver de 5 a 8 milhões de migrantes indocumentados na Europa (CMMI, 2005), que permanecem invisíveis aos olhos de quem faz políticas. Os migrantes indocumentados são migrantes que não têm uma autorização de residência, que lhes permita ficar no país de destino (PICUM, 2006). É de extrema importância reconhecer as vantagens que a migração traz à UE, nomeadamente na área demográfica e laboral, não esquecendo a importância da integração das pessoas e o reconhecimento dos seus direitos, sobretudo na prática (Figueiredo, 2005).

Os processos migratórios trazem oportunidades mas também consequências negativas de diferentes tipos com diferentes consequências para a saúde física, mental e social. Isto inclui aumento de vulnerabilidade ao VIH e outras DST's, problemas de abuso de substâncias, problemas sociais e comportamentais e exclusão social que por sua vez resulta numa maior vulnerabilidade. Factores de risco crescentes incluem separação de parceiros, famílias, amigos e comunidades, resultando em solidão e aumento de susceptibilidade a pressões para assumir riscos (Haour-knipe, 2007). Portugal, que há algum tempo atrás era considerado essencialmente um país de emigração, com cerca de 5 milhões de portugueses a residir fora do território nacional, cada vez mais é um país de imigração com cerca de 5% da população residente. Esta mudança tem consequências apresentando desafios às comunidades, à sociedade e ao Estado, em termos de políticas educativas, sociais e de cidadania (Sousa, 2006). Actualmente o número de imigrantes em Portugal é 500.000 (Ingleby, de Freitas, et al. 2005) e um número relevante de portugueses procuram trabalho fora do país, temporária ou definitivamente. O aumento do número de imigrantes em Portugal está relacionado com o processo de globalização, que fomenta a dinâmica de mobilidade de populações (Fundação Calouste Gulbenkian, 2006). A construção das nossas sociedades constitui mais um desafio cultural do que político e económico (CMMI,

2005). Em Portugal o número de migrantes indocumentados é estimado entre 50.000 e 100.000. A posição de Portugal com um país recente de imigração implica que a política de imigração está ainda nos estágios iniciais de desenvolvimento. Isto é reflectido na falta de consciência e interesse pelo estado de saúde dos migrantes, necessidades de cuidados de saúde e uso actual e grau de satisfação com serviços de cuidados de saúde (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

Hoje em dia, os países que acolhem imigrantes visualizam estes como uma contribuição significativa para o desenvolvimento económico e para a resolução de problemas demográficos resultantes do envelhecimento das populações. Segundo o Banco Mundial os imigrantes contribuem com cerca de 3 triliões de dólares, isto é, em média 7% do Produto Interno Bruto dos países desenvolvidos.

Um recente estudo das NU mostra que a proporção de países que pretendem reduzir a migração internacional diminuiu de 40% para 22% entre 1996 e 2005. Este é um sinal encorajador. Apesar de numerosas controvérsias, os governos e as comunidades estão crescentemente a reconhecer o valor da migração internacional (UNFPA, 2004).

Hoje em dia as fronteiras reais não são entre nações, mas entre o poderoso e o sem poder, entre o livre e o restrito, entre o privilegiado e o humilhado. Hoje, nenhuma parede pode separar crises humanitárias ou direitos humanos numa parte do mundo de crises segurança nacional noutra (OMS, 2003).

A partir da década de 90, os estudos efectuados em Portugal sobre imigração têm aumentado na sequência do aumento da população estrangeira a residir no nosso país. Grande parte das investigações realizadas demonstra a origem diversificada dos imigrantes a residir em Portugal, a complexidade da inserção no mercado de trabalho, o capital social e humano, a modificação de estratégias e dos movimentos migratórios utilizados.

Políticas de Imigração

O grau em que os direitos dos migrantes são seriamente considerados vai depender da ideologia prevalente em relação à cidadania e à diversidade (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Uma política de migração completa e coerente deve incluir especificidades para migrantes regulares ou irregulares, residentes permanentes ou imigrantes temporários, trabalhadores qualificados ou não qualificados, imigrantes estudante, imigrantes que se juntam à família, refugiados ou requerentes de asilo, ou imigrantes em trânsito. Os Estados têm o dever de garantir que os migrantes estejam familiarizados com as leis e os valores da sociedade de acolhimento, que os migrantes têm o dever de respeitar (CMMI, 2005).

Atribuir um perfil a migrantes de acordo com o seu estatuto de saúde é uma prática comum. Alguns governos usam o rastreio como um modo de obter informação necessária para recomendar migrantes para cuidados de saúde. Contudo, outros tendem a usá-lo como bloqueio da entrada (OMS, 2003). O VIH/SIDA provocou políticas de migração pela Europa com o objectivo de limitar a propagação da doença excluindo ou restringindo o movimento de imigrantes que vivem com VIH. Estas políticas tiveram como consequência a exclusão de tratamentos médicos, a deportação e detenção, destas pessoas; são ameaçadoras à vida e constituem violações que colocam a liberdade, a saúde e a vida das pessoas em risco (UNAIDS, 2005). As restrições fornecem muito pouco benefício a qualquer país. Mais de 60 países proíbem migrantes infectados com VIH/SIDA de entrar no país (UNAIDS & IOM, 2001). A proibição irá significar que nós simplesmente recusamos visualizar a questão. A solução não é uma estrutura negligente permitindo entrada não controlada de imigrantes nem uma política regulada, que proíbe a sua entrada. A adopção da Declaração de compromisso em VIH/SIDA em Junho de 2001 (na 26ª Sessão Especial de Assembleia Geral) foi o momento em que o mundo reconheceu o desafio colocado pela SIDA e

comprometeu-se a ter acção. É necessário rever políticas de migração numa perspectiva de direitos humanos. A essência da política de imigração moderna reside na integração de uma população estrangeira num novo ambiente social, onde cada grupo mantém a sua identidade particular e comunica com outros durante o processo. Esta política deve, considerar e lidar efectivamente com problemas que surgem em particular nas sociedades, testando a coesão social e económica (Salt, 2007). Os Estados devem elaborar e implementar políticas de migração eficazes e coerentes com sensibilidade cultural e que ter em consideração o contexto local. Com a Declaração de Amesterdão, em 2004, foi criada a Rede Europeia de Hospitais Amigos dos Imigrantes que permite informação dirigida à comunidade migrante, mais formação para profissionais de saúde e, mais participação da comunidade migrante (CMMI, 2005).

Os testes de VIH podem ser realizados anónima e gratuitamente num CAD (ACIME, 2002). A protecção e promoção da saúde é salientada na conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) onde se refere que os governos têm o dever de tratar da saúde das suas populações, dever que apenas poderão cumprir caso adoptem medidas sociais e sanitárias adequadas. As respostas políticas positivas são importantes. Estas incluem medidas para assegurar acesso a habitação digna, escolas, serviços sociais e de saúde independentemente do estatuto legal (Haourknipe, 2007). Vários documentos europeus confirmam o direito de todas as pessoas de poder proteger a sua saúde: a Convenção europeia para a protecção dos direitos do homem e das liberdades fundamentais e, a Carta Social Europeia. A Convenção europeia para a protecção dos direitos do homem e das liberdades fundamentais, tem um carácter universal, querendo isto dizer que aplica-se a qualquer indivíduo que esteja em território de um Estado signatário, não estando relacionado com a nacionalidade e com a situação legislativa no que se refere à residência. Com base no artigo 14 da Convenção, o Tribunal Europeu dos Direitos

do homem extraiu um princípio de igualdade e de tratamento entre nacionais e estrangeiros referindo, a proibição de discriminação – o usufruto das liberdades e direitos que são reconhecidos pela Convenção, deve ser confirmada sem qualquer diferenciação na raça, género, religião, língua, opinião política ou outra, origem social ou nacional, riqueza ou qualquer outra situação. A Carta Social Europeia disponibiliza protecção em várias áreas, designadamente a protecção social. Considerando que a protecção social é considerada na nossa legislação é possível recorrer ao princípio de não discriminação a nosso favor. Todas as pessoas que não tenham recursos financeiros suficientes têm direito a assistência médica e social. O Comité dos Direitos Sociais do Conselho da Europa considera que a protecção da Carta Social Europeia deve beneficiar as pessoas que se encontram em situação irregular. Tendo em conta que o acesso aos cuidados de saúde é um factor fundamental à dignidade humana, todos os Estados relacionados com a Carta devem assegurar o direito a assistência médica a todos estrangeiros em situação irregular (Chauvin & Parizot, 2007). Desde 1948, cerca de 60 tratados de direitos humanos e declarações foram negociados nas Nações Unidas. Exemplos adicionais são: a Convenção internacional para a eliminação de todas as formas de discriminação racial (1965), a Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (1979), a Convenção para os direitos da criança (1989) e, a Convenção internacional para a protecção de direitos de todos os trabalhadores migrantes e membros das suas famílias (1990). Apesar da tendência dos governos para tratar o acesso a tratamentos médicos como um privilégio em vez de um direito, não é menos direito do que outros direitos, tais como direito à vida, à dignidade humana e à liberdade que são inequivocamente inscritas nas constituições nacionais. O reconhecimento de um direito universal a cuidados de saúde em instrumentos internacionais de direitos humanos não é uma questão; o

que está em equilíbrio são os parâmetros e o reforço de tal direito. Deve ser reconhecido por quem faz políticas, que equidade no acesso a informação e à prestação de serviços de saúde frequentemente requer um número de estratégias diferentes e adicionais para assegurar que todas as partes da população, especialmente, as difíceis de alcançar como imigrantes ilegais, têm acesso real. A CMMI (2005) verificou que existe uma diferença significativa entre compromissos legais que os Estados assumiram de livre vontade ratificando os sete tratados básicos sobre direitos humanos das Nações Unidas e a sua implementação na prática. Este problema pode estar associado com capacidade, mas também e frequentemente com vontade política. A comissão sublinha a importância fundamental de cooperação e coordenação entre Estados como base na elaboração e implementação de políticas de migrações, para tal é necessária a partilha de objectivos e uma visão comum.

Como membro da comunidade europeia, Portugal tem a responsabilidade de basear-se nas directivas comunitárias as suas políticas. Na sequência dos compromissos políticos assumidos em Alma-Ata (1978) é necessário adoptar novas estratégias para o desenvolvimento da saúde, conforme consta na lei de bases da saúde (Sousa, 2006).

No âmbito da saúde, a protecção social da população imigrante em Portugal está dentro dos melhores padrões internacionais. Se pretendemos que a nossa sociedade seja inclusiva, democrática e livre é essencial integrar de um modo adequado e justo os migrantes na legislação da protecção social. A lei de bases da saúde (lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, ver anexo A) portuguesa define o serviço nacional de saúde (universal quanto à população abrangida – lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, base XXIV) e estatui que todos os cidadãos portugueses são beneficiários do SNS, bem como os cidadãos nacionais de EM da UE (nos termos das normas europeias que se aplicam) e os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal em

condições de reciprocidade (situação legalmente prevista em termos de alguns acordos/convenções bilaterais) e os cidadãos apátridas residentes em Portugal (lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, base XXV). Em 2001 foi facultado em Portugal o acesso em igualdade de tratamento aos beneficiários do SNS a cuidados de saúde e assistência medicamentosa prestados pelos serviços e instituições do SNS a cidadãos estrangeiros a residir legalmente (autorização de residência/permanência ou visto de trabalho) (Silva, 2005). Segundo a Constituição da República Portuguesa, todos os cidadãos o que inclui estrangeiros têm o direito à prestação de cuidados globais de saúde (direito regulado no Despacho do Ministério da Saúde n.º 25 360/2001, ver anexo A). Para ter o cartão do SNS é necessário que os migrantes apresentem nos serviços de saúde da sua área de residência o documento que comprova a autorização de residência ou visto de trabalho em território nacional. Quem não tem estes documentos pode ter acesso aos serviços do SNS apresentando nos serviços de saúde da sua área de residência o Atestado de Residência emitido pelas Juntas de Freguesia, (conforme o Artigo 34º do DL n.º 135/99 de 22 de Abril, ver anexo A), em como se encontram em Portugal há mais de 90 dias. Para obter este documento são necessárias duas testemunhas residentes na mesma área que confirmem a informação. Algumas Juntas de Freguesia recusaram passar esse documento, e foram advertidas pelo Alto Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) – corpo governamental sobre a tutela do Ministério da Presidência da República, que anunciou publicamente que todas as Juntas de Freguesia que devem cooperar com a lei (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

Questões Legais e Direitos Humanos

A 10 de Dezembro de 1948 a Assembleia Geral das NU proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos que influenciou profundamente o curso

da história do mundo. Estes direitos regem-se pelo princípio da dignidade humana que deve ser respeitada e protegida (Sousa, 2006). O imigrante é um cidadão exactamente igual a qualquer outro, não deixa de ter dignidade e direitos. O respeito para com os outros é uma necessidade humana básica. A UE, como assumido pelos EM, deve respeitar os direitos fundamentais como garantido na Convenção Europeia para a Protecção de Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais. Adicionalmente, valores europeus são conhecidos, admirados e respeitados internacionalmente, nesse sentido a UE necessita defender saúde como um direito humano para todos (Padilla & Miguel, 2007). Contudo, na opinião das NU a saúde é ambos um direito humano fundamental em si mesmo e uma pré condição indispensável para o exercício de outros direitos humanos. A OMS foi a primeira organização internacional a formular saúde em termos de um direito humano. A constituição da OMS adoptada em 1946 reconhece que beneficiar do padrão mais elevado possível de saúde é um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano. Vários instrumentos de direitos humanos – tratados assim como resoluções e recomendações – foram adoptadas desde que foi proclamada saúde como um direito humano e uma descrição ampla de saúde como estabelecida na constituição da OMS. Isto não significa que todos têm o direito a ser saudáveis, mas sobretudo impõe um dever aos Estados para respeitar, proteger e realizar as aspirações protegidas na definição de saúde da OMS. A base mais importante para o quadro legal e normativo que afecta os migrantes está na declaração universal dos direitos humanos e nos sete tratados da ONU sobre direitos humanos que conferem força legal aos direitos da declaração: a Convenção Internacional de 1965 para a eliminação de todas as formas de discriminação racial, a convenção internacional de 1966 sobre Direitos Civis e Políticos, a Convenção Internacional de 1966 sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais, a Convenção de 1979 sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, a

Convenção de 1984 contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes, a Convenção de 1989 sobre os Direitos da Criança e, a Convenção Internacional de 1990 sobre a Protecção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias. Os instrumentos anteriormente referidos são universais e, aplicam-se a migrantes e a nacionais e constituem uma base fundamental dos direitos dos migrantes. A CMMI (2005) partilha o princípio de o facto de uma pessoa entrar num país em situação irregular, não a priva dos seus direitos fundamentais garantidos pelos tratados internacionais referidos anteriormente, nem afecta o dever dos Estados de protecção dos migrantes indocumentados. A última convenção referida protege os direitos fundamentais de todos trabalhadores migrantes em situação regular e irregular. Incluem-se direitos fundamentais civis e políticos, direito à vida, à segurança, à liberdade de opinião e de religião; direitos culturais, económicos e sociais, o que inclui o acesso a cuidados médicos de emergência. Esta convenção é o instrumento mais compreensivo que protege os direitos dos trabalhadores migrantes e as suas famílias (Buceta, 2006). Os Estados têm a responsabilidade de implementar na íntegra todas as disposições dos instrumentos sobre direitos humanos que já ratificaram, garantindo esses direitos sem discriminação tanto para nacionais como para migrantes (CMMI, 2005). Devemos procurar promover o acesso dos migrantes aos cuidados de saúde, para que não continuemos a violar sistematicamente os direitos humanos. O direito a ter o nível de saúde mais elevado acessível, deve ser usufruído por todos os seres humanos sem qualquer discriminação. Este facto é particularmente relevante para comunidades e pessoas vulneráveis. Os migrantes indocumentados estão entre as pessoas mais vulneráveis e é, sobretudo para estas pessoas que a lei internacional de direitos humanos foi concebida para proteger (Rodrigues, 2007). A legislação internacional de direitos humanos proíbe os Estados de discriminar pessoas na apreciação e

exercício dos seus direitos humanos, com base na raça, cor, género, linguagem, religião, opinião política ou outra, origem nacional ou social, propriedade, nascimento ou outro estatuto. A comissão em direitos humanos confirmou que «outro estatuto» inclui estatuto de saúde, incluindo o VIH/SIDA. Nesse sentido, Estados têm a obrigação legal de tratar indivíduos numa base igual indiferente do estatuto e não devem desistir negar acesso igual à entrada e estadia baseada no estatuto de VIH/SIDA. O facto de ser ou não obrigatório realizar o teste de VIH constitui uma questão ética e jurídica – não respeita a dignidade e liberdade humana, os direitos e deveres de todos (CNECV, 1996).

Internacionalmente muitos reconheceram que os direitos humanos são aplicáveis a cidadãos e não cidadãos independentemente de estarem dentro do território de um Estado. Direitos a liberdade, a liberdade de tortura e a tratamento humano, a educação e a saúde e, a tratamento igual no emprego, por exemplo, são direitos humanos que, sob a lei internacional, todos os Estados são obrigados a fazer pelo menos os esforços mínimos para respeitar, proteger e realizar – independentemente do estatuto legal de um indivíduo. Na prática, os países limitam alguns direitos humanos dos cidadãos, e fazem distinções entre migrantes documentados e indocumentados (UNFPA, 2004). Mas progresso é ainda inconsistente quando se fala em proteger os direitos dos migrantes, e especialmente aqueles que são indocumentados. Mesmo onde a lei existe, os migrantes indocumentados enfrentam dificuldades e/ou obstáculos, riscos e medos de serem denunciados e deportados, assim como limitações em direitos estabelecidos. O direito à saúde é um caso específico; os governos lutam contra o aumento da imigração, têm prioridades orçamentais, aumentam as preocupações com segurança e opinião pública (UNFPA, 2004). Direitos humanos são legalmente protecções garantidas para indivíduos e grupos contra acções que interferem com liberdades fundamentais e dignidade humana. Estes direitos incluem uma completa

variedade de direitos civis, culturais, económicos, políticos e sociais e são válidos universalmente. A estrutura internacional de direitos humanos fornece um constructo ideológico amplamente aceite em noções legais para respostas legislativas e práticas no domínio da saúde e dos seus determinantes. Respeito pelos direitos humanos básicos de todas as pessoas da sociedade oferece uma base essencial e equitativa para lidar com e resolver as tensões que surgem quando grupos com interesses diferentes interagem. Instrumentos de direitos humanos internacionais explicitamente reconhecem que direitos humanos, incluindo direitos especificamente relacionados com saúde, são aplicados a todas as pessoas – migrantes, refugiados e outros não – nacionais. A negação destes direitos transmite um elevado risco que não – nacionais vão ser excluídos socialmente e incapazes de beneficiar de serviços de saúde, com potenciais consequências severas para eles mesmos e para as suas comunidades de origem e de acolhimento. Uma abordagem de direitos humanos às questões complexas em torno da migração requer que implicações de direitos humanos de qualquer política de migração, programa ou legislação seja considerada. Mais proactivamente requer, que uma estrutura de direitos humanos seja usada para considerar opções legislativas, políticas e do programa. Por outras palavras, direitos humanos serão uma dimensão integral do desenho, implementação, monitorização e avaliação de políticas de migração e programas. Leis internacionais reconhecem o direito para deixar um país. Contudo, não há obrigação correspondente de outro Estado para permitir a entrada no seu país. Consequentemente, vistos para deixar um território foram eliminados na maioria dos países, mas vistos de entrada para nacionais de certos países são frequentemente introduzidos. Existem apenas dois acordos internacionais que expressamente reconhecem direitos de saúde de migrantes indocumentados: a Convenção em Trabalhadores Migrantes (1990) e Convenção de Organizações de Trabalhadores Rurais (1975) (OMS, 2006). Em 1996, a

ONUSIDA e o Alto-comissário das NU para direitos humanos preparou directrizes internacionais em VIH/SIDA e direitos humanos. Dentro das directrizes internacionais, é feita referência à Declaração de Viena e Programa de Acção, que foi adoptado na Conferência Mundial em Direitos Humanos em Junho de 1993. Esta declaração afirmou que todos os direitos humanos são universais, inter-relacionados e indivisíveis. Os Estados têm a obrigação de promover e de proteger as liberdades fundamentais e os direitos humanos, independentemente dos sistemas culturais, políticos e económicos. A legislação que permite o acesso dos migrantes a cuidados de saúde começou a emergir com o início do fluxo migratório para Portugal no final dos anos 90. Quem faz políticas não visualizou qualquer necessidade para programas nacionais de cuidados multiculturais como aqueles existentes num local diferente na UE. Apenas desde 2001 a legislação portuguesa garante que os migrantes que se encontram em Portugal e que necessitam de cuidados de saúde, têm direito à prestação dos serviços no SNS – num centro de saúde ou hospital (para casos de emergência). Os serviços não podem recusar o acesso por qualquer motivo relacionado com a falta de recursos financeiros, condição legal, nacionalidade ou outro (ACIME, 2002). A recusa em prestar cuidados de saúde a alguém em estabelecimentos públicos ou privados é punido por lei sob legislação anti-discriminatória (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

O que tem sido feito até Agora na União Europeia

A UE fundou uma iniciativa de Hospitais Amigos dos Migrantes (como referido anteriormente), foi implementado em 12 EM para estimar como melhor fortalecer o papel dos hospitais de modo a promover cuidados de saúde culturalmente sensíveis para migrantes e minorias étnicas (UNFPA, 2004). Vários países realizaram programas de regularização / legalização de trabalhadores migrantes.

Temos como exemplo, Portugal em 1992, 1996 e 2001 e, Espanha em 1985, 1991, 2000 e 2005. Em Dezembro de 2003 foi criada a Comissão Mundial sobre as Migrações Internacionais que visa facilitar a contextualização para a elaboração de uma resposta coerente, completa e global à questão da migração internacional (CMMI, 2005). Em 2001 a Declaração de Compromisso em VIH/SIDA, 189 governos comprometeram-se a si mesmos a desenvolver e a ser implementado até 2005 estratégias que iriam capacitar migrantes e trabalhadores móveis a aceder a programas de prevenção de VIH/SIDA – incluindo a prestação de informação e serviços sociais. O compromisso identifica o aumento de representação e participação de diversas populações móveis quando se preparam planos nacionais (UNFPA, 2004). A UE reconheceu ambos, os desafios demográficos e económicos e expressou que espera encontrar algumas soluções positivas através da migração. No centro de políticas de migração, a UE concordou em três objectivos principais para lidar com imigração: consolidar libertação, segurança e justiça. Contudo, estabelecer políticas comuns entre os EM não tem sido uma tarefa fácil de alcançar. No geral, é possível falar sobre o que tem sido feito ao nível da UE e ao nível dos EM. A nível da UE, o primeiro e principal, passo fundamental foi dado em 1980 com as assinaturas do Acordo de Schengen, mais tarde transformado na Convenção de Schengen, que criou o espaço com o mesmo nome. A Convenção foi assinada pela maioria dos EM (com a excepção do Reino Unido e da Irlanda) e outros países europeus que não são EM (Islândia, Noruega e Suíça); autoriza a abolição de controlo sistemático de fronteiras entre os países participantes, incluindo necessidades em política comum na entrada temporária de pessoas (com o visto Schengen), a harmonização de controlo externo de fronteiras e política de cooperação através de fronteiras. Alguns destes países assinaram mas, estão posicionados para implementação nos anos futuros. Mais tarde em 1999, o Encontro da UE de Tampere, alcançou um acordo na necessidade para uma

política comum de imigração. Em 2003, a comissão apresentou uma comunicação para seguir Tampere e a Estratégia de Lisboa (2000) para apoiar a introdução de políticas efectivas em relação à integração de imigrantes. Estas iniciativas foram confirmadas em 2004 através da adopção do Programa Hague, pelo período de 2005-2010. A implementação deste programa certificou 10 áreas prioritárias que são acções concretas construídas em torno da prosperidade, solidariedade e segurança. Este programa veio para reforçar a necessidade de uma política comum de imigração. As questões principais relativas a saúde e migração nas 10 áreas prioritárias são consideradas especialmente no campo de direitos, cidadania e integração. Na celebração do 50º aniversário do Tratado de Roma, os EM assinaram a Declaração de Berlim na qual países expressaram consenso na luta contra migração ilegal, enquanto apoiando liberdade e desenvolvimento e revertendo pobreza, fome e doença. Ao nível dos EM, a principal tendência, desde 1970 foi a adopção de políticas de imigração restritivas. Apesar disto, grandes números de imigrantes legais e irregulares chegaram à UE. Nesse sentido, os EM concordaram um objectivo comum: lutar contra migração ilegal enquanto ao mesmo tempo reconhecer a necessidade de migrantes em certos sectores e regiões. Contudo, essas políticas não foram efectivas para controlar ou gerir fluxos migratórios. Uma consequência principal dessa ineficiência tem sido a presença de migração irregular que pode ser seguida através da implementação de muitos programas de regularizações e legalização em muitos EM desde dos anos 1980. Um objectivo principal de políticas de legalização tem sido facilitar a inclusão e integração de imigrantes. Finalmente, algumas políticas descobriram bases produtivas e comuns ao nível dos EM para ser aplicadas localmente, especialmente no campo de políticas de asilo, reunificação familiar e políticas para estudantes (Padilla & Miguel, 2007). A Protecção Social da UE e o Processo de Inclusão Social constitui a estrutura política para um projecto de 2 anos que o PICUM está

actualmente a implementar no acesso a cuidados de saúde para migrantes indocumentados (PICUM, 2006). Mesmo se algum progresso ocorreu entre os EM, principalmente o reconhecimento da necessidade para estabelecer uma política de migração comum, ainda existe espaço para desenvolvimento e progresso. Muitas questões ainda requerem consideração adicional. Existe uma não correspondência entre realidade e o que os Estados fazem ou querem. Por um lado, as legislações nacionais tornaram-se mais restritivas para imigrantes e requerentes de asilo, complicando o processo de legal de migração. Por outro lado, como os mercados de trabalho precisam de mais trabalhadores, a migração irregular aumentou. Nesse sentido, há uma clara desconexão entre estruturas legais nacionais e necessidades nacionais para força laboral. Ao longo desta linha, o Programa de Acção Comunitária – Saúde Pública (2008 – 2013) que visa na protecção de saúde humana e o melhoramento de saúde pública deve ser considerado como uma oportunidade imediata para acção.

Em 2004 foi estabelecido o Projecto IMISCOE, como uma rede de excelência no domínio de migração internacional, integração e coesão social. A investigação pretendia estudar a saúde dos migrantes e minorias na Europa. Visava apresentar uma revisão acessível do conhecimento existente sobre o estado de saúde dos migrantes, os factores que a influenciavam, a qualidade e acessibilidades a serviços de saúde para estes grupos e esforços sendo feitos para lidar com problemas nesta área. Realçando diferentes padrões de doença em diferentes países e entre diferentes grupos, o estudo visou explorar ligações entre factores políticos e económicos e políticas de saúde adoptadas (Ingleby, 2008).

MIGRAÇÃO E SAÚDE

A migração tem implicações no país de origem e de acolhimento e na própria pessoa em termos de saúde (Dias, 2007). Dentro dos estudos no âmbito da migração, a atenção à saúde tem sido negligenciada. Os investigadores talvez não tenham compreendido a possibilidade e importância dos cuidados de saúde, que aumentaram nos últimos 50 anos – como amplo conceito ocidental de «saúde» (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

As noções de saúde e doença (Sousa, 2006) são alteradas e influenciados pelos contextos científicos, históricos, políticos, económicos, sociais, filosóficos e culturais em que se inserem. Na constituição de 1948, a OMS considera que "*saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não a meramente ausência de doença*". Bem-estar mental é um conceito holístico, dependente de muitos factores. Em 1986, a definição da OMS é reformulada: "... *Saúde é a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de lidar com o meio que o envolve...*". Nesta reformulação a OMS introduz a noção de sociedade e de grupo, de ambiente, de interacção, traduzindo uma visão sistémica e holística da saúde. A saúde é um requisito funcional para a adaptação equilibrada das pessoas na sociedade. É fundamental que qualquer definição de saúde/doença inclua a capacidade das comunidades, grupos e pessoas de lidar com a situação, de responder à adversidade.

A saúde e condições sociais são indissociáveis dos direitos e deveres dos cidadãos; é um factor de extrema importância para a economia, considerando que a pessoa contribui para a produtividade e conseqüentemente a doença prejudica-a, reduzindo a capacidade de produção. Igualmente, um indivíduo saudável contribui

significativamente para a produção de bens necessários à comunidade / sociedade actual. Frequentemente os únicos trabalhos disponíveis para migrantes são aqueles menos desejados pelos residentes locais, incluindo trabalho agrícola, trabalho de sexo e emprego doméstico. O contexto não familiar e frequentemente perigoso e condições de trabalho adversas, assim como acesso limitado a adequado e acessíveis cuidados de saúde, aumentam a vulnerabilidade ao VIH (HDN & IOM, 2005). Factores que promovem vulnerabilidade incluem falta de acesso a habitação, trabalhos, serviços de saúde e sociais; marginalização ou falta de integração na nova cultura que reduz oportunidades; xenofobia, estigma e discriminação; pobreza que pode conduzir a comportamentos de risco; falta de poder e protecção legal. Regra geral, quanto menos escolhas estão disponíveis antes da imigração maior a subsequente vulnerabilidade (Haour-knipe, 2007). Os modos diversos nos quais cidadãos são recebidos na Europa e como as oportunidades são apresentadas pelos locais europeus a indivíduos e grupos de migrantes podem afectar o estabelecimento e a integração em novas sociedades com consequências para a saúde (OMS, 2006).

Saúde dos Migrantes

O desenvolvimento económico, a rápida urbanização e as transformações políticas trouxeram com elas mudanças na epidemiologia e ecologia da saúde e da doença. SIDA é, o exemplo corrente mais dramático de consequência para a saúde de certos comportamentos. Por causa da migração em todo o mundo, todos países europeus são confrontados com as consequências do «lidar» de modo diferente com a saúde. Tradicionalmente, existem três modos principais de explicar diferenças em saúde entre grupos étnicos: diferenças genéticas, diferenças culturais e, condição socio-económica. Stronks et al (1999) propõem adicionar dois

outros factores, a história de migração de curto termo e, a identidade étnica. Adicionalmente estes autores propõem cinco factores considerados como mecanismos explicativos que actuam através de cinco determinantes: estilo de vida, ambiente físico e social, stress psicossocial e, utilização de serviços de saúde (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Sistemas de cuidados de saúde europeus e profissionais de saúde lidam com diferentes étnicas, com pessoas diferentes comportamentos que procuram cuidados de saúde e resultados em saúde, em esforços de reabilitação, etc. Contudo, uma maior condição e desafio deste campo é a complexidade. Causas, mecanismos e determinantes específicos para explicar diferenças étnicas em cuidados de saúde são complexos e ainda pobremente revelados. Os modelos que dominam os cuidados de saúde também influenciam a quantidade de atenção prestada a tópicos tais como desigualdades sociais e diferenças culturais. Os cuidados de saúde não podem responder ao desafio de diversidade se são dominados por modelos que não consideram factores sociais e culturais. Cuidados médicos que são baseados numa vertente puramente tecnológica – abordagem orientada para sintomas, presta pouca atenção à diversidade cultural e ao contexto social (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Os últimos 20 anos assistiram a um aumento na atenção específica a migrantes, ambos em investigação e em prática de cuidados de saúde. A quantidade de atenção está relacionada com o tamanho de minorias étnicas num dada sociedade e a importância associada aos seus direitos. Na maioria dos países da Europa do Norte, onde a percentagem é cerca de 8-10%, existe um interesse moderado. Em muitos países da Europa do Sul, onde a imigração é comparativamente um interesse recente, atenção é muito ligeira (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Atenção para saúde dos migrantes está também relacionada a percepção de risco para a saúde que os imigrantes representam, exemplo, em relação à epidemia de VIH (Haour-Knipe, 1999). O processo de migração influencia a saúde somática e mental

de migrantes de vários modos (OMS, 2006). É importante salientar que a saúde dos migrantes pode por vezes ser melhor do que a saúde da população de acolhimento, por exemplo, através de processos de selecção – o «efeito saudável», ou se crenças religiosas proíbem consumo de álcool (Ingleby, de Freitas, et al 2005). O efeito saudável pode desaparecer ao longo do tempo porque migrantes estão expostos a factores de risco no país de acolhimento. Por outro lado, alguns migrantes, especialmente refugiados podem migrar por causa da necessidade de protecção ou tratamento. Este é o caso de muitos refugiados de campos de refugiados que frequentemente sofrem de doenças crónicas ou invalidez (OMS, 2006). Migrantes podem ser expostos a riscos de saúde antes, durante e após migração dos seus países de origem para o país de acolhimento. Antes e durante a viagem migrantes podem experienciar guerras, torturas, prisão, perda de parentes, estadias longas em campos de refugiados, etc. alguns dos riscos sentidos após a chegada ao país de acolhimento incluem processos longos de procura de asilo, barreiras linguísticas, falta de conhecimento sobre serviços de saúde no novo contexto social, discriminação e marginalização. Os migrantes frequentemente vivem num contexto social com novas realidades sociais, políticas e linguísticas resultando em grandes dificuldades nas suas capacidades de lidar com as situações e adaptabilidade. Algumas das dificuldades que os migrantes enfrentam são desemprego, perda de estatuto social e mudança de papéis, exemplo, dentro da família. Embora migrantes possam experienciar ganhos depois de migrar, tais como meios de segurança e economia, eles frequentemente passam por múltiplas perdas. Tais perdas incluem, perda de linguagem fluente ou capacidades de comunicação em relação ao seu contexto social, perda de redes de trabalho sociais, perda de controlo e mudança de identidade. Os migrantes que passam por múltiplas perdas reagem focalizando no seu passado – que é virar para a sua atenção as vidas anteriores nos seus países de origem, em vez de focalizar o

futuro. Esta falta de orientação para o futuro torna difícil lidar com comportamento de risco e necessidades de saúde em geral. Também, as muitas perdas sentidas durante e depois do processo migratório pode conduzir a um sentimento de falta de controlo e um sentimento de falta de conexão entre risco corrente e comportamento de saúde; o resultado deste comportamento pode tornar os migrantes difíceis de alcançar na comunicação de risco (OMS, 2006).

Pelo menos inicialmente, migrantes estão frequentemente em melhor saúde que os seus pares em ambos países que enviam e receptores. Isto é porque boa saúde é uma vantagem: políticas de admissão frequentemente requerem que migrantes passem por rastreios médicos. Para migrantes indocumentados ingressar em jornadas difíceis e com riscos, a boa saúde é um benefício. Mas migrantes podem piorar devido à falta de cuidados de saúde – especialmente aqueles que são indocumentados, não podem pagar por cuidados médicos e/ou recelar deportação. Muitos migrantes são expostos a ambientes de trabalho perigosos, habitação pobre, exploração laboral e acesso inadequado a cuidados de saúde. Existem várias razões interligadas para que certos grupos de migrantes enfrentem aumento dos riscos para a saúde. Primeiro a OMS clarifica, a pobreza é o mais crítico determinante de saúde de todos: o mais pobre tende a ter uma saúde mais pobre. Comparado com residentes, os migrantes são de longe mais prováveis de serem economicamente desfavorecidos. Em alguns países receptores, a força de trabalho migrante representa um contributo substancial de toda a força laboral e, conseqüentemente, o estatuto de saúde de migrantes pode ter um impacto significativo na produtividade da economia nacional (UNFPA, 2004).

O estatuto de saúde de migrantes normalmente difere dos não migrantes e estas diferenças fornecem uma oportunidade para separar influências de factores genéticos e ambientais na saúde humana. Enquanto algumas doenças podem ser comuns a ambos “estrangeiros” e população da sociedade de acolhimento, os

sintomas clínicos e as estatísticas são completamente diferentes. Outras doenças podem ser comuns a migrantes de uma origem específica, relacionados com factores genéticos ou ambientais. Contudo, isto não nos deve levar a «racialização de diferença» simplesmente por causa de uma associação entre saúde e origem étnica. A diversidade é igualmente comum entre cidadãos do mesmo país (Fassin, 2001), onde diferenças similares podem ser observadas entre diferentes categorias de pessoas: homens e mulheres, residentes urbanos e rurais. As condições de vida no país de acolhimento também assumem um papel crucial; pobres condições de vida, má qualidade de habitação, trabalhos pesados em ambientes inseguros e dias de trabalho longos podem por vezes ser fonte de problemas de saúde particulares que são aplicadas a migrantes em geral ou grupos específicos. Esta noção implica que migrantes são em média mais saudáveis do que a população de acolhimento porque aqueles que são menos saudáveis têm uma menor propensão para migrar. Por contraste, aqueles que migram tendem a ser entre os mais jovens e mais saudáveis nos seus países. Contudo, comparação entre imigrantes e a população da sociedade de acolhimento em outros casos traz-nos uma evidente controvérsia (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Os padrões de mortalidade e morbilidade de imigrantes podem ser influenciados por ambos o seu país de origem e o de destino, e pelo próprio processo de migração. As taxas de mortalidade/morbilidade de migrantes para uma causa particular de morte/doença podem permanecer relativamente iguais mesmo para aqueles dos seus países nativos, o que pode estar relacionado com factores genéticos ou com certos hábitos e estilos de vida (exemplo: dieta, consumo de tabaco, álcool, tamanho da família) do país de origem. Adicionalmente o efeito de duração de residência e a influência de migração selectiva deve ser considerada (McKay, Macinture & Ellaway, 2003). Mesmo migrantes saudáveis podem ter diferentes contextos de saúde e diferentes estados de saúde, estas diferenças são aumentadas pelo facto que eles têm diferentes

direitos de acordo com a sua autorização de permanência que pode ter consequências para a saúde (diferenças em possibilidades de ficar, acesso a trabalho e acesso a cuidados de saúde) (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Existe uma considerável falta de investigação e dados epidemiológicos em relação ao estado de saúde dos migrantes e a análise deste assunto permanece incompleta. Contudo, parece que os primeiros esforços em estudar este assunto estão agora a começar ser estabelecidos em actividades. Um relatório de Fonseca et al (2005) mostra que, de acordo com os profissionais de saúde, imigrantes tendem a experienciar geralmente problemas de saúde e necessidades de cuidados, similares a aqueles da população de acolhimento na altura da chegada. Contudo, alguns problemas de saúde e comportamentos de risco parecem afectar imigrantes num nível mais elevado. Entre estes estão, pobre nutrição, gravidez de risco, depressão, abuso de álcool, violência doméstica, comportamento sexual de risco, acidentes relacionados com o trabalho, violência comunitária, etc. Problemas nutricionais estão particularmente presentes entre imigrantes que vivem em áreas urbanas pobres, e eles afectam sobretudo as crianças; a fome é comum nestas áreas. Organizações de solidariedade e os programas de alimentação escolares são utilizados para fornecer respostas imediatas e de curto termo ao que é tipicamente um problema crónico. Imigrantes de origem africana são um dos grupos mais afectados. Depressão e outros problemas psicológicos parecem afectar um substancial número de imigrantes durante dos seus primeiros anos de residência em Portugal, independentemente do seu género ou origem. A depressão com o abuso de álcool foi identificado entre europeus orientais por todo o país e frequentemente conduz a desemprego, a ficarem sem abrigo e ao medo de retornar ao país de origem (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Uma edição recente do *The Lancet* (2006) relatou que o problema de saúde mais sério para migrantes é vulnerabilidade crescente a doenças infecciosas. Nestes casos, é obvio que saúde

é uma preocupação maior, ambos para migrantes e para os países de acolhimento. Entre as doenças infecciosas mais perigosas, as mais significativas são tuberculose, VIH/SIDA, hepatite e DST's. Quando ocorre migração de homens solteiros, as probabilidades de recorrerem a prostituição são mais elevadas do que com a migração familiar. Adicionalmente, normas culturais encorajam a rejeição do uso de preservativo, nesse sentido aumentando a prevalência de DST's. Investigação também mostrou que imigrantes são populações em risco em termos de doenças não comunicáveis porque eles vivem num ambiente diferente, adoptam novos estilos de vida (exemplo, hábitos alimentares) e não estão familiarizados com o sistema de saúde. A consideração da saúde mental dos migrantes é crucial, porque eles são expostos excessivamente a stress e sofrimento psicológico. A migração é por si só um factor de risco, nesse sentido, não é surpreendente que migrantes tenham taxas elevadas de alcoolismo, adição de drogas e suicídio. A saúde de migrantes está também em risco porque eles estão mais expostos a riscos ambientais e ocupacionais do que a população nacional. Esta sobre exposição a riscos surge do facto que migrantes tendem a ocupar os trabalhos mais perigosos e mais inferiores no mercado de trabalho, por isso estão sobre-representados em acidentes de trabalho, especialmente aqueles que provocam invalidez.

Migrantes também enfrentam a integração na sociedade de acolhimento. Os problemas que enfrentam por causa deste processo, pode não ser sentido por eles próprios, podem ser sofridos por pessoas das quais o migrante é dependente ou por pessoas que dependem deles. A doença agrava a marginalização e a marginalização agrava a doença, criando uma espiral descendente. Ao mesmo tempo, a integração é um pré-requisito para a prestação de cuidados de saúde efectivos, que é frequentemente impedido por um acesso inadequado. O acesso a

cuidados de saúde efectivos deve ser visualizado como não menos importante do que a habitação e a educação para o bem-estar e nesse sentido, a integração de migrantes é fundamental. Alguns autores, certamente, argumentaram que políticas públicas em saúde e migração seguiram as mesmas fases de desenvolvimento como políticas de integração (CMMI, 2005). O curso para integração envolve questões de acesso, que em funcionamento, podem implicar a extensão de direitos de cidadania e regimes de bem-estar para incluir migrantes (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Seguindo esta linha de argumento, a integração dos migrantes na área de saúde pode ser medida utilizando os mesmos tipos de conceitos usados para medir integração estrutural e cultural (classicamente definida como igualdade de acesso, alocação de recursos e participação). Neste caminho, o estado de saúde dos migrantes e políticas de cuidados de saúde para os migrantes podem ser usadas como um indicador de integração e de políticas de integração. Contudo, a relação entre saúde e integração não é tão simples como a sua noção implica. A aculturação não conduz necessariamente a melhor saúde, por exemplo, algumas formas de comportamento ameaçador à saúde, tais como, sobrealimentação, abuso de álcool e tabaco estão associados com um estilo de vida ocidental. A integração assume um papel importante na prestação de cuidados de saúde porque boa comunicação e compreensão mútua é essencial para ajuda efectiva. Contudo, a integração (como oposto a assimilação) é um processo de dois caminhos, o desenvolvimento desta boa relação não é apenas a tarefa do migrante. O sistema de cuidados de saúde também tem de adaptar os seus serviços aos utentes, de acordo com as suas necessidades e expectativas. O paradoxo aqui é que para prestar o mesmo cuidado para todos é actualmente prestar cuidados inferiores a grupos que diferem da maioria (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

Problemas de Saúde

Existe uma lacuna em estudos epidemiológicos baseados na etnia ou raça. Alguns têm categorias que referem se as pessoas nasceram em território nacional ou não. Como resultado, as estatísticas são frequentemente limitadas a pequenos estudos regionais ou estimativas extrapoladas de hipóteses experimentais (Del Amo, 2004).

Dados mostram que a promoção do tabaco per capita e consumo de cigarros aumentou dramaticamente de 1979 a 1983 no Kenya (20%), Argélia (25%), Egito (45%), Indonésia (32%) e China (>45%) (Nath, 1986). Pensa-se que o álcool contribui para pelo menos 10% de mortes em nações industrializadas. Tem existido um aumento especialmente dramático em todo o mundo do uso de drogas ilegais durante as últimas duas décadas. Problemas sociais substanciais envolvendo o uso de drogas ilícitas vão sendo encontrados em países produtores de cocaína, especialmente junto de crianças que estão sozinhas em áreas urbanas. Os estudos citados anteriormente sublinham as interações complexas entre «modernização» e desordens associadas com o uso de substâncias. O consumo de tabaco e de álcool podem representar a influência ocidental em padrões comportamentais (de notar, por exemplo, o aumento de mulheres fumadoras em muitas sociedades em desenvolvimento), aumento de autonomia pessoal e liberdade de escolha, ou uma «quebra» de stress (Sugar, Kleinman, et al 1993). Deslocamentos da população, aumentam a nível pessoal rendimentos, procura por estilos de vida modernos e, mercados para estabelecer negócios com fabricantes de álcool, cigarros e drogas ilegais. Tais substâncias podem também funcionar como «paliativos» para a injustiça, acompanhado frequentemente as mudanças sociais em modos de vida e tradições que constituem a «modernização». Em todo o mundo, o alcoolismo tem sido associado à pobreza, onde beber fornece um efeito que disfarça a realidade cruel de situações «sem esperança» e um grande desespero. Alcoolismo e adicção

de drogas fornecem diferentes graus de fuga e são em determinados casos, mecanismos de lidar com as situações, tornando a mudança social destrutiva, tolerável. Estes comportamentos têm resultados negativos significativos (exemplo, violência familiar) e, podem assim ser considerados patologias comportamentais. A raiz destes comportamentos pode ser mais societal do que individual, nomeadamente, queixas psiquiátricas e psicológicas.

Estado da Saúde – VIH

Estima-se que existam 42 milhões de pessoas em todo o mundo infectadas com VIH (Kurbatova, et al., 2007). Este tipo de infecção está a aumentar mais rapidamente na Europa Oriental e países da Ásia Central do que qualquer outro lugar do mundo.

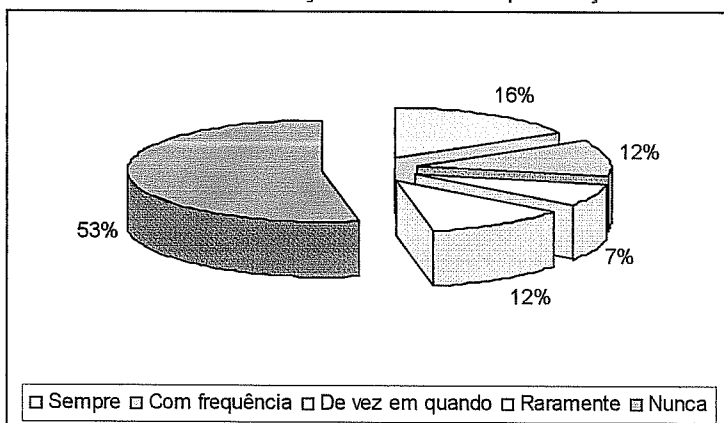
A epidemia de SIDA é excepcional, requerendo uma resposta única que permaneça flexível, criativa, enérgica e vigilante (Williams, 2005).

A SIDA é um dos maiores desafios de liderança do nosso tempo. Sem acção urgente e a longo termo, a epidemia vai continuar a fazer uma inaceitável corrente de morte e sofrimento em países e em comunidades por todo o mundo (Nações Unidas, 2006). Esta epidemia é uma ameaça singular ao progresso global e à estabilidade. Nos últimos 25 anos a epidemia cresceu de alguns casos isolados para mais de 65 milhões de infecções e o número de novas infecções continua a crescer a cada ano. Quase 25 milhões de mulheres, homens e crianças morreram, e apenas uma fracção de pessoas a viver com o vírus estão conscientes da sua infecção. Ainda poucos têm acesso a medicamentos de VIH que necessitam para permanecer vivos. A falta de protecção de direitos humanos, a pobreza e, a marginalização permitem ao VIH adquirir a rota nas populações mais vulneráveis das sociedades. A SIDA constitui um desafio único para sistemas de saúde e

sociais; exige que os sistemas possam sustentar serviços para prevenir e tratar VIH numa base diária. Em muitos países com baixos rendimentos, a saúde pública, a educação e outros sistemas de serviço social estão já deformados sob o peso da doença e morte de SIDA e trabalhadores com capacidades estão a deixar os países para melhores oportunidades noutros locais.

Nos últimos 20 anos em Portugal foram notificados mais de 22 mil casos de VIH/SIDA, no entanto estima-se que existam 30 a 50 mil casos. O único modo de evitar a infecção é não ter comportamentos de risco. Estar informado sobre modos de transmissão é a primeira de muitas etapas para que todas as pessoas tenham comportamentos protectores para a sua saúde. Foi realizado um estudo que visou verificar que informações têm os cidadãos de Portugal, Espanha, Bélgica e Itália, bem como os seus comportamentos protectores. No total foram realizados 10391 questionários, onde ser incluem 3045 realizados a cidadãos portugueses. 79% Dos respondentes não tem conhecimento que o consumo de álcool em excesso pode conduzir a perda de controlo sobre si mesmo, facilitando o esquecimento de precauções contra a SIDA. 68% Não tem conhecimento que o leite materno é um dos fluidos biológicos que pode transmitir o vírus. 33% É da opinião que o vírus pode ser transmitido através da picada de um insecto.

Figura 1 – Gráfico sobre utilização de meios de prevenção contra a SIDA



Mais de metade dos portugueses refere que nunca tem relações sexuais protegidas, apenas 16% afirma que tem sempre. 42% Dos homens nunca usa

preservativo. 45% Das pessoas já usaram preservativo pelo menos uma vez, o que quer dizer que mais de metade nunca o usaram. Da totalidade dos portugueses inquiridos, cerca de 44% já fizeram pelo menos uma vez o teste de VIH (DECO, 2004). A falta de informação e o desconhecimento sobre DST's e VIH/SIDA constituem obstáculos poderosos à resolução de problemas neste contexto. Salieta-se com preocupação que nós estamos a enfrentar uma catástrofe humana imprecedentede; ¼ de século na epidemia de SIDA provocou imenso sofrimento em países e comunidades à volta do mundo; e mais do que 65 milhões de pessoas foram infectadas com VIH, mais de 25 milhões de pessoas morreram de SIDA, 15 milhões de crianças ficaram órfãs por causa da SIDA e milhões são vulneráveis e, 42 milhões de pessoas estão a viver actualmente com SIDA, mais que 95% dos quais vivem nos países em desenvolvimento. Reconhecemos que o VIH/SIDA constitui uma emergência global e possui um dos desafios mais importantes ao desenvolvimento, progresso e estabilidade das nossas sociedades no mundo e exige uma resposta global holística e única (Nações Unidas, 2001).

VIH e Migração

Vários educadores de pares enfrentam problemas de migrantes afectados por VIH e SIDA, muito reais e frequentemente severos. Tais problemas incluem isolamento, desigualdades linguísticas e culturais, falta de acesso a cuidados de saúde, questões sobre em que ponto regressar ao seu país de origem e o dobro ou o triplo de estigmatização (como estrangeiro, como alguém com VIH e talvez como um homossexual ou toxicodpendente). Tais problemas acentuavam mais as necessidades dos não nacionais, porque eram raramente considerados pelos grupos de SIDA do país de acolhimento. Factores de vulnerabilidade em relação ao VIH para migrantes são: a pobreza, a falta de protecção legal, a exploração e a

irritação, a discriminação, a xenofobia, a falta de poder, a falta de acesso a prevenção, o cuidado e o apoio. O que constituem factores de risco são as famílias e parceiros, comunidades e normas, solidão, falta de poder e, desespero. Migrantes indocumentados com VIH/SIDA são um dos grupos mais vulneráveis na Europa de hoje. Como migrantes eles encaram discriminação e a sua situação legal incerta resulta em condições de vida precárias. Viver com uma doença tornaria extremamente difícil ganhar uma vida de modo a sobreviver e, se eles trabalham na economia informal como trabalhadores indocumentados eles encontram frequentemente abuso e exploração pelos seus empregadores. Adicionalmente, migrantes indocumentados com VIH/SIDA sofrem de estigmatização por terem VIH e podem mesmo ser rejeitados por membros das suas próprias comunidades étnicas (LeVoy, 2007). O movimento para um contexto cultural diferente em procura de trabalho pode também significar isolamento de regras sociais protectoras, que pode aumentar vulnerabilidade ao VIH. Embora migrantes e pessoas móveis, como fazem quaisquer indivíduos, têm uma responsabilidade para tomar conta da sua própria saúde, o comportamento é frequentemente diferente quando pessoas estão longe de casa, e longe das normas sociais que guiam e controlam o comportamento em comunidades estáveis (UNAIDS & IOM, 2001). Factores estruturais envolvendo os migrantes tais como pobres condições de vida e condições de trabalho, contexto sócio-cultural, exploração, e falta de protecção de direitos legais, foram reconhecidos como factores que agravam a vulnerabilidade dos migrantes ao VIH. É também salientado que os migrantes frequentemente têm acesso limitado a cuidados de saúde e serviços sociais, e que relacionado com dificuldades pragmáticas, as intervenções frequentemente não alcançam os migrantes.

Um número de documentos constatou uma associação entre mobilidade humana e um aumento do risco de infecção de VIH. Em França, por exemplo,

migrantes – sobretudo da Africa Sub-sahariana – constituem 1/3 de 1.700 novos casos de VIH em 2002. Como resultado, o governo francês, que previamente oferecia aos imigrantes direitos de residência caso o estado de saúde implicasse tratamentos médicos urgentes e, caso o migrante não pudesse obter esses tratamentos no seu país de origem, deixou de ser tão hospitaleiro. Foi descoberto que imigrantes, que estavam apenas a ter mais vontade para serem testados para DST's ficam crescentemente com suspeitas e apreensivos em serem testados, sem contar com um medo real de perseguição e deportação. Eles tentam esconder a sua doença e conseqüentemente não procuram os cuidados de saúde de que necessitam (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Como consequência um número elevado de migrantes morre com SIDA, enquanto que os franceses com VIH têm fácil acesso a tratamentos médicos (Godoy, 2003). Saliencia-se que existem problemas com muitos estudos epidemiológicos porque eles frequentemente conduzem a um foco em migrantes mais do que nos factores, aumentando vulnerabilidade em populações móveis (UNAIDS & IOM, 2001).

Certamente entre 1997 e 2001, 66% de todas as infecções transmitidas heterossexualmente na UE foram diagnosticadas em pessoas provenientes de países com elevada prevalência de VIH. Um estudo realizado em 2004 também demonstrou que na Europa Ocidental, 49% das pessoas infectadas heterossexualmente são originarias de países com uma epidemia generalizada e a migração parece ser um dos factores mais importantes associados com a transmissão heterossexual do HIV na Europa Ocidental. Dados de vigilância epidemiológica demonstraram que a maioria das infecções diagnosticadas em migrantes foram provavelmente adquiridas nos seus países de origem (Hamers & Downs, 2004). A maioria dos migrantes infectados não estão cientes da sua condição de portadores de VIH e a infecção é apenas diagnosticada que eles têm sintomas ou durante a gravidez (Del Amo, 2004). Portugal tem a taxa mais elevada

de VIH/SIDA na UE, com 10% dos infectados sendo imigrantes (84% de origem africana) (Faria e Ferreira, 2002). Embora o modo primário de transmissão seja a utilização de drogas injectáveis, os programas de prevenção existentes focalizam mais a transmissão sexual da doença. Carrinhas com médicos, enfermeiros, psicólogos e trabalhadores sociais movimentam-se em áreas mais relacionadas com prostituição, oferecendo apoio psicológico e teste de VIH e DST's anónimos. O SNS fornece teste de DST's e cuidados de saúde a todos os pacientes, independentemente do seu estatuto legal (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

O actual sistema de vigilância não permite determinar a ocorrência de casos em populações migrantes ou minorias étnicas. Na era da globalização, a mobilidade e a migração são uma parte natural crescente e necessária das vidas de milhões de pessoas. Apesar de estereótipos e suposições comuns, nem os migrantes nem a migração por si só aumenta os riscos de transmissão de VIH; são as condições difíceis e adversas que muitos enfrentam durante a experiência de migração que os torna mais vulneráveis à infecção. A separação da família e esposos, o isolamento e a solidão, podem encorajar pessoas a manter relações sexuais de elevado risco. A mobilidade por si só torna mais difícil para alcançar os migrantes com informação preventiva, preservativos, aconselhamento e serviços de testes ou cuidados. O estatuto legal e a ocupação de um indivíduo migrante, vai também influenciar o grau que vai ter de risco de exposição ao vírus. Migrantes indocumentados podem recear deportação se abordarem profissionais de saúde ou podem ser incapazes de pagar os cuidados no primeiro local. Migrantes frequentemente sabem pouco sobre VIH e têm experiência prévia insignificante com serviços de saúde nos seus países de origem. Migração sazonal ou regresso pode também aumentar o risco de transmissão a parceiros e esposos. Migrantes – especialmente aqueles com estatuto irregular – enfrentam condições que podem torná-los mais vulneráveis a doenças infecciosas e a uma saúde pobre. Contudo, o estatuto de saúde é

determinado por vários factores, e resultados são tão diversos como o contexto e a condição geral dos migrantes individualmente. Permanece ainda pouco claro em que ponto no ciclo de migração a infecção ocorre: antes da partida, durante a viagem, no país de acolhimento ou durante a visita de regresso. Adicionalmente, migrantes são frequentemente «excessivamente» representados em estimativas de prevalência de VIH porque os países de acolhimento e empregadores às vezes requerem que os migrantes sejam testados – algo que não é exigido aos residentes (UNFPA, 2004). Claramente existem (e deve existir) benefícios individuais para se conhecer o estatuto de VIH em termos de tratamento e cuidado. E existem benefícios de saúde pública para serem alcançados os imigrantes infectados com VIH tomarem-se conscientes do seu estatuto e como consequência não transmitirem o vírus. Então, dados estes benefícios, deve o rastreio obrigatório de imigrantes ser parte de uma política de saúde pública? Várias questões importantes éticas e práticas considerando o rastreio de imigrantes para o VIH necessitam de ser analisadas e, muitas delas não têm resposta. De uma perspectiva prática, tal política iria focalizar todos os migrantes, os migrantes de países com elevada prevalência, quem procura asilo, ou alguns como ainda população não especificada? A maioria das pessoas que procura asilo não são portadoras de VIH, e a maioria dos migrantes que são portadores do vírus não procuram asilo. Se o rastreio é aplicado a populações de países que têm taxas de prevalência abaixo de um certo limiar então os migrantes de áreas que têm baixa prevalência podem não ser detectados. Neste sentido, as populações podem ser capazes de se movimentarem livremente? O livre movimento de pessoas dentro da UE pode não ser sujeito a rastreio. Dado que indivíduos vão provavelmente viajar de volta para o seu país de origem de tempos em tempos, eles devem ser testados depois de cada visita? Se a determinação de um estatuto positivo exclui um indivíduo de entrar (como tem sido proposto) então essa política de rastreio pode ter o efeito perverso

de criar incentivos para evitar rotas legais de entrada e perseguir rotas ilegais ou falsificação de documentação de apoio? Como seria dada uma resposta a estes factores? As pessoas mudam o seu comportamento quando sabem que estão infectadas, e é esta mudança de comportamento provável de acontecer e ser sustentada se os testes são realizados coercivamente? Os ganhos que a saúde pública beneficia através da consciência do estatuto de cada um podem ser perdidos através do modo como o conhecimento é adquirido. Obviamente questões éticas incluem a possibilidade de discriminação, noções de confidencialidade (frequentemente perdida quando obrigação está envolvida), o papel dos médicos como ambos defensores dos paciente e protectores de saúde pública e estigma.

Conhecimentos e Comportamentos no Âmbito do VIH/SIDA

Foi realizado um estudo na Suíça no âmbito do Projecto Migrantes, sobre conhecimentos e atitudes em relação à SIDA em comunidades espanholas (n = 441), portuguesas (n = 385) e turcas (n = 154). 64% dos portugueses referem que o vírus da SIDA pode ser transmitido através da picada de um mosquito (58% turcos e 13% espanhóis); 70% dos portugueses afirmam que se partilharem o copo com alguém que tenha SIDA pode ser contagiado (80% dos espanhóis e 64% dos turcos). 31% dos suíços nunca usaram preservativo, 12% espanhóis e 12% portugueses e 2% turcos. 9 Dos 10 espanhóis, portugueses e turcos que responderam ao questionário sabiam da transmissão através de relações sexuais e da reutilização de seringas. O conhecimento sobre como o VIH é transmitido era ainda incompleto, mas pelo menos 6 em cada 10 sabiam que a SIDA não pode ser transmitida através do uso de casas de banho públicas e através de picadas de mosquito. Como modos de protecção quase todos citaram preservativos e a maioria também sabia que não devia reutilizar seringas. Dois itens de falso conhecimento

ainda revelaram atitudes problemáticas, especialmente junto de respondentes portugueses e turcos: muitos pensam que já era possível ser vacinado contra a SIDA. E cerca de metade dos portugueses e turcos que responderam ao questionário pensaram que um método de prevenção efectivo contra a SIDA é limitar as suas relações sexuais a parceiros que parecem limpos e saudáveis. Como comportamentos protectores, o preservativo é de longe desconhecido em qualquer uma das três comunidades: quase 2/3 dos respondentes turcos usaram uma vez ou outra, preservativo, 4/5 dos espanhóis e 3/4 dos portugueses. Em situações protectoras para potencial risco de VIH, o uso de preservativo relatado pelas populações alvo do Projecto era pelo menos adequado como relatado pela população Suíça. 6 Em cada 10 turcos e portugueses e quase 8 em cada 10 espanhóis relataram usar preservativo pelo menos no início de uma nova relação estável. Como para relações sexuais causais, novamente metade dos espanhóis e dos portugueses e mais do que 8 de 10 turcos relataram usar preservativos. Por outro lado, cerca de 1 em cada 10 migrantes relataram nunca o fazer em tais ocasiões. Um questionário realizado na Dinamarca focalizou o conhecimento dos imigrantes, atitude e comportamento em relação ao VIH/SIDA (Nações Unidas, 2001). Setenta pessoas da Somália primariamente no grupo de idades de 20 a 39 responderam ao questionário. 38.6% Dos respondentes eram homens e 52.9% mulheres. Os dados recolhidos mostram que uma maioria parte tem um bom conhecimento sobre os verdadeiros modos de transmissão do VIH, mas são muito mais inseguros quando se fala em modos de transmissão falsos. Por exemplo, 18.7% estão em dúvida se pode ser infectado com VIH partilhando copos e pratos com uma pessoa VIH positivo. À questão se uma pessoa pode ser infectada usando a mesma casa de banho que uma pessoa com VIH positivo, 12.5% dos respondentes diz sim e 37.7% diz sim à questão relativa ao risco de infecção através da picada de um mosquito. Até mesmo nos respondentes que têm um bom

conhecimento sobre os verdadeiros modos de transmissão existe um desvio de conhecimento onde se refere a práticas sexuais seguras. 69.4% dos respondentes sabem que os preservativos previnem VIH. Mais alarmantes são as 51,9% respostas que a relação sexual interrompida pode prevenir VIH. O questionário mostra que existe um significativo falta de conhecimento correcto entre os respondentes da Somália. A maioria ouviu falar sobre VIH e sabe que é primariamente transmitido sexualmente, mas ao mesmo tempo eles não possuem conhecimento correcto em como se protegerem a eles mesmos (Nações Unidas, 2001).

O risco é definido como a probabilidade com que uma pessoa pode adquirir a infecção por VIH. Certos comportamentos criam, intensificam e perpetuam risco. Exemplos incluem relações sexuais desprotegidas com um parceiro cujo estatuto de VIH é desconhecido; relações desprotegidas com múltiplos parceiros; uso de drogas injectáveis com agulhas e seringas contaminadas. Os resultados de vulnerabilidade de uma extensão de factores que reduzem a capacidade de indivíduos e comunidades para evitar infecção de VIH, podem incluir: (1) factores pessoais, tais como falta de conhecimento e capacidades requeridas para proteger a si mesmo dos outros; (2) factores característicos da qualidade e cobertura de serviços, tais como inacessibilidade de serviços relacionado com distância, custo e outros factores; (3) factores sociais tais como normas sociais e culturais, práticas, crenças e leis que estigmatizam e *desempower* certas populações e agem como barreiras a mensagens de prevenção essenciais. Estes factores, sozinhos ou em combinação, podem criar ou agravar vulnerabilidade individual e, como resultado, vulnerabilidade colectiva ao VIH (Nações Unidas, 2001). Os factores de risco são um aspecto de estilo de vida ou comportamento individual, uma exposição ambiental, uma característica inata ou herdada, que em termos de evidencia epidemiológica reconhece-se que está relacionada com a saúde e que é necessário prevenir (Nações Unidas, 2001).

Determinantes do Estado de Saúde

Os pré-requisitos básicos para a saúde são: paz, habitação, alimentação, educação, recursos sustentáveis, ecossistema estável, renda, equidade e justiça social. O melhoramento das condições de saúde implica uma base sólida nestes factores. A saúde constitui o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal. Existem factores que podem favorecer ou prejudicar a saúde: económicos, políticos, ambientais, sociais, culturais, biológicos e comportamentais (OMS, 1986). A Carta de Ottawa (1986) relacionada com a Promoção da Saúde, identificou 8 determinantes chave, considerados “pré-requisitos” de saúde, paz, abrigo, educação, alimentação, rendimentos, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Foi compreendido que estes factores fundamentais não podem ser alcançados pelo sector da saúde sozinho, mas requer acção conjunta coordenada entre departamentos diferentes do governo, também com o apoio de ONG's e organizações de voluntários, o sector privado e a comunicação social.

Foram identificadas quatro categorias de determinantes de saúde: factores genéticos e biológicos; cuidados médicos; comportamentos individuais relacionados com a saúde e as «características sociais onde a vida acontece» (WHO, 2005). A habitação é um indicador de qualidade de vida de que as pessoas usufruem, e no caso de migrantes, especialmente migrantes indocumentados, a habitação é geralmente problemática. Não apenas os migrantes chegam com pouco dinheiro mas em muitos casos o seu estatuto oficial é temporário e não os permite «investir» em casas de boa qualidade, mesmo se eles tiveram dinheiro para o fazer (OMS, 2003).

Ser migrante por si só não é um factor de risco; são as actividades levadas a cabo durante o processo de migração que são factores de risco. Alguns factores gerais que afectam virtualmente todos os migrantes são: stress de aculturação,

perda de ambiente familiar e sistema de apoio social e discriminação (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). O facto das pessoas se movimentarem aumenta a vulnerabilidade e leva-as a adoptarem um comportamento com risco mais elevado, contudo não é evidente. Uma das características de muitos indivíduos móveis, particularmente aqueles que são voluntariamente móveis, é que eles são tomadores de risco – eles são jogadores onde um diferente ambiente vai ser benéfico para eles.

As circunstâncias modificadas podem conduzir a aumento do risco pessoal, talvez separado da família, de um parceiro sexual habitual e, com o stress e vulnerabilidade associadas ao processo migratório. Para alguns existe uma forte necessidade de dinheiro para comprar bens essenciais ou para subsistir enquanto esperam por um emprego. Para outros, permanecerem anónimos que são estrangeiros, especialmente em áreas de trânsito, pode aumentar actividades sexuais. Semelhantemente, solidão, frustração e pressão de pares associado a acesso facilitado a drogas pode tornar difícil para alguns para resistir a drogas injectáveis. E, é claro, pode haver revendedores de drogas a explorar esta vulnerabilidade. Isto pode conduzir a um resultado, como verificado num estudo realizado entre nexos entre migração e estatuto de VIH de aldeões senegaleses descobriu que 27% dos homens que previamente viajaram em outros países africanos e 11,3% das esposas desses homens estavam infectadas com VIH. Em contraste, do grupo de controlo (414 pessoas) que não viajaram para fora do Senegal nos últimos 10 anos, apenas um homem e uma mulher tinham VIH (UNAIDS & IOM, 2001).

As causas relacionadas com as principais doenças estão associadas aos estilos de vida: o consumo de álcool e tabaco, a dieta e obesidade, a vida sedentária (insuficiência de actividade física), o abuso de drogas, o stress e factores socio-económicos. À exposição a estes factores de risco também relaciona-se a pobreza

e a exclusão social. O consumo per capita de álcool em Portugal é um dos mais elevados na UE e no mundo e, embora tenha vindo a diminuir ligeiramente desde 1996. O consumo elevado de álcool coloca em perigo a vida, a saúde e o bem-estar individual, familiar e social e está relacionado com varias doenças e consequências (exemplo, acidentes de viação) e comportamentos de risco relacionados com DST's. O consumo de drogas ilícitas constitui um desafio para as políticas de saúde e sociais. A toxicodependência tem efeitos negativos para a saúde física, nomeadamente no âmbito de doenças transmissíveis como a SIDA e também para a saúde mental. Existe evidência de associação entre a SIDA e fenómenos de vulnerabilidade e exclusão social (Direcção Geral de Saúde, 2002).

Como é amplamente conhecido, a saúde depende de uma combinação de factores conhecidos como determinantes de saúde que são definidos como factores inter-ligados e podem ser divididos em categorias específicas: factores constitucionais, estilo de vida individual, redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho e condições gerais socio-económicas, culturais e ambientais. Neste sentido, alguns determinantes de saúde para migrantes podem ser mais específicos do que para a população em geral. Factores constitucionais incluem pré-disposições genéticas que são naturais da população e são importantes para serem consideradas quando se lida com a saúde de migrantes.

O abuso de drogas e alcoolismo parecem mais elevadas em migrantes isolados e para migrantes descendentes que se sentem excluídos e não encontraram o seu lugar na sociedade. A existência de redes comunitárias e sociais podem facilitar ou tornar mais difícil a vida de migrantes. Por exemplo, redes sociais tais como laços de amizade e familiares, associações de imigrantes e outros migrantes, em geral, ajudam migrantes a lidar com a nova situação. Do lado negativo, máfias e crime organizado tornam a vida de migrantes miserável, forçando eles a migrarem ou inculindo neles condições físicas ou psicológicas desumanas com ameaças

imprevisíveis à sua saúde. A investigação mostra que em tempo de migração, os migrantes adquirem condições sanitárias que podem ser melhores ou piores dependendo de onde eles vêm e do seu estatuto sócio-económico.

Semelhantemente, a chegada tem um momento complexo que requer alguma capacidade de adaptação a mudanças linguísticas, culturais e climáticas, entre outros.

ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Deve ser salientado que «acesso» é um termo amplo e ambíguo. A primeira componente de «acesso» refere-se à questão de se um indivíduo tem o direito a apoio – direitos legais e capacidade financeira. A segunda componente está relacionada com o facto de se um indivíduo é capaz de entrar em contacto com o prestador de cuidados. Muitos factores vão afectar estas componentes, alguns relacionados com a pessoa que procura os cuidados e outros relacionados com o prestador dos serviços. Uma terceira componente está relacionada com a questão de quando um indivíduo alcançou o prestador de cuidados, se eles podem aceder aos seus poderes de apoio e de cura: por outras palavras, o apoio prestado é efectivo para eles? Contudo, quando um prestador de serviços tem a reputação – justificada ou não – de ser ineficaz, isto vai constituir uma barreira ao acesso. Consequentemente, as questões de «qualidade» e «acessibilidade» estão relacionadas. Factores que podem impedir acesso incluem falta de conhecimento sobre o sistema de saúde e, os procedimentos para obter esta ajuda. Um desafio primário é apoiar imigrantes a ganhar consciência de e, confiança no sistema de saúde do país de acolhimento assim como compreender a importância de cuidados de saúde preventivos. Imigrantes podem apenas recorrer a médicos e hospitais no caso de uma emergência ou quando a doença já está em estágios mais avançados

por causa de suspeitas e/ou dúvidas (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Prestar cuidados de saúde para migrantes requer interpretação cultural e sensibilidade a questões culturais (Carrillo et al, 1999).

Regra geral, os migrantes indocumentados na Europa têm problemas no acesso a serviços de saúde. Quando numerosos instrumentos internacionais em legislação de direitos humanos foram ratificados pelos EM da UE e referem o direito de todos, a cuidados de saúde como um direito humano básico (indiferente ao estatuto administrativo da pessoa), as leis e práticas em muitos Estados europeus desviam-se destas obrigações. Melhorar acesso a cuidados de saúde para migrantes indocumentados é uma prioridade urgente também para saúde pública em geral.

A investigação da PICUM e experiência das organizações nesta rede mostraram que existe uma ampla disparidade entre EM da UE interessados nos direitos legais dos migrantes indocumentados para serviços básicos de cuidados de saúde. Alguns EM fornecem cuidados de saúde não subsidiados a migrantes indocumentados, permitindo acesso apenas numa base de pagamento (por exemplo, Suécia e Áustria); alguns EM (por exemplo, Alemanha) fornecem acessos subsidiados em casos muito limitados mas este acesso é impedido por empregados civis – que têm o direito de denunciar o estatuto de imigração irregular às autoridades de imigração; alguns EM funcionam com serviços de saúde «paralelos» para migrantes indocumentados (por exemplo, França, Bélgica, Holanda); alguns EM oferecem serviços de saúde com acesso livre para migrantes indocumentados sob quase as mesmas condições como nacionais (por exemplo, Espanha e Itália). Adicionalmente a estas extensas discrepâncias em direitos legais, existe uma geral falta de definições claras e de consciência entre todos os actores interessados (autoridades locais, prestadores de cuidados de saúde, ONG's e especialmente os próprios migrantes indocumentados) sobre direitos a serviços de saúde. Isto resulta

numa situação na qual um grande número de migrantes indocumentados por toda Europa não tem acesso adequado a serviços de saúde. Quase todos os EM da UE fornecem teste de VIH gratuito e anónimo a migrantes indocumentados. Contudo, este não é sempre o caso considerando o tratamento de VIH/SIDA para esta categoria de migrantes. A investigação da PICUM nesta área revela que alguns EM fornecem tratamento a migrantes indocumentados com VIH/SIDA gratuitamente, em alguns casos, e sob certas condições (por exemplo, Bélgica, França, Itália, Holanda, Espanha e Portugal); alguns EM fornecem tratamento a migrantes indocumentados com VIH/SIDA apenas numa base de pagamento (por exemplo, Reino Unido e Suécia); na Alemanha, tratamento é fornecido caso o paciente tenha uma autorização de residência temporária. Considerando todas as dificuldades mencionadas em ter acesso a tratamento, o papel das organizações da sociedade civil e actores locais é crucial no interesse dos migrantes indocumentados com VIH/SIDA. Existem muitas organizações e hospitais por toda a Europa que visam assegurar que os migrantes indocumentados tenham acesso a tratamento, colocando na prática todas as estratégias possíveis para que eles obtenham acesso (LeVoy, 2007).

Os migrantes podem também atrasar o acesso a cuidados de saúde quando outros interesses e/ou necessidades são mais urgentes. A variedade de experiências de migrantes e os motivos para atrasar ou evitar cuidado; deve-se ao facto de que são pessoas que viajam, sentindo perigo ou perseguindo um sonho através da migração e, compreensivelmente são relutantes em lidar com a possibilidade de uma doença que as iria atrasar, pensando sobre um sintoma que até é um que problema muitas vezes se torna impossível de ignorar (HDN & IOM, 2005).

O conceito de acesso universal implica que todas as pessoas devem ser capazes de ter acesso a informação e a serviços. O acesso universal deve ser

igualitário, acessível, também em termos económicos, compreensível e sustentável. A acessibilidade aos serviços de saúde está intrinsecamente relacionada com factores sociais, políticos e económicos (Sousa, 2006).

Foi realizado um estudo (Gonçalves, Dias et al., 2003) que visou a caracterização da população residente numa comunidade migrante na área da Grande Lisboa, identificar e compreender obstáculos ao acesso e utilização dos serviços de saúde. No estudo participaram 951 pessoas, das quais 523 são homens e 438 mulheres; 35% com menos de 15 anos e 64,8% com mais de 15. A maioria das pessoas que participaram no estudo já teve pelo menos uma consulta em serviços de saúde. 73% Foram a uma consulta no hospital e 53% no centro de saúde. Os dados revelam que os números de anos que vivem em Portugal e a situação de legalidade parecem estar relacionados com a utilização de serviços de saúde. Nas pessoas que vivem há menos de 3 anos em Portugal não há relação relevante entre legalidade e utilização de serviços de saúde. As que vivem há mais de 3 anos, e são legais está relacionado de modo positivo com ter recorrido a um hospital ou centro de saúde. Recorrer ao hospital é 4.2 vezes mais elevado nos residentes legais do que nos indocumentados; em relação a recorrer ao centro de saúde é 2.5 vezes mais elevado nos residentes legais do que nos indocumentados. As barreiras linguísticas e sócio-culturais podem constituir um problema no acesso a serviços de saúde, conduzindo a mal-entendidos que podem dificultar a prestação de cuidados (Wimmer & Ipsiroglu, 2001)

Segundo o Observatório Europeu de Acesso à Saúde dos MdM, 3 em cada 4 imigrantes indocumentados não têm acesso à saúde. Este facto sucede por desconhecimento dos seus direitos (33%), porque os profissionais recusam esse direito (10%) ou porque têm medo. Em Portugal, a legislação quando comparada com o que existe em termos europeus é bastante positiva e, na teoria os migrantes indocumentados têm os mesmos direitos que os legais, mas quando falamos na

prática, ainda há muito a fazer. O Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde de MdM em 2005-06 realizou um estudo estatístico simultâneo em 7 países, no qual participaram pessoas em condição irregular (Chauvin & Parizot, 2007).

As pessoas que participaram no estudo têm condições de vida difíceis. 40% são da opinião que a sua habitação é precária, 11% são sem abrigo. Foi possível verificar que regra geral as pessoas não têm conhecimento dos seus direitos. 1/3 das pessoas tem informação de que tem direito a aceder a serviços de saúde. No que se refere ao VIH, a maioria ignora que pode usufruir de testes gratuitos e quase 2/3 ignoram que os tratamentos são gratuitos. Dois em cada dez inquiridos consideram o seu estado de saúde mau ou muito mau. Os principais problemas são osteo-articulares, digestivos, de saúde mental e nas mulheres também os ginecológicos. Das pessoas que têm doenças crónicas apenas 1/3 está a efectuar tratamento. Relativamente à questão o que fizeram para se sentirem-se doentes: 3/4 consultaram um médico, mas 20% não. Quando tiveram o último problema de saúde, uma pessoa em cada 10 obteve recusa da prestação dos cuidados por parte de profissionais de saúde. Alguns destes problemas são emergências, como por exemplo, fracturas e queimaduras, mas também problemas relacionados com a gravidez; doenças graves (diabetes tipo II, hepatite viral) ou doenças infecciosas (sinusite, pneumonia).

Na opinião das pessoas inquiridas, os obstáculos mais frequentes no acesso e à continuidade dos cuidados de saúde referem-se ao desconhecimento dos seus direitos, dos locais onde se devem dirigir para receber os cuidados, o custo dos tratamentos, dificuldades administrativas, medo de denuncia, discriminação, barreiras linguísticas e culturais.

A desigualdade no acesso aos cuidados de saúde por parte dos migrantes reforça a sua vulnerabilidade (Dias, 2007). O contexto na Europa em que vivem migrantes indocumentados é pouco conhecida. Temos conhecimento que têm uma

situação económica e social muito difícil / precária (Chauvin, 2002). Vários depoimentos confirmam as dificuldades que eles sentem para verem os seus direitos reconhecidos em termos de cuidados de saúde (Brixi, 2003). Regra geral, os programas de cuidados de saúde nacionais, discriminam as pessoas migrantes temporárias (grande parte dos migrantes pertence em determinado momento a esta categoria), quem não tem autorização de permanência (PICUM, 2001) e os requerentes de asilo (Silove, Stelle & Mollica, 2001).

Entre Julho de 2005 e Fevereiro de 2006, foi realizado um estudo pelo Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde dos Migrantes dos MdM, com 835 pessoas em situação irregular em 7 países – Bélgica, Espanha, França, Grécia, Itália, Portugal e Reino Unido.

Na Bélgica o sistema de saúde é baseado num seguro de saúde e em assistência social. O seguro de saúde comparticipa apenas 25 a 45% das despesas, no entanto, pessoas com mais necessidades podem obter comparticipações de 100% com o cartão de assistência médica. São feitos cálculos diferentes, de acordo com os rendimentos de cada um para obter a taxa moderadora. Como consequência, um grande número de pessoas fica fora do sistema devido a esta complexidade. Para que possam ter acesso a cuidados de saúde, é necessário que os requerentes de asilo se desloquem ao Centro Público de Acção Social (CPAS). O direito a ter cuidados médicos gratuitos por parte de migrantes indocumentados é reconhecido pela lei orgânica de 8 de Julho de 1976, sobre estes centros, desde que as pessoas não tenham recursos. Os migrantes indocumentados podem usufruir de Ajuda Médica Urgente (AMU). A AMU abrange todo o tipo de patologias, independentemente de serem ou não urgentes; as únicas patologias que não estão abrangidas são cuidados de saúde em hospital psiquiátrico, óculos, próteses, incluindo dentárias e, medicamentos que não têm comparticipação, como por exemplo, soníferos e tranquilizantes. Os testes de VIH

são gratuitos para quem beneficia da Ajuda Médica Urgente; para quem não é beneficiário o preço varia entre 10 e 30€, podendo ser gratuito com o apoio de associações. Os medicamentos anti-retrovirais são comparticipados a 100% a todos (com a AMU para os indocumentados).

Em Espanha a lei referente à saúde de 1986, bem como a constituição espanhola declaram que todos os espanhóis e migrantes que tenham residência estabelecida em território nacional, têm direito à protecção da saúde e a cuidados médicos. A «assistência sanitária» – sistema de saúde público é gratuito, sendo financiado pelos impostos. Os medicamentos para doenças crónicas têm uma taxa moderadora de 10% e os restantes 40%. É preciso ter o cartão de segurança social (relacionado com o trabalho) para aceder a cuidados de saúde; em alternativa o cartão de saúde, é para quem não pode descontar ou não tem documentos – para estes é preciso estar registado no registo civil local. Têm o mesmo direito de acesso gratuito aos cuidados de saúde que os espanhóis, os migrantes registados no município em que residem, independentemente da sua condição (legal ou não), embora dificilmente a lei seja aplicada na prática. A legislação de 2003 permite à polícia ter acesso a registos locais, conseqüentemente muitos estrangeiros não se registam e, neste sentido não têm acesso a cuidados de saúde. Deste modo, não têm cartão de saúde tendo direito apenas a cuidados de saúde de urgência necessários na sequência de um acidente ou doença grave, à excepção de grávidas e de menores que usufruem dos mesmos direitos que os beneficiários da segurança social espanhóis.

Em França as pessoas descontam de acordo com os recursos que têm e recêm os cuidados consoante as suas necessidades – é o princípio no qual baseia-se o seguro de doença. Em 1992 este seguro estava associado ao trabalho, altura em que foi criada a *Aide Médicale Départementale et d'Etat*, para as pessoas que não podem descontar. A Cobertura Universal de Doença, foi criada no ano 2000,

permitindo que qualquer pessoa legalmente residente há mais de 3 meses, tenha direito à cobertura (denominada) base de cuidados de saúde abrangendo (CMU) 65% das despesas. Tem direito a cobertura complementar, ficando isento de qualquer pagamento adiantado de despesas, quem tem rendimentos inferiores a 587,13€, significativamente inferior ao limiar de pobreza em França – 774€. A partir da entrega do pedido de asilo, os requerentes de asilo têm direito à segurança social de base e à CMU (para a complementar). Os migrantes residentes há mais de 3 meses em situação irregular, com rendimentos mensais inferiores ao patamar que a CMU complementar têm acesso à Ajuda Médica do Estado (AME – Aide Médicale Etat); têm acesso gratuito, sem adiantamento (antecipação) de despesas para todos cuidados de saúde à exceção de próteses. Quem reside em situação irregular há menos de 3 meses em França pode usufruir de cobertura de despesas no hospital “cuidados de saúde urgentes cuja falta colocasse em risco o prognóstico vital ou pudesse conduzir a uma alteração grave e duradoura do estado de saúde da pessoa ou de uma criança a nascer”. Os testes de despiste de VIH estão acessíveis a qualquer pessoa por serem anónimos e gratuitos. Na CMU e na AME está incluído acesso a tratamento anti retroviral.

No Reino Unido o sistema de saúde assenta tanto no princípio da universalidade como no da equidade, sendo financiado em mais de 80% pelos impostos. O acesso a médicos generalistas é gratuito, desde que a pessoa esteja inscrita na lista desses médicos; a inscrição dos migrantes indocumentados está dependente da vontade do médico. Para se ter acesso a uma médico especialista (apenas no hospital) é necessário que os utentes passem por um médico generalista. Para qualquer prescrição existe uma taxa moderadora de 9€, excluindo-se tratamentos que são prescritos no hospital, determinadas pessoas, tais como: menores de 16 anos, grávidas e mães de crianças com menos de 1 ano, beneficiários de assistência a desempregados e de rendimento mínimo, diabéticos

e, pessoas que sofrem de algumas patologias. As pessoas que têm rendimentos baixos têm a possibilidade de solicitar isenção das despesas de prescrição, que é avaliado com base em vários factores, como por exemplo, rendimentos colaterais, poupanças, etc.). As pessoas indocumentadas têm direito apenas a cuidados de saúde gratuitos com médicos generalistas e a especialistas, desde de Abril de 2004. Os cuidados de saúde nas urgências, o planeamento familiar, algumas doenças mentais, IST's, mas não o VIH e, outras doenças contagiosas são gratuitos. As pessoas indocumentadas não têm qualquer cobertura para grávidas nem para o VIH, com excepção do teste e acompanhamento psicológico para o mesmo. Desde que as pessoas estejam registadas num médico generalista as doenças oportunistas são tratadas gratuitamente.

Na Holanda antes de 2006, existia um regime de seguro que abrangia todos os residentes legais abaixo de um determinado limiar de rendimentos e incluía todas as despesas frequentes, tais como acesso a médicos generalistas, que podiam prescrever uma consulta de especialidade. Por vezes era necessário recorrer a seguros de saúde privados. A contra quotização era uma cobertura universal de cuidados de saúde mais caros e de longa duração que complementava o sistema anteriormente referido. Foi aprovada uma reforma a 1 de Janeiro de 2006, passando os holandeses a descontar obrigatoriamente para um seguro que abrange a maioria dos cuidados de saúde – são cerca de 90€/mês. Para as pessoas com dificuldades financeiras foi criado um sistema de reembolso complexo, que exige o preenchimento mensal de formulários. Os cuidados de saúde para pessoas que requerem asilo são prestados por uma organização médica presente nos centros de acolhimento onde eles são alojados. Desde 1998 que o acesso por parte das pessoas indocumentadas constitui um problema, porque neste ano, todos os acessos a serviços públicos foi retirado. O direito de beneficiar de «cuidados médicos necessários» por parte dos migrantes

indocumentados é garantido com a lei de 1 de Julho de 1998. Há profissionais que avaliam as necessidades dos cuidados solicitados. De um modo geral, os cuidados de saúde que podem ser cobertos por seguros de doença são considerados como sendo indispensáveis. Mas, aparentemente os dentistas são relutantes para prestarem cuidados às pessoas indocumentadas. De modo a prestar cuidados de saúde com qualidade aos migrantes indocumentados, foi criado um fundo – *Koppelings Fund* de 5 milhões de euros/ano, que inclui urgências vitais, patologias mentais com risco para outros, doenças infecciosas, grávidas e todos os cuidados neonatais. O despiste de VIH e acesso a tratamento anti-retroviral estão abrangidos neste fundo, contudo em termos práticos, não se verifica a sua utilização.

Na Alemanha o sistema de saúde é difícil de descrever pois existem diferenças regionais significativas. Contudo, a base comum é um seguro de doença obrigatório (que não abrange os migrantes indocumentados) para o qual os descontos são realizados considerando os rendimentos. Em Janeiro de 2004 o sistema foi reformado, passando os beneficiários de prestações sociais a estarem obrigados a 10€ por trimestre para a cobertura dos seus cuidados de saúde. Adicionalmente aos 10€ as pessoas têm de contribuir financeiramente para os seus medicamentos e utilização de equipamentos terapêuticos. Dos países em estudo, a Alemanha é o único que não dá às pessoas que requerem asilo o direito de acesso ao mesmo sistema de cuidados de saúde que os nacionais: só têm os mesmos direitos se ficarem no território mais de 36 meses. Até aos 36 meses só lhes é permitido acesso a cuidados urgentes, cuidados relacionados com gravidez, vacinas regulamentares e exames de medicina preventiva. Os migrantes indocumentados apenas têm acesso em caso de urgência ou de dor intensa. A partir de 1 de Janeiro de 2005, funcionários administrativos têm o dever de informar as autoridades encarregues da imigração se tiverem conhecimento, ao exercerem as suas funções, da existência de algum migrante em situação irregular. Neste sentido, os

migrantes indocumentados receiam recorrer a hospitais mesmo em situações urgentes porque podem ser denunciados, preferindo recorrer a associações. Deste modo, patologias como o VIH não estão abrangidas.

Em 1978 na Itália foi criado o serviço nacional de saúde, sendo financiado por descontos da população baseando-se num princípio de residência. As agências sanitárias locais gerem a organização e prestação de cuidados de saúde. Para quem é requerente de asilo e tem rendimentos muito baixos, estão previstos sistemas de isenção de pagamento para o registo no sistema nacional de saúde. Com base num decreto legislativo, as pessoas indocumentadas têm acesso a cuidados de saúde gratuitos nos hospitais – cuidados de saúde urgentes e fundamentais, maternidade, vacinação obrigatória e doenças infecciosas. Os testes de despiste de VH são anónimos e gratuitos e, os medicamentos anti-retrovirais são dispensados no hospital.

Na Grécia desde de 1983 existe um sistema nacional de saúde. Mas, tem-se assistido a uma reprivatização e descentralização no sentido das estruturas regionais e locais desde os anos 90. Com o decorrer do tempo tem-se assistido ao aumento do número de dispensários públicos. Para os medicamentos há uma taxa moderadora de 25% (com excepção para algumas doenças crónicas). Têm o mesmo direito no acesso a cuidados de saúde que os gregos, os requerentes de asilo desde que provem o seu estatuto, o que se torna difícil quando o processo se encontra no início. Após uma lei de 2001, o acesso a cuidados de saúde por parte de pessoas indocumentadas ficou quase impossível, com excepção das urgências vitais hospitalares, incluindo-se neste âmbito o acesso a tratamentos anti-retrovirais. Os testes de despiste do VIH são gratuitos nos hospitais públicos e centros especializados.

Em Portugal 1979 existe o sistema nacional de saúde, sendo financiado por impostos baseado no princípio de residência. A partir de 1989 constatou-se uma privatização do sistema. Verificaram-se desigualdades regionais significativas,

como por exemplo, taxas moderadoras que variam entre 1 e 3 euros para medicamentos e para consultas médicas, com base na classificação de utilidade terapêutica e, de 2 a 9 euros para cuidados hospitalares de urgência; algumas pessoas podem estar isentas. A constituição portuguesa garante direito à protecção da saúde no âmbito do serviço nacional de saúde universal. Assim sendo, nos centros de saúde locais e nos hospitais públicos, os cuidados de saúde são acessíveis a todas as pessoas. O sistema de saúde que é legalmente acessível, em termos práticos cria muitas dificuldades, sobretudo para as pessoas que não têm residência fixa (ou para qualquer pessoa que apresenta uma certa marginalidade: muitas vezes são deixadas na sala de espera tanto de centros de saúde como de hospitais sem que ninguém se preocupe com elas, o que se deve, entre outros factores a uma lacuna importante em informação sobre direitos). Para obter o cartão de utente do serviço nacional de saúde, os estrangeiros, incluindo pessoas indocumentadas têm de comprovar com duas testemunhas a residência há mais de 90 dias e, têm de pagar uma taxa moderadora. Para quem não tem recursos estão previstas isenções. Os migrantes indocumentados residentes em Portugal há menos de 90 dias têm de pagar os tratamentos na totalidade, excluindo nos casos em que há risco de saúde pública, como nos casos de doença contagiosa (tuberculose, VIH ou IST). Na realidade os dados das pessoas indocumentadas não são transmitidas à polícia, no entanto, muitos têm receio. O despiste de VIH, bem como os tratamentos anti-retrovirais estão acessíveis a qualquer residente independentemente da sua condição legal.

Segundo o artigo 13 da Carta Social Europeia todas as pessoas sem recursos financeiros suficientes, têm direito a assistência médica e social.

O facto de a legislação prever o direito de acesso a cuidados de saúde não quer dizer que as pessoas tenham conhecimento desse direito e/ou que consigam exercê-lo. No estudo realizado, entre as pessoas que têm direito a aceder a

cuidados de saúde, apenas 67,8% sabem que o têm. Quando o questionário foi aplicado 32,2% das pessoas não têm informação do seu direito a aceder a serviços de saúde. Considerando a amostra total apenas 24% beneficia de cuidados de saúde. 38% das pessoas inquiridas não se incluem nesta questão por afirmarem que ou se sentiam doentes (37%) ou não responderam (1%). Quando se sentiram doentes 76% consultou um médico ou dentista e 19,5% não consultaram ninguém. 10% das pessoas inquiridas têm problema de abuso ou dependência de álcool; 21,6% de tabaco e 5,2% de drogas.

Portugal e Grécia são dois casos interessantes para comparar dada a existência de algumas semelhanças mas também algumas diferenças acentuadas. Em ambos os países a maioria das políticas que se dirige à saúde dos migrantes começou a ser implementada no início do ano 2000. Inicialmente, a política interessava-se sobretudo em regular o direito dos migrantes a cuidados de saúde e quem faz políticas não reconheceu a necessidade de programas multiculturais a nível nacional como aqueles existentes num local diferente na UE. ONG's e poucas iniciativas governamentais locais eram exemplos em prestar os únicos cuidados culturalmente sensíveis nestes países (Ingleby, et al., 2005). Para além das diferenças no direito em cuidados de saúde, problemas de política com o acesso dos migrantes a cuidados, persistem no nível base em Portugal e na Grécia. Barreiras de linguagem, dificuldades dos migrantes para alcançar informação relevante em como utilizarem o sistema de saúde e formação insuficiente e difusão de sensibilidade cultural entre profissionais são problemas comuns a ambos (IAPAD, 2002; De Freitas, 2003; Ormond, 2004). Portugal é também confrontado com dificuldades em implementar a lei e a recusa de cuidados a migrantes indocumentados não é frequente (Fonseca *et al.*, 2005). Migrantes e problemas de saúde de minorias em Portugal recentemente foram o foco de atenção das estruturas «*topdown*» quebrando assim do modelo «de assimilação por defeito» (de

Freitas, 2006) que caracterizou o sistema de cuidados de saúde português. O “Plano de Integração para Migrantes”, recentemente aprovado pelo governo, envolveu um conjunto de medidas que consideram a diversidade na prestação de cuidados de saúde (ACIDI, 2007). Estas medidas constituem uma seria tentativa para diversificar os cuidados – o encontro de mediadores culturais de origem migrante nos centros de saúde e hospitais em áreas com uma elevada representação de populações migrantes e o empregar de médicos migrantes. É importante avaliar o impacto destas políticas no acesso e em qualidade de cuidado no futuro (Ingleby, D.; de Freitas, C.; Padilla, B. et al, 2007).

Em geral, a tendência dos migrantes para terem menos acesso a cuidados de saúde e conseqüente estatuto de saúde pobre é mais notório para chegadas recentes ou para «grupos» que são mais desfavorecidos socialmente na sociedade de acolhimento. Adicionalmente, trabalhadores migrantes com problemas de saúde frequentemente regressam aos seus países de origem devido a condições financeiras, falta de documentos de imigração adequados e saúde pobre – isto está crescentemente relacionando com o VIH/SIDA. Muitos países agora assistem a números de nacionais a regressar para morrer entre os seus parentes ou comunidades originais. Este facto levanta questões sobre o equilíbrio delicado requerido por governos e quem faz políticas reconhecendo que os migrantes podem estar em risco de infecção no seu ambiente, evitando por causa da tendência comum para culpar o «outro», qualquer culpabilização de migrantes de trazer VIH com eles no país/comunidade. O «silenciador» de cultura que frequentemente acompanha contacto inicial com um novo sistema sócio cultural pode ser psicologicamente complexo e envolve muito mais do que simples negação de acesso a saúde local e serviços sociais (UNAIDS & IOM, 2001).

Os migrantes tendem a ocupar uma posição relativamente vulnerável em termos de acesso a saúde na sociedade de acolhimento, relacionado com factores

gerais tais como barreiras linguísticas, diferentes conceitos de saúde e doença, racismo entre profissionais de saúde e a sociedade em geral. Adicionalmente, migrantes indocumentados em particular frequentemente trabalham em condições inseguras e de acomodação, podem ser explorados para terem salários exíguos. Muitos migrantes podem ter falta de dinheiro para pagar serviços de saúde ou ser incapazes de aceder a serviços locais devido ao seu estatuto legal.

Trabalhadores migrantes frequentemente são deixados fora de programas de saúde subsidiados pelo Estado e, frequentemente são incapazes de pagar serviços privados. Consequentemente, trabalhadores migrantes, mesmo em países ricos, geralmente vivem em condições de saúde pobres e frequentemente não informados sobre programas que os abrangem. Outro factor que pode desencorajar migrantes irregulares de procurar cuidados e tratamento é o medo que profissionais de saúde possam ter ligações a autoridades de imigração. Este facto, pode ter um efeito ameaçador em migrantes irregulares que tentam aceder a serviços de saúde. Tais ligações podem também comprometer a obrigação de profissionais de saúde a respeitar o direito de confidencialidade daqueles que procuram cuidados. A confidencialidade profissional deve ser promovida e protegida por lei e deve ser prestado apoio a profissionais de saúde em preservar este princípio no contexto do trabalho com migrantes indocumentados. Educar profissionais de saúde em direitos humanos em relação a migrantes irregulares pode ser um modo útil para lidar com alguns dos problemas no sector da saúde. Esforços devem ser feitos para assegurar que política pública e leis promovam o acesso de todas as pessoas a cuidados de saúde básicos preventivos e curativos.

A realização ao direito de saúde requer que facilidades de saúde, bens e serviços sejam acessíveis financeiramente para todos. O pagamento de serviços de saúde, assim como serviços relacionados com determinantes de saúde fundamentais, tem de ser baseado no princípio da equidade, assegurando que

estes serviços, prestados privada ou publicamente, são suportáveis por todos. Reconhecimento desigual e protecção sob a lei são os maiores impedimentos o acesso igual e monetariamente acessível a serviços de saúde (OMS, 2006).

Adicionalmente a condições de vida e de trabalho inseguras, os migrantes frequentemente resistem a procurar tratamento médico por causa dos custos associados, de incapacidade de faltar ao trabalho, incapacidade para encontrar cuidados para as crianças e problemas de transporte. Muitos não estão familiarizados com os sistemas de cuidados de saúde locais e podem ter dificuldades linguísticas e culturais para comunicarem os seus problemas. Positivamente, há iniciativas que ocorrem entre algumas associações internacionais para assegurar cuidados de saúde acessíveis e suportáveis (em termos económicos) a trabalhadores migrantes e para as suas famílias. Algumas destas associações compreenderam a ameaça à produtividade colocada por uma saúde pobre, especialmente VIH/SIDA e tuberculose (OMS, 2006).

O início do Artigo 35 da Carta Europeia de Direitos Fundamentais, acordada num encontro do Conselho Europeu em Outubro de 2000 e aprovada no Encontro de Nice no final desse mesmo ano, refere que todas as pessoas têm direito a aceder a cuidados de saúde preventivos sob as leis e práticas internacionais. Embora a carta não obrigue governos nacionais a assegurar as suas necessidades, a carta explicitamente afirma que acesso a saúde depende das estruturas de política nacionais (Warnes, 2003). A satisfação das necessidades dos migrantes num determinado país de acolhimento, depende do sistema de saúde do país e das instituições e estruturas existentes. Cuidados de saúde pública, em conjunto com segurança social e esquemas de pensão, constituem o núcleo de sistemas de bem-estar na Europa, deste modo, a questão da saúde dos migrantes torna-se um aspecto da inclusão de migrantes em bem-estar. O bem-estar dos migrantes está relacionado com a estrutura social e política existente e o conjunto completo de

instituições, medidas e provisões constituindo o estado social no país de acolhimento, por um lado, e às políticas específicas que visam a integração de migrantes, por outro. Para estes, nós devíamos adicionar a estrutura política de imigração, que define os critérios de entrada, trabalho e estabelecimento de imigrantes num dado país, determinando nesse sentido as condições de acesso a serviços de bem-estar (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

Dentro deste contexto, os sistemas nacionais de saúde enfrentam um duplo dilema; conseqüentemente, as questões de «qualidade» e «acessibilidade» estão relacionados. Factores que podem impedir acesso incluem falta de conhecimento sobre o sistema de saúde, as situações nas quais pode ajudar, e os procedimentos para obter esta ajuda. Dúvidas podem disseminar tanto crenças desnecessárias e como necessárias. Prestar cuidados de saúde para imigrantes requer interpretação cultural e sensibilidade a aspectos culturais (Carrillo et al. 1999). Carlsten (2003) observou que cuidados de saúde de imigrantes são directamente afectados pelo clima socio-político nos seus países de origem.

Apesar de direito legal a cuidados de saúde, por parte de migrantes indocumentados são muitas vezes negados cuidados em centros de saúde. Profissionais de saúde mencionam as dificuldades de alguns migrantes em pagar as taxas de cuidados médicos quando não contribuem para e/ou estão cobertos pelo sistema de segurança social. Em alguns casos, os centros de saúde simplesmente desistem disso ou permitem que pacientes paguem num data posterior, essencialmente assumindo 100% do custo. Em outros casos, especialmente aqueles nos quais ciganos romenos imploraram por cuidados médicos gratuitos, migrantes eram simplesmente afastados de alguns centros de saúde porque eles não podiam pagar pelos tratamentos que procuravam para receber. Alguns centros de saúde não estavam conscientes que cuidados de

enfermagem básicos e vacinação eram serviços gratuitos, enquanto outros sabiam e assumiam-no como uma prática diária.

Vários profissionais de saúde salientaram que o maior desafio em prestar cuidados de saúde adequados e rápidos a imigrantes, são uma geral falta de consciência sobre os migrantes e sensibilidade a diversidade pelo espectro profissional: de médicos a enfermeiros e trabalhadores sociais a gestores e recepcionistas (Fonseca et al, 2005). Dada a natureza dinâmica da legislação de imigração em Portugal, os seus impactos possíveis em acesso a cuidados de saúde por parte de migrantes por vezes é ignorada por profissionais de saúde, resultando em tratamento inadequado (Ingleby; de Freitas, et al, 2005).

Nesse sentido, vários determinantes de acesso necessitam ser identificados, tais como com estatuto legal, nível de literacia e educacional, e capacidades de linguagem. Estes factores ou facilitam ou impedem acesso a serviços de saúde. Estatísticas indicam que migrantes têm em geral taxas de infecção piores do que nacionais. Em alguns casos estas taxas mais elevadas podem ser consequência de uma combinação de factores tais como acesso limitado a serviços e tratamentos e, barreiras culturais, entre outros. Relacionado com as diversas características dos migrantes, a acessibilidade também implica que eles são uma população com necessidades específicas diversas. Cobertura e prestação de serviços, para serem efectivos devem ser prestadas num modo culturalmente sensível que considera pelo menos aspectos simples tais como linguagem e cultura. Outro aspecto importante de lidar com acessibilidade é lutar contra a discriminação. Quando políticas ou serviços discriminam em termos de género, religião, origem, idade, etc., o resultado é um aumento na exclusão das populações já vulneráveis. Como imigrantes são tema para muitos tipos de discriminação, outro desafio é para promover igualdade, serviços de qualidade e não discriminação, enquanto reduzindo as lacunas (género, étnicas, raciais, culturais e socio-económicas).

Ambos, não discriminação e sensibilidade cultural envolvem um processo de aprendizagem para todos na UE. O acesso a serviços necessita ser amplo e integrado, nesse sentido deve incluir promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. Em relação ao tratamento, uma abordagem holística é mais conveniente, porque acesso a tratamento pode requerer alcançar aqueles que estão em necessidade. Por exemplo, unidades móveis, como aquelas que existem no nosso país para levar serviços e tratamentos a população difícil de alcançar, asseguram uma melhor cobertura (Padilla & Miguel, 2007), como é o caso dos MdM.

A acessibilidade de um serviço, a sua proximidade com a cultura e vida dos seus utilizadores e, como é organizado são também relevantes para a eficiência. De que modo actuam os serviços de saúde? Quando há mudanças organizacionais, não estando relacionadas tanto com o tipo de ajuda que é dada, mas com o modo de organização do serviço prestado. Por exemplo, onde os serviços estão localizados? Como as actividades são coordenadas? O que é feito para melhorar os padrões de serviço a nível nacional? As organizações existem para consolidar e disseminar o conhecimento existente e para desenvolver novo conhecimento? Ao nível da formação e educação: «boas práticas» podem também consistir em melhorar conhecimento de profissionais de saúde e sociais. Formação pode ser dada como parte dos cursos existentes ou separadamente. No que se refere ao tratamento, às actividades do «processo primário», ou seja, intervenções elaboradas para melhorar problemas existentes. Elas podem ser empreendidas dentro do contexto de cuidados regulares, ou como parte de uma facilidade especial. E, as actividades preventivas são especialmente importantes dentro uma medicina social ou perspectiva de saúde mental (Watter, Ingleby et al, 2003). Estudar todas estas tentativas para lidar com a questão da saúde dos migrantes, torna aparente que em

muitos países o trabalho está a ser levado a cabo por indivíduos isolados, grupos profissionais ou prestadores de serviços, sem muita coordenação ou contacto uns com os outros. Cada disciplina pode iluminar um aspecto do puzzle, mas nenhuma está preocupada com a «imagem completa». A mesma fragmentação de tentativa pode ser observada entre países. Em parte por causa das diferenças em linguagem, mas também porque existem poucas organizações internacionais ou iniciativas neste campo; pessoas em cada país esforçam-se para re-inventar a roda, em relativa ignorância do que está a decorrer no resto da Europa. Como resultado, abordagens podem ser adoptadas com experiência em outros países que mostraram ser inadequadas, enquanto outras abordagens que podem ter mais sucesso não são consideradas porque são desconhecidas. Houve algumas tentativas para prestar uma visão geral de cuidados de saúde de migrantes na Europa. Em Junho de 2004, uma conferência internacional foi realizada na Universidade Erasmus em Roterdão em Saúde de Migrantes na Europa; sobre diferenças em saúde e em prestação de cuidados de saúde. Contudo, ainda existe uma necessidade urgente de cooperação internacional e multidisciplinar para promover a partilha e troca de conhecimentos e capacidades em saúde de migrantes. Um objectivo importante de actividades futuras dentro do IMISCOE podem ser sintetizar e estimular desenvolvimentos nesta área a nível europeu. Investigar este campo mostra a importância de considerar todos os aspectos de cuidados de saúde, incluindo aqueles que a fronteira em cuidados sociais inclui: por exemplo, trabalho social, cuidados com os mais idosos, serviços de apoio doméstico, instituições residenciais, reabilitação, serviços para jovens, prevenção e saúde pública (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

Adicionalmente, o que emerge de trabalho recente é que não é suficiente associar as categorias usadas por prestadores de serviços e a sociedade de acolhimento: as categorias e conceitos usados pelos próprios migrantes também

devem ser considerados. Por exemplo, a maioria dos serviços de saúde ocidentais fazem uma acentuada distinção entre problemas físicos e psicológicos e entre «internos» e «externos». Diferentes organizações, frequentemente funcionam em isolamento total de cada uma e, lidam com cada destes tipos de problemas. Muitos migrantes, contudo, não estão familiarizados com estes modos de categorizar problemas e têm dificuldades em apresentar as suas dificuldades de um modo que o prestador do serviço considere como «adequado». Pode haver uma disparidade entre os seus hábitos em relação a problemas e os do prestador de serviços. Eles podem não aderir a dualismos específicos usados no ocidente, podem definir categorias de limites de modo diferente ou, podem usar dualismos completamente diferentes. Por todas estas razões, médicos e antropólogos em particular estimularam que não apenas a perspectiva dos cuidadores, mas também dos utilizadores do serviço, devem ser considerados seriamente pelos investigadores e prestadores de serviços (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

Processos de reestruturação e políticas de reforma na abordagem para utilizadores de serviços progressivamente desafiam regimes de bem-estar europeus, apesar variações nacionais e diferentes definições e práticas. Em relação a cuidados de saúde, esta tendência visa transformar «pacientes» em «clientes» ou «consumidores». Dentro este contexto, sistemas de saúde nacionais enfrentam um duplo dilema. Por um lado, eles têm de assegurar que as necessidades e especificidades de populações migrantes e grupos de minorias étnicas são efectivamente satisfeitas; por outro, eles têm de lidar com recém chegados que são frequentemente assunto a estatutos ambivalentes (exemplo, migrantes indocumentados e requerentes de asilo) e podem ter problemas particulares. Considerando a extensão que os sistemas de saúde nacionais falham para lidar com as necessidades e, apesar dos recentes passos positivos e exemplos de «boa prática», alguns desvios são cobertos por qualquer do sector de mercado privado,

que claramente vai para além do controlo e monitorização e não se aplica a todos ou por iniciativas não governamentais (exemplo, organizações de solidariedade e ONG's), que têm infra-estruturas e capacidade limitadas (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

Enquanto é mais provável que imigrantes legais estejam registados nos centros de saúde para os usarem e para consultas, é muito menos provável que os migrantes indocumentados usem estes serviços; preferem recorrer ao hospital apenas quando o seu estado de saúde é verdadeiramente ameaçado (de Freitas, 2003). Procurar cuidados de emergência em hospitais públicos permite aos migrantes com estatuto irregular receber tratamento que é muito mais anónimo por natureza. Migrantes indocumentados têm vontade de usar pseudónimos e moradas falsas de modo a evitar qualquer tipo de contacto subsequente por profissionais de saúde; muitos simplesmente desaparecem depois das consultas.

Adicionalmente, relacionado com barreiras linguísticas e dificuldade em aceder a informação sobre o sistema nacional de saúde, imigrantes às vezes passam pela dificuldade em alcançar informação, considerando os seus direitos de saúde e medidas que podem tomar de modo a responder a um tratamento injusto (Ormond, 2004).

Há muitas razões para que esses intitulados cuidados de saúde em teoria podem não ser recebidos na prática. Em alguns casos, em Portugal, prestadores de serviços podem não saber sobre direitos ou podem arbitrariamente negá-lo. Mais frequentemente, contudo, os obstáculos residem em falta de conhecimento sobre os serviços existentes, as situações nas quais eles podem ser apoiados e os caminhos para obter cuidados. Adicionalmente, pode haver suspeita dos serviços ou uma falta de confiança na sua capacidade para prestar ajuda efectiva. Acesso a cuidados de saúde podem ser considerados como um aspecto de integração, contudo deve ser verificado imediatamente que isto é um processo de dois métodos

no qual o dever também reside nos prestadores de serviços para tornar os cuidados mais acessíveis.

Uma indicação frequente de pobre acessibilidade é a tendência entre grupos de migrantes para receber formas de cuidados «pesadas» ou «severas», em vez de «leves» ou preventivas. Este facto foi descoberto em cuidados de saúde mental na Holanda, especialmente no caso de migrantes ex-coloniais e jovens (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

Qualidade dos Cuidados Prestados

Enquanto que os centros de saúde públicos e hospitais têm uma variedade de campanhas de saúde e programas, tais como, campanhas de consciencialização de educação sexual, eles são direccionados para a comunidade especificamente. Não há nenhum programa público ou campanhas tendo como alvo imigrantes em particular. Contudo, existem uma série de programas privados e sem fins lucrativos que o fazem. O ACIME elaborou uma brochura informativa em 2002, em português, russo e inglês sobre serviços de saúde e questões de saúde principais, contudo a sua disponibilidade é limitada. A CNLCS também realizou brochuras sobre VIH/SIDA para as principais comunidades imigrantes em Portugal (africanos, europeus orientais e chineses, com os últimos dois disponíveis em russo e chinês respectivamente). Varias ONG's e governos locais estão directa ou indirectamente envolvidos com a saúde dos imigrantes através de iniciativas locais, tais como Semear para (A) Colher¹ e CAVITOP (Centro de Apoio às Vítimas de Tortura em

¹ Projecto da Cruz Vermelha Portuguesa, IOM, Movimento de apoio à problemática da SIDA (MAPS) e a Segurança Social entre outros.

Portugal)². Esforços localizados também estão a ter feitos numa série de municípios com elevadas populações migrantes. O Hospital Miguel Bombarda (em Lisboa) tem uma equipa de profissionais que estão a iniciar um projecto, em cooperação com associações de imigrantes, para fornecer consultas de saúde mental especiais para migrantes e minorias étnicas. A Unidade Clínica de Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (em Lisboa) estabeleceu o EPIMIGRA (Centro para o Estudo Epidemiológico de Doenças Infecciosas em Populações Migradas), um projecto de três anos que fornece check-ups médicos iniciais gratuitos para imigrantes e refugiados recentemente chegados. Finalmente, as câmaras municipais de Sintra e Loures (dois municípios da Área Metropolitana de Lisboa) recentemente patrocinaram sessões de informação e workshops em saúde migrante para profissionais de saúde de centros de saúde públicos e hospitais, focalizando no acesso legal a cuidados de saúde. Medidas que são consideradas como necessárias para melhorar cuidados multiculturais incluem: formação de profissionais de saúde (que actualmente é extremamente limitada); registo e monitorização de diferenças étnicas e culturais; políticas sistemáticas na monitorização da qualidade dos cuidados e, políticas na representação dos utentes e o envolvimento de grupos de migrantes (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

Obstáculos e Dificuldades de Acesso aos Serviços de Saúde

Suspeita em, e barreiras no acesso ao sistema de cuidados de saúde público – quando não têm sucesso em dissuadir pessoas de procurar soluções num local diferente – pode conduzir à criação de estratégias alternativas para aceder a

² As actividades do centro são direccionadas para vítimas de tortura (migrantes, refugiados e requerentes de asilo) e é organizado por médicos e especialistas de saúde mental

cuidados de saúde, envolvendo auto-medicação com prescrição de drogas no país de origem e remédios tradicionais. Suspeita em, e barreiras no acesso a cuidados de saúde pode conduzir os migrantes a suprimir e esconder os seus problemas de saúde. Em alguns países de acolhimento, uma grande proporção de novos casos de VIH são imigrantes. De modo a impedir a entrada de imigrantes com VIH, alguns países de acolhimento impuseram novas restrições a eles (Ingleby, de Freitas, et al. 2005).

É de extrema importância incentivar os migrantes a recorrerem aos serviços de saúde, pois quando chegam a estes serviços já se encontram muito doentes. Sem acesso aos serviços não há informação, não há caracterização das pessoas e das suas necessidades. O não acesso aos serviços de saúde cria desincentivo para efectuar o teste do VIH e outras IST e dificulta o aconselhamento e o apoio, cria vulnerabilidade e incentivos para comportamentos de risco e, viola os princípios fundamentais da legislação de direitos humanos internacionais. No acesso a serviços de saúde existem dificuldades e barreiras legislativas (Dias, 2007), organizativas e estruturais, culturais e linguísticas, estigma e discriminação. No âmbito das barreiras legislativas podemos considerar o direito universal à saúde, a desigualdade no acesso, o desconhecimento de direitos e deveres, o receio de denúncia e consequentemente o recorrer a serviços que não solicitam documentos. Em termos de barreiras organizativas e estruturais poderemos considerar a acessibilidade/disponibilidade (distância, horários, funcionários), o desconhecimento de legislação por parte de profissionais de saúde, a pouca preparação para lidar com diversidade cultural, o facto dos migrantes recorrerem aos serviços em situação de emergência, a auto medicação ou medicina tradicional. As pessoas com VIH têm de ir várias vezes à consulta, se têm trabalho precário ficam desempregadas. É de extrema importância que os serviços de saúde sejam adequados à diversidade cultural e às necessidades específicas; os serviços devem

ser culturalmente sensíveis e com meios para reduzir barreiras linguísticas. Em termos de cultura: diferenças culturais, conhecimentos, crenças, atitudes e práticas face à saúde. Nas barreiras linguísticas, devemos ter em consideração as dificuldades de comunicação e informação, a relação entre doente e profissional de saúde. O maior obstáculo ao diagnóstico efectivo e tratamento é frequentemente a barreira da linguagem. Em muitos países, existem serviços que fornecem intérpretes profissionais ou disponibilizam serviços de interpretação por telefone. Contudo, migrantes frequentemente enfrentam problemas de comunicação severos, que podem ser problemáticos e mesmo ameaçadores da vida quando procuram cuidados de saúde. Alguns migrantes adiam a procura de cuidados de saúde devido ao medo que não possam comunicar efectivamente com profissionais de saúde ou receiam humilhação sobre as suas capacidades de linguagem. Barreiras linguísticas impedem imigrantes de aprender sobre os seus direitos e recursos, sem mencionar a explicação ou compreensão das suas próprias necessidades de saúde. Interpretações incorrectas, falta de equivalência linguística para termos médicos e os próprios preconceitos dos intérpretes contribuem para complicar a comunicação e diagnóstico (Ku & Freilich 2001). Adicionalmente, interpretações de pacientes daquilo que eles ouvem são formadas pelo seu género, autoridade, estatuto sócio-económico, papel familiar/comunitário, etnia, educação, contacto prévio com a sociedade industrializada, crenças e familiaridade com a medicina ocidental (Carlsten, 2003). Dada a deficiência de cuidados de saúde bilingues e profissionais de saúde mental e serviços de interpretação disponíveis pelos países que têm populações de imigrantes significativas, muitos imigrantes confiam em modos alternativos para comunicar, recorrendo a membros familiares ou amigos próximos que são bilingues. Isto pode criar vergonha/humilhação no paciente e o intérprete pode de facto ser contra produtor por causa de preconceitos inerentes e relações de poder envolvidas. Alguma investigação tem sido feita em tradução e o

seu impacto na relação profissional de saúde – paciente (Carlsten, 2003). ONG's e associações de imigrantes podem provar ser muito úteis em apoiar pacientes imigrantes e profissionais de saúde, disseminando informação sobre cuidados de saúde e questões de saúde nas línguas nativas dos imigrantes e fornecendo transporte a serviços médicos, adicionalmente a serviços de interpretação. Um problema do lado do profissional é frequentemente o conhecimento inadequado sobre o contexto e cultura da pessoa que está a ser tratada, ou a natureza específica do seu problema. “Competência intercultural” envolve capacidades de ouvir e compreender, assim como consciência dos próprios preconceitos, intolerâncias e estrutura de referência (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Profissionais de saúde necessitam estar conscientes das diferenças culturais nas formas que os problemas podem assumir, assim como, o modo como é manifestado («idiomas de angústia»). Médicos por vezes queixam-se, por exemplo, de excessiva sintomatologia, de críticas por migrantes, quando introspecções em diferenças culturais pode sugerir uma interpretação diferente.

Num diálogo, ambas as partes necessitam apreciar cada uma suposição subjacente, conceitos e expectativas. Esta questão é frequentemente formulada em termos de “correspondência”. A importância de «correspondência» em cuidados de saúde é que o utente normalmente tem de cooperar activamente com o tratamento. Se o tratamento é experienciado como irrelevante ou inadequado e não faz sentido ao utente, há um risco elevado de “desobediência” (exemplo, não tomar os medicamentos) e eventualmente de desistência. A noção de Kleinman (1981) de “modelos exposição” é amplamente usada para explorar a questão de “correspondência” inadequada entre utentes e prestadores de serviços. Quando existe uma falta de compreensão mútua entre paciente e profissional, as seguintes medidas podem ser um modo de lidar com a situação:

- Tentativa para modificar o cliente (fornecendo mais informação sobre o ponto de vista profissional do que é errado e como deve ser colocado correctamente);
- Utilização de um intermediário (um membro do próprio grupo cultural do utente que possa explicar a cada parte o ponto de vista do outro, frequentemente denominado “consultor cultural”);
- Assegurar um contexto cultural mais diverso entre profissionais (política de pessoal);
- Formação de profissionais em comunicação intercultural, fornecendo mais tempo para consultas com pacientes migrantes. É necessário modificar métodos de tratamento de modo a encontrar as expectativas e crenças do cliente («correspondência») (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). O estigma e a discriminação podem ocorrer enquanto migrante e portador de VIH. De modo a combatê-los são necessárias políticas de saúde integradas, reorganização de serviços de saúde, empowerment das populações migrantes e envolvimento e participação das comunidades e de pessoas portadoras de VIH. Para diminuir as barreiras no acesso a serviços de saúde é necessária formação de profissionais de saúde de modo a que sejam sensibilizados para a diversidade cultural, tenham formação no âmbito da gestão de conflitos e tenham formação contínua. Um estudo realizado pelos MdM (Chauvin, Pierre & Parizot, 2007) (anteriormente referido) mostra que os obstáculos mais mencionados pelos participantes do estudo, estão relacionados com o desconhecimento dos direitos, desconhecimento dos locais onde se dirigir para aceder a esses cuidados, custo dos tratamentos, dificuldades administrativas, medo de denuncia e discriminação e, barreiras culturais e linguísticas. A barreira a cuidados de saúde pode variar entre países. Acesso de migrantes a cuidados de saúde pode ser afectada por um número de factores que podem globalmente ser divididos em barreiras formais e informais no acesso a cuidados. Barreiras formais incluem restrições legais no direito a serviços de cuidados de saúde. Exemplo,

direito legal de quem procura asilo, a sistemas de cuidados de saúde em 10 de 25 países da UE é limitado para cuidados de urgência. Crianças e mulheres grávidas, são contudo isentas desta regra em vários países. Acesso a serviços de cuidados de saúde para quem procura asilo e o pedido é recusado é limitado para serviços de urgência em cada vez mais países. Barreiras formais estão relacionadas com estrutura do sistema de cuidados de saúde incluindo utilizadores de taxas/subsídios. Em países onde pacientes pagam por serviços e cuidados de saúde, directamente pode prevenir migrantes de aceder a tratamento porque migrantes frequentemente têm estatuto sócio económico mais baixo comparando com a população de acolhimento. Barreiras informais no acesso a serviços de cuidados de saúde estão ambos relacionados com o paciente migrante individual assim como com sistemas de cuidados de saúde. Uma parte das barreiras informais dos migrantes inclui linguagem, factores psicológicos e sócio culturais. Existe uma complexa interacção entre estas barreiras que afectam o acesso de migrantes a serviços de saúde. Barreiras de linguagem em relação à incapacidade de comunicar suficientemente incluem a falta de intérpretes. Barreiras psicológicas incluem falta de auto confiança e dificuldades em interacção social. Barreiras sócio-culturais incluem diferenças na percepção de migrantes e conhecimento sobre doença, factores de risco e tratamento assim como diferentes expectativas e percepções relacionadas os papéis do paciente e o profissional de saúde. Adicionalmente migrantes podem ter falta de conhecimento sobre estrutura de serviços de saúde no país de acolhimento de modo a estarem inseridos no sistema. No lado do sistema, profissionais de saúde têm falta de conhecimento sobre doenças de migrantes e percepções de doença e, tratamento pode também conduzir a barreiras no acesso. Profissionais de saúde, podem, por outro lado, categorizar e estigmatizar certos grupos de migrantes com efeitos negativos na interacção com pacientes. Adicionalmente, problemas administrativos e estruturais

como por exemplo, interpretação, sente-se que complicam o encontro com pacientes migrantes (OMS, 2006).

Um estudo realizado por Sousa (2006) refere que há três subcategorias nos obstáculos nos serviços de saúde: atendimento, processo terapêutico e cuidado prestado. A nível do atendimento é referenciada a relação entre migrante (neste caso ucraniano) e profissional, o tempo de espera e a dificuldade de comunicação. Ao nível do processo terapêutico é referido a não participação de medicamentos e as burocracias. Relativamente aos cuidados prestados é mencionado dificuldade burocrática, ou mau atendimento ou mesmo o não atendimento.

PREVENÇÃO DO VIH EM COMUNIDADES MIGRANTES

No âmbito de intervenções de prevenção é necessário envolver os migrantes com VIH no desenvolvimento e implementação de programas, lutar contra discriminação e estigmatização de migrantes, promover os seus direitos a cuidados de saúde e tratamentos médicos (Frade, 2007).

Uma ênfase renovada na prevenção de VIH é criticamente necessária. É essencial no seu próprio direito para prevenir o sofrimento de indivíduos para atenuar o impacto de SIDA e para considerar o aumento exponencial de custos de tratamento de VIH (Nações Unidas, 2006).

Para intervenções futuras é necessária a aquisição de competências preventivas e a educação pelos pares, que constituem medidas essenciais de intervenção. O apoio entre pares caracteriza-se pela capacidade de empatia, cumprir o papel de amigo e fomentar a partilha de dificuldades. Este tipo de apoio constitui vantagens quando comparado com o apoio prestado por técnicos (Motta, 2006).

É evidentemente verdade que a motivação individual para melhorar saúde é importante. Muitas influências em comportamento são menos conscientes e talvez, menos obvias por força de serem rotinas. Acções de saúde que devem depender de motivação persistente consciente são improváveis de acontecer no longo curso. Mas uma vez impresso nos nossos hábitos e rotinas, elas são prováveis de ser efectivas independentemente de onde nós direccionamos a nossa atenção.

Em anos recentes tem havido um crescente reconhecimento da importância da acção em saúde a nível individual e comunitário. Promoção de saúde e prevenção de doença assim como comportamento visando a saúde são acções primariamente individuais e familiares. Organizações a nível comunitário, formais e informais são recursos organizacionais que podem promover a saúde de comunidades, pois

decisões a nível individual e comunitário podem melhorar o estado de saúde de populações.

A nível nacional, acção em saúde pode também ser melhorada através de políticas nacionais que vão ao encontro das necessidades de saúde de um país eficiente, efectivo e equitativo. Investigação em transição em saúde pode descrever as mudanças dinâmicas na saúde das nações e a igualdade entre necessidades de saúde e despesas nacionais com saúde. O uso de estrutura de transição em saúde significa que planos nacionais de saúde podem ser mais facilmente relacionados de modo a serem considerados dentro de todos os planos de desenvolvimento nacionais. A nível internacional alguns problemas de saúde, novos e velhos são transnacionais em capacidade e requerem acção regional e global se o que se pretende é uma resposta adequada. Ameaças à saúde estão crescentemente a assumir dimensões globais; exemplos incluem SIDA, problemas ambientais e o desenvolvimento de patologias comportamentais.

Apesar da aceitação geral da importância da prevenção e intervenção precoce, uma variedade de pessoas, forças económicas e sociais geraram barreiras ao desenvolvimento geral e implementação de programas de prevenção. Tradicionalmente, a saúde torna-se um assunto pessoal significativo para as pessoas quando estão em perigo de a perder através de prejuízos ou doença. A noção de saúde como apoio ao crescimento económico, como uma diversidade de recursos humanos e fundamentalmente como objectivo essencial desse crescimento, foi substituída por uma interpretação contrária. Os cuidados de saúde e os serviços de saúde pública para todas as pessoas são agora visualizados como um obstáculo, que ameaça o financiamento público e a riqueza dos países; uma das essenciais prioridades dos governos tornou-se a redução das despesas com a saúde. Uma barreira principal adicional a ênfase adequada em prevenção ou intervenção precoce tem sido em quase todos os países, o facto de que sistemas

de cuidados de saúde foram estruturados de acordo com modelos de cuidados de doença urgentes. Profissionais de saúde são formados para operar para dentro dos parâmetros normais do sistema – e saúde preventiva.

Geralmente, para a maioria dos países compromissos massivos dos dinheiros públicos tem sido dedicados a apoiar sistemas de cuidados de saúde urgentes. Muitos tomadores de decisões tendem a ser orientados para após o facto, tratamento de doença melhor do que prevenção, talvez devido ao facto de os benefícios de prevenção serem mais a longo termo e conseqüentemente não imediatamente óbvios.

Abordagens de prevenção de VIH/SIDA/DST e cuidados para migrantes cobrem uma variedade de intervenções incluindo assegurar acesso a preservativos, campanhas nos media para promover consciencialização de VIH/SIDA e conhecimento, sessões de educação com pequenos grupos, educação de pares, serviços de saúde móveis, cuidados especializados e, programas de apoio. Os mais efectivos são aqueles que envolvem um número de diferentes estratégias.

Muitos países descobriram que é frequentemente ambos custo – efectivos e menos ameaçador para integrar VIH/SIDA/DST em serviços de saúde mais gerais que devem considerar outros interesses de saúde de migrantes. Deve ser salientado que serviços de saúde para migrantes necessitam flexibilidade e compromisso dos profissionais, em conjunto com o envolvimento de representantes do grupo alvo na elaboração e entrega de serviços. Formação especializada e educação contínua são também frequentemente necessárias para todo o pessoal e pessoal associado.

Elementos chave para intervenções de prevenção de VIH incluem: aumento da capacidade dos participantes comunicar eficientemente sobre o sexo; apoio aos participantes de modo a aumentarem as suas capacidades para o uso de preservativos; personalização do risco; alcance nos participantes do sentido da

prevenção do risco como uma norma social aceite; reforçar apoio para manter a redução do risco. A prevenção de VIH a nível comunitário focaliza a mudança de políticas, normas e estruturas sociais e práticas culturais que circundam os comportamentos de risco das pessoas. As mudanças a nível comunitário têm potencial para efectuar uma manutenção a longo termo dos comportamentos modificados através da alteração do ambiente que rodeia as pessoas de modo a apoiar comportamentos mais seguros. É evidente que intervenções eficientes que visam a redução do risco de transmissão de VIH vão para além de uma mera transmissão de informação e apoio: sensibilização das pessoas para o risco individual, melhorar a comunicação sexual entre casais, aumentar as capacidades de cada pessoa para a utilização de preservativo, compreender as práticas de menor risco como uma norma social aceite e, assistir pessoas a receberem apoio e reforço nos seus esforços de mudança (ONUSIDA, 1999).

Intervenções de promoção de saúde e prevenção de doença tendo como alvo migrantes devem ser adaptadas aos contextos culturais e, frequentemente têm como objectivo de modificar comportamentos de risco (exemplo, relacionado com o consumo de tabaco ou actividade física). De modo a melhorar o efeito de tais intervenções é importante considerar a percepção de riscos dos migrantes. Estas percepções podem em alguns aspectos diferir de percepções da população de acolhimento. Percepções de risco entre migrantes são influenciados por múltiplos factores tais como etnia, condição socio-económica, capacidades de linguagem e número de anos no país de acolhimento. Factores tais como experiências com saúde e doença e exposição a risco também têm impacto nas percepções de risco de migrantes. Contudo, o processo de migração em si mesmo pode influenciar as percepções de risco e comportamento de risco de vários modos. O envolvimento do grupo alvo intensifica a probabilidade com que uma actividade é considerada significativa pelo grupo alvo e desse modo a possibilidade de efeitos de curto e

longo termo de actividade. A razão principal para o envolvimento do grupo alvo é que planeadores de saúde pública desse modo têm uma oportunidade melhor para adaptar as actividades às necessidades e desejos dos grupos alvo. Em conclusão planeadores de saúde pública têm melhores oportunidades para elaborar intervenções de prevenção de doença significativas, eficientes e aceitáveis, quando envolvem o grupo alvo no desenho, implementação e avaliação das actividades. Este facto pode ser particularmente relevante quando estamos a desenhar actividades para grupos que regra geral são marginalizados, como é o caso dos migrantes (OMS, 2006).

Para que as intervenções de promoção de saúde e prevenção de doenças para migrantes tenham sucesso, é necessário combinar intervenções a nível individual, comunitário e da sociedade (OMS, 2006).

Medidas de prevenção de VIH efectivas são aquelas que enfatizam a dignidade humana, a responsabilidade e o empowerment através de acesso a informação e serviços de saúde e apoio comunitário e participação. Programas efectivos criam um ambiente capacitante através da adopção e implementação de leis e políticas não discriminatórias. Nem todos os objectivos de prevenção podem ser alcançados em pouco tempo. Até mesmo medidas de curto termo devem ser repetidas novamente e novamente para alcançar novos grupos e para sustentar a prevenção. Resultados de prevenção a longo termo requerem esforços sustentáveis e cumulativos – incluindo uma série e até várias linhas de acção convergentes, incluindo actividades para construir capacidade humana e institucional para gerar recursos (Nações Unidas, 2001).

Uma abordagem holística no âmbito da prevenção de VIH deve considerar não apenas risco mas também as causas de vulnerabilidade profundamente enraizadas e localizadas, que reduzem a capacidade de indivíduos e comunidades para se protegerem a si mesmos e outros contra infecção. Quando planeamos intervenções

no âmbito do VIH/SIDA devemos estabelecer alvos de ambiciosos, realísticos e mensuráveis. É necessária mobilização social e política para considerar normas sexuais, igualdade de género, respeito mútuo e consentimento em relações sexuais e casamento, redução de parceiros sexuais e aumento de uso de preservativo (Nações Unidas, 2001). O comportamento sexual pode ser influenciado por factores pessoais e estruturais que se modificam. Todas as intervenções de prevenção de VIH que têm por objectivo mudar comportamento sexual de indivíduos e grupos devem lidar com estes factores modificáveis (Pulle, Lubega, et al, 2004).

Algumas intervenções são efectivas quando usadas com uma pessoa, enquanto outras são efectivas quando aplicadas a um grupo de pessoas. A maioria das intervenções podem ser agrupadas de acordo com o modo como são realizadas nas seguintes categorias – intervenções a nível individual (que incluem qualquer intervenção interactiva cara-a-cara, ou de um para um) (OMS, 2006). Elas podem operar sobretudo em factores pessoais modificáveis, tais como conhecimento, atitudes, intenções, capacidades e auto-estima. Intervenções a nível individual incluem: aconselhamento voluntário e testes; aconselhamento de um para um; cara-a-cara; ajuda telefónica e linhas de aconselhamento; algum trabalho baseado na Internet. Intervenções a nível de grupos são sessões facilitadas ou actividades efectuadas para grupos pequenos de indivíduos. As sessões podem ser apenas uma ou regulares, de várias durações e intensidades e didácticas ou interactivas (ou uma mistura de ambas). Tais intervenções incluem: educação sexual baseada nas escolas; seminários e workshops de base comunitária; trabalho de pequenos grupos, incluindo terapia com o objectivo de realçar estratégias de lidar com situações e persuadir sobre mudança em comportamento ou padrões de pensamento. Intervenções de pequenos grupos podem ser usadas para proporcionar capacidades e informação e, podem envolver *role-play* e estratégias de resolução de problemas (exemplo, ter membros para pensar sobre situações de

risco e prática como eles iriam responder a elas). Intervenções a nível de grupos consequentemente operam principalmente em factores pessoais modificáveis tais como conhecimento, atitudes, percepções e capacidades. Eles também podem ter vantagem na constituição do grupo para lidar com factores estruturais (da sociedade) modificáveis, exemplo, normas de grupos e de pares. A intervenção de pares é considerada a forma mais efectiva de educação e fonte credível de mudança de comportamento de grupo através da influência de pares. Educadores de pares ou líderes podem ajudar os seus pares respondendo a questões e influenciando práticas comunitárias, para reduzir o risco de transmissão de VIH dentro dos seus grupos sociais. Para o desenvolvimento de iniciativas de prevenção de VIH efectivas junto da população alvo, o empowerment comunitário é fundamental porque tem como objectivo desenvolver estruturas comunitárias e funções de organizações comunitárias. Requer também participação ampla por todos os segmentos da comunidade, exemplo, grupos comunitários, organizações religiosas, profissionais de cuidados de saúde e sociais, grupos privados e voluntários, liderança política e governamental. Para a prevenção do VIH, o desenvolvimento comunitário também é essencial porque aumenta a capacidade de comunidades para reconhecer e lidar com as suas próprias necessidades de prevenção de VIH (Pulle, Lubega, et al, 2004).

O empowerment e o desenvolvimento comunitário apoiam a criação e funcionamento da infra-estrutura comunitária e aumentam os contextos nos quais intervenções de prevenção de VIH podem ocorrer. A ausência de infra-estruturas comunitárias limita os contextos nos quais as intervenções podem ocorrer. Intervenções podem trabalhar com membros da comunidade de modo a aumentar a sua capacidade para organizar e estruturar associações de base comunitária, lidar com as necessidades de africanos na comunidade, desafiar discriminação, quem faz políticas e financiadores e, participar em processos de tomada de decisão. Intervenções sócio políticas contribuem para a redução de incidência de VIH nos

seguintes modos: legislação em torno de actividades sexuais (idade de consentimento, transmissão da infecção); políticas (esfera de estrutura de financiamento de prevenção de VIH), desenvolvimento organizacional (a capacidade de organizações de efectuar intervenções); facilitação de intervenções (o desenvolvimento de política e execução de intervenções e investigação disponível para fornecer evidencia para a necessidade de prevenção de VIH). O conhecimento é essencial para apoiar pessoas a tomar decisões sobre a sua saúde. Contudo, as pessoas podem estar bem informadas sobre VIH e estar conscientes do que necessitam para fazer para se protegerem a si mesmas e outras da infecção mas, faltam de capacidades necessárias para implementar estas estratégias. Se uma avaliação de necessidades identifica este facto como sendo uma insuficiência crucial, então as intervenções necessitam de ser desenvolvidas para apoiar as pessoas a tornarem-se com mais capacidades e motivadas nestes comportamentos protectores para a saúde. É ainda mais importante identificar líderes dentro da população minoritária/migrante e «ganhá-los do nosso lado» para assegurar que as comunidades trabalhem juntas na resolução de problemas relacionados com VIH/SIDA. Programas de prevenção de VIH/SIDA e de cuidados para populações migrantes com sucesso tendem a ser aqueles desenvolvidos com e conduzidos por comunidades migrantes. Os programas devem assegurar acesso a cuidados e ser integrados com outros programas locais e nacionais relacionados com SIDA (Pulle, Lubega, et al, 2004).

Promoção e Educação para a Saúde

No âmbito da saúde, o envolvimento comunitário expõe a consciência do desenvolvimento de cada comunidade em actividades de desenvolvimento. Este processo constitui uma estratégia que fomenta a participação comunitária, visando

a prestação de melhores cuidados de saúde para as pessoas. Deste modo, nas intervenções no sector da saúde a participação comunitária é um elemento crucial e uma dimensão de extrema relevância a ser considerada em estratégias de desenvolvimento de políticas (Narciso, Teixeira & Moniz, 2004). Intervenção na área da saúde culturalmente competente deve ser direccionada para a promoção da saúde – empowerment – comunidades, grupos e pessoas desenvolvem e utilizam recursos aumentando o poder psicológico, sócio cultural, económico e político permitindo às pessoas aumentar a eficiência do exercício da sua cidadania (Sousa, 2006).

A promoção de saúde é um processo de capacitação da comunidade para agir na melhoria da saúde e qualidade de vida, o que inclui maior participação no controlo deste processo. Não é uma questão exclusiva da área da saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, procurando o bem-estar global. Tem por objectivo a melhoria das condições de saúde através de intervenções comunitárias. A promoção de saúde apoia o desenvolvimento social e pessoal através da intensificação de capacidades vitais, educação para a saúde e disseminação de informação (OMS, 1986).

Investigação epidemiológica recente confirmou a centralidade de factores sociais e ambientais na promoção da saúde da maioria da população registada em países industrializados no início do século 19 (OMS, 2006).

A promoção de saúde é baseada neste critério de direito humano e oferece um conceito positivo e inclusivo de saúde como um determinante de qualidade de vida e em torno de bem-estar mental e espiritual. Para melhorar a saúde dos migrantes, particularmente no âmbito do VIH/SIDA a nível global, nacional e local, é necessário considerar os tratados internacionais. Muitos países assinam acordos, no entanto a sua implementação na prática nem sempre é realizada. A capacidade de construção comunitária (CCC) é vista como uma parte de há muito estabelecida

tradição de promoção de saúde envolvendo acção comunitária em promoção de saúde. A prática de capacidade comunitária parece vir do desejo para enfatizar abordagem a recursos ou forças para conceptualizar promoção de saúde comunitária *versus* abordagem a déficits ou patologias e para enfatizar abordagens empowering *versus* aquelas onde profissionais ou outros em poder impõem os seus próprios programas. Vários conceitos são associados fortemente com o CCC. Os mais importantes, já mencionados são empowerment (relacionado com poder político e psicológico) e, controlo comunitário. Outros são participação e autodeterminação (programas estabelecidos pelas comunidades e não por *outsiders*) (Kwok Cho, Beaglehole & Leeuw, 2006).

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

O presente estudo pretende constituir uma contribuição significativa para a compreensão da importância do acesso aos cuidados de saúde por parte dos migrantes em Portugal. Medir a acessibilidade aos cuidados é altamente problemático. Para quantificar acessibilidade temos de saber não apenas a taxa de consumo de cuidados, mas a prevalência de problemas (exemplo, nível de necessidade); isto pode apenas ser estabelecido por estudos epidemiológicos. Contudo, informação sobre problemas de acessibilidade que migrantes sentem pode também ser recolhido utilizando métodos qualitativos. Tal investigação não indica se acessibilidade é «melhor» ou «pior» para migrantes, mas permite-nos identificar os obstáculos ao fornecimento de cuidados e «caminhos para cuidados» que migrantes utilizam (Ingleby, de Freitas et al, 2005), é o que pretendemos com o presente estudo. Ambicionamos ainda perceber quais os conhecimentos dos migrantes em relação ao VIH/SIDA, bem como os seus comportamentos de risco vs protectores.

Objectivos de Investigação

Objectivo Geral

Caracterizar a população migrante da zona geográfica de Lisboa que recorre aos serviços da UM dos Médicos do Mundo.

Objectivos Específicos

Os objectivos da investigação baseiam-se em termos mais específicos em:

- Conhecer os motivos e necessidades que levam as pessoas a recorrerem ao serviço
- Conhecer o motivo que as conduz a este serviço e não a outro serviço de saúde, nomeadamente do SNS
- Verificar eventuais obstáculos no acesso ao SNS
- Compreender quais são os problemas de saúde dos migrantes
- Verificar quais são os comportamentos de saudáveis vs de risco
- Compreender quais são os conhecimentos relativamente ao VIH/SIDA

Questões de Investigação

De um modo geral, é fundamental verificar se:

- A dificuldade de acesso ao SNS é independente do género e do estatuto legal?

De modo a verificarmos se a questão do género influencia ou não as dificuldades encontradas no acesso ao SNS

- O facto de recorrer à UM dos MdM por dificuldades económicas, sociais e relação de confiança é independente do género? No sentido de aferir se os motivos que levam os migrantes a recorrer à UM dos MdM está ou não relacionada com o género.

- O facto de recorrer à UM dos MdM por dificuldades económicas, sociais, por não ter o cartão do SNS e, por confidencialidade e qualidade de atendimento é independente do estatuto legal? De modo a investigarmos se os motivos que levam

os migrantes a recorrer à UM dos MdM está ou não relacionada com a condição legal.

- A utilização de preservativo é independente do género do respondente? No sentido de analisarmos os comportamentos de risco vs comportamentos protectores e, se estes estão relacionados com o género.
- Os migrantes que recorrem a UM dos MdM têm conhecimento sobre os modos de transmissão do VIH/SIDA? De modo a investigar os conhecimentos que os migrantes têm sobre o VIH e a SIDA.

Metodologia

Existem sérios obstáculos metodológicos à realização do presente estudo, relacionados com a diversidade de situações encontradas. Do ponto de vista estatístico, o teste mais poderoso de um efeito experimental é obtido com uma amostra que é tão homogénea quanto possível – o que é praticamente impossível quando estamos a falar de um estudo nesta área. Realizar a presente investigação com base em registos clínicos não seria possível porque frequentemente falham em registar a etnia ou origem dos pacientes. Às vezes, isto é uma questão de princípio, porque alguns profissionais de saúde sentem que a pratica é discriminatória. Em qualquer caso, se nós estamos interessados no estado de saúde de um grupo, registos clínicos dão apenas uma avaliação muito indirecta disto: os dados são apenas relacionados com aqueles que procuram tratamento, e não dizem nada sobre aqueles que não encontram modo de entrar no sistema de cuidados. Adicionalmente, eles apenas registam quanto tratamento foi prestado, mas não nos podem dizer se este tratamento era realmente adequado para os problemas apresentados. Em qualquer caso, registos clínicos são uma fonte de dados inadequada se nós estamos interessados no estado de saúde de um grupo. Eles

relacionam apenas aqueles que procuram tratamento, e não nos dizem nada sobre aqueles que não encontraram o seu caminho para o sistema de cuidados (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Medir acessibilidade de cuidados é altamente problemático. Frequentemente, comparações são feitas da taxa de “consumo de cuidados” por diferentes grupos: se não há diferenças significativas investigadores frequentemente concluem que não há desigualdades no acesso. Contudo, isto assume que as necessidades de todos os grupos são iguais, o que é um assunto altamente questionável. Para quantificar acessibilidade uma pessoa tem de conhecer não apenas a taxa de consumo de cuidados, mas a prevalência de problemas (exemplo, o nível de necessidade): isto pode apenas ser estabelecido por estudos epidemiológicos. Tais estudos tradicionalmente omitem grupos de migrantes, enquanto inclui-los traz com sérios problemas metodológicos. Contudo, informação sobre problemas de acessibilidade que migrantes experienciam pode também ser recolhido usando métodos qualitativos. Tal investigação não indica se a acessibilidade é “melhor” ou “pior” para migrantes, mas isto permite-nos a identificar os obstáculos de provisão de cuidados e os “caminhos de cuidado” que os migrantes usam (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). É muito difícil inquirir migrantes sobre a sua saúde e eventuais dificuldades e/ou obstáculos no acesso ao SNS. Em primeiro lugar, de modo a conseguir aplicar um questionário nesta área, é necessário que o migrante sinta-se à vontade no local e com quem está a conversar. Muitas vezes, o principal receio é se estão ou não a falar com algum representante de uma entidade governamental. Este foi mais um motivo que nos conduziu a solicitar a colaboração dos MdM, porque já estão no terreno e são reconhecidos pelos migrantes que se deslocam à sua UM.

Todos os aspectos referidos anteriormente, influenciaram a selecção do conteúdo dos questionários e, a metodologia de recolha de informação.

População e amostra

Após termos seleccionado a população que vamos investigar, é fundamental decidir de que modo vão ser seleccionadas as pessoas que vão constituir a nossa amostra. O processo de amostragem é difícil. Considerando que pretendemos estudar uma população de difícil acesso, optamos por ter uma amostragem não aleatória, logo a amostra não será representativa da população em estudo (Maroco, 2007).

A amostra é constituída por migrantes que recorreram à UM dos MdM durante o mês de Abril de 2007. Considerando a extrema dificuldade de inquirir migrantes, sobretudo indocumentados, a amostra de selecção aleatória não é representativa da população de imigrantes residentes em Portugal, logo não é possível fazer inferências para toda a população.

Variáveis estudadas

- Necessidades/motivos que levam as pessoas a recorrerem ao serviço
- Problemas de saúde
- Dificuldades e obstáculos no acesso ao SNS
- Comportamentos protectores/saudáveis vs risco
- Conhecimentos sobre VIH/SIDA

Instrumento

Para a realização esta investigação foi utilizado um instrumento desenvolvido pela ONUSIDA (UNAIDS, 2000) e outro utilizado pelos MdM num estudo realizado na Europa (Chauvin & Parizot, 2007) (ver anexo B). A ONUSIDA elaborou o

instrumento para monitorizar conhecimentos, atitudes e comportamento sexual. Os MdM desenvolveram o instrumento para avaliar o acesso e os obstáculos de acesso aos serviços de saúde. No que se refere à área do acesso ao SNS, o questionário é constituído por onze questões, abordando os problemas de saúde dos respondentes, acesso e obstáculos ao SNS e, motivos que os levam a recorrer à UM dos MdM. No âmbito do VIH/SIDA, o questionário é composto por 14 questões, incluindo temas relacionados com conhecimentos, atitudes e comportamentos dos respondentes. Existem cinco questões de resposta aberta, que possibilitam aos inquiridos referir o último problema de saúde e os mais frequentes, o que conduziu o respondente a não fazer o teste de VIH, modos de transmissão do vírus e, fazer um comentário/observação ao questionário. Relativamente a dados sócio-demográficos, é questionada a idade, género, estatuto legal, estado civil, habilitações literárias, nacionalidade, há quanto tempo reside em Portugal, situação perante o emprego e, tipo de residência.

Adaptação

A adaptação do instrumento da ONUSIDA foi realizada através da sua tradução para português.

Pré teste

Foi efectuado um pré-teste para verificar a aplicabilidade do questionário no terreno e efectuar adaptações à realidade encontrada, de modo a facilitar a recolha dos dados e a colaboração dos migrantes. Foi efectuado nos últimos três dias do mês de Março.

Procedimentos da Recolha de Dados

De modo a recolher os dados, foram inquiridos todos os migrantes que se deslocaram à UM dos MdM durante o mês de Abril de 2007 e, que manifestaram vontade em participar no estudo. Os questionários foram realizados em três línguas: português, inglês e ucraniano. Sempre que foram efectuados em ucraniano contamos a colaboração imprescindível de um membro da equipa dos MdM, ucraniano.

Tratamento Estatístico

De modo a alcançar os objectivos propostos, a análise realizada dos dados é por um lado descritiva. Por outro, foi realizada uma análise de modo a comprar se dois grupos, por exemplo, homens e mulheres e, legais e indocumentados, diferem relativamente a determinada característica. Neste caso, foi aplicado o teste do Qui-Quadrado e quando as condições para aplicar este teste não se verificaram foi aplicado o teste de Fisher (Maroco, 2007).

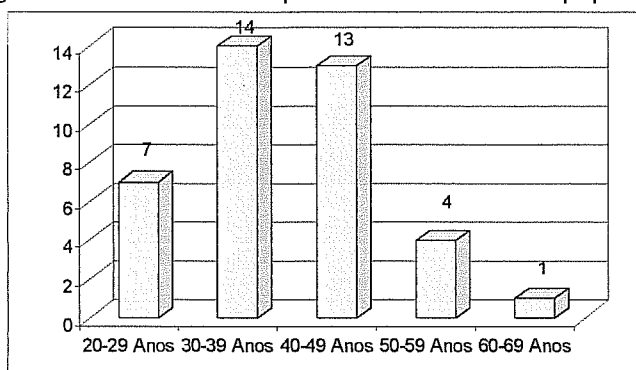
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O estudo foi realizado com a população de migrantes que se deslocou à Unidade móvel dos Médicos do Mundo, durante o mês de Abril de 2007 (n = 40) (ver anexo C).

Descrição das Frequências de Resultados

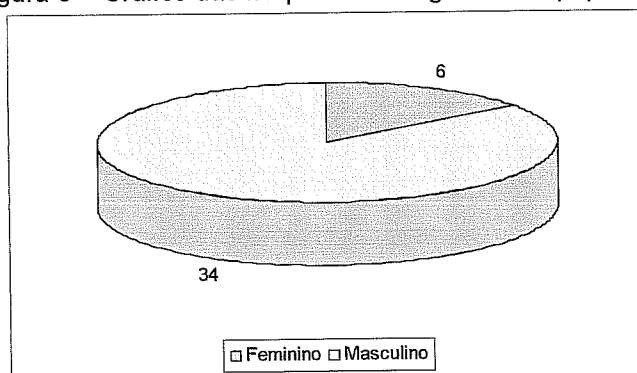
Dados Sócio – Demográficos

Figura 2 – Gráfico das frequências das idades da população



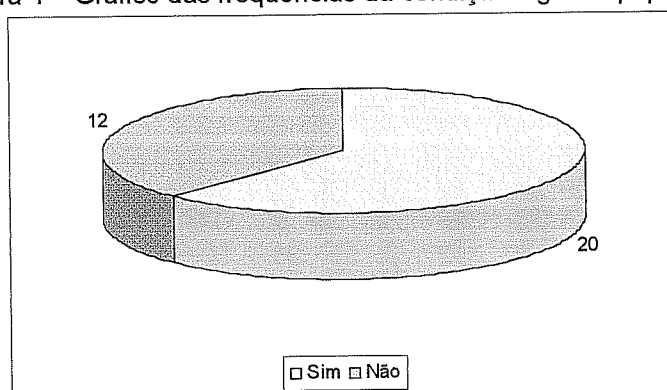
Relativamente às idades, a maioria da população – 14 pessoas (35,9%) têm idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos, um número significativo – 13 indivíduos (33,3%) têm entre 40 e 49 anos, 7 inquiridos (17,9%) têm entre 20 e 29 anos, 4 pessoas (10,3%) entre 50 e 59 anos e, um inquirido (2,6%) entre 60 e 69 anos de idade. Salienta-se o facto de que uma pessoa não respondeu a esta questão.

Figura 3 – Gráfico das frequências do género da população



No respeitante ao género, a maioria da população – 34 pessoas (85%) pertencem ao género masculino e, 6 inquiridos (15%) são do feminino.

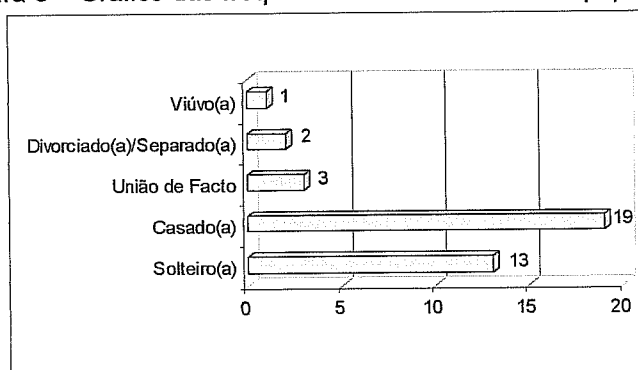
Figura 4 – Gráfico das frequências da condição legal da população



Quanto à condição legal da população, 20 pessoas (62%) estão legais e, 12 (38%) são indocumentados.

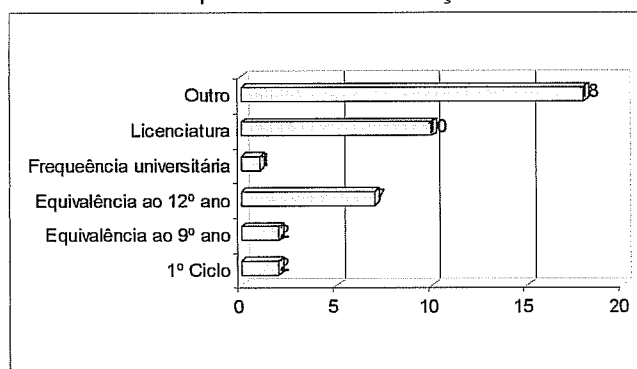
Salienta-se o facto que 8 indivíduos não responderam a esta questão.

Figura 5 – Gráfico das frequências do estado civil da população



De toda a população a maioria – 19 pessoas (50%) são casadas, 13 (34,2%) são solteiras, três (7,9%) vivem em união de facto, duas (5,3%) são divorciadas/separadas e uma (2,6%) viúva. A esta questão dois inquiridos não responderam.

Figura 6 – Gráfico das frequências das habilitações literárias da população



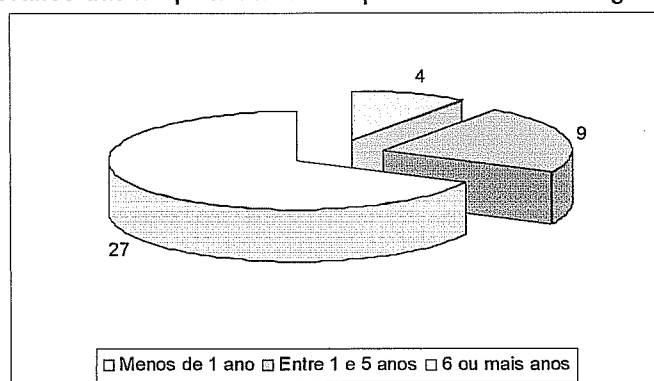
Em relação às habilitações literárias, 18 pessoas (45%) têm outra habilitação, nomeadamente, 7 com o 10º ano de escolaridade, 4 com o 11º ano, 3 com o 8º ano, duas com o 9º ano e uma com o 6º ano e, um inquirido não especificou. 10 Indivíduos (25%) têm uma licenciatura, nomeadamente, três pessoas em engenharia, uma em jornalismo, uma em economia, uma em farmácia, uma em informática e três não especificaram a licenciatura. 7 Pessoas (17,5%) têm equivalência ao 12º ano, 2 (5%) têm equivalência ao 9º ano e outras 2 (5%) têm o 1º ciclo e, um inquirido (2,5%) tem frequência universitária.

Tabela 1 – País de origem da População

Nacionalidade	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Índia	7	17,5	17,5	17,5
Guiné-Bissau	2	5,0	5,0	22,5
Ucrânia	8	20,0	20,0	42,5
Bulgária	1	2,5	2,5	45,0
Bangladesh	2	5,0	5,0	50,0
Brasil	4	10,0	10,0	60,0
Senegal	1	2,5	2,5	62,5
Cabo Verde	4	10,0	10,0	72,5
Angola	6	15,0	15,0	87,5
Moçambique	1	2,5	2,5	90,0
Moldávia	1	2,5	2,5	92,5
Roménia	2	5,0	5,0	97,5
Mauritânia	1	2,5	2,5	100,0
TOTAL	40	100,0	100,0	

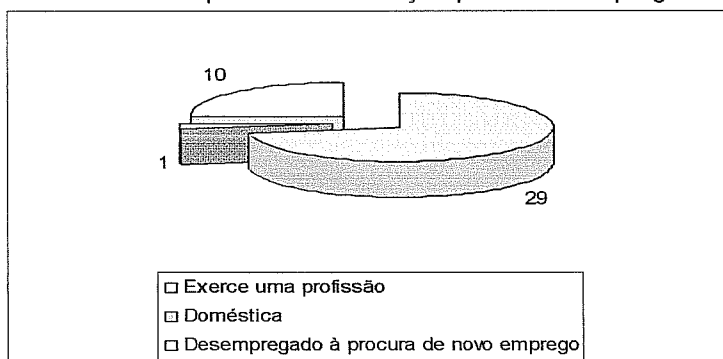
Relativamente ao país de origem, a maioria da população inquirida – 8 pessoas (20%) são da Ucrânia; 7 (17,5%) são da Índia; 6 (15%) de Angola; 4 pessoas (10%) são do Brasil; em igual percentagem (também 4 pessoas) são de Cabo Verde; 2 inquiridos (5%) são da Guiné-Bissau; 2 (5%) são da Roménia e, outros 2 (5%) são do Bangladesh. Por fim temos uma pessoa da Bulgária, uma do Senegal, uma de Moçambique, uma da Moldávia e uma da Mauritânia.

Figura 7 – Gráfico das frequências do tempo a residir em Portugal da população



No respeitante ao tempo de residência em Portugal, a maioria – 27 pessoas (67%) reside em há seis anos ou mais; 9 inquiridos (23%) entre 1 e 5 anos e, 10% (4 indivíduos) há menos de um ano.

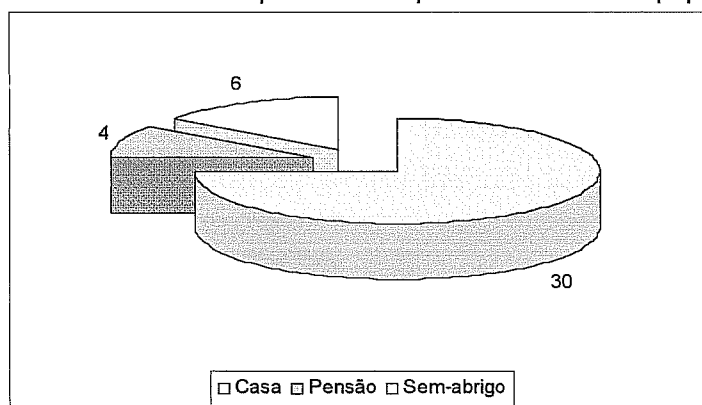
Figura 8 – Gráfico das frequências da situação perante o emprego da população



Quanto à situação perante o emprego, a maioria – 29 pessoas (72%) exercem uma profissão; 10 (25%) estão desempregados à procura de novo emprego e uma (3%) é doméstica. Nas profissões exercidas pela população temos, três pedreiros,

dois técnicos instaladores de ar condicionado, dois serventes, dois manobradores/condutores de maquinas, dois engenheiros, dois comerciantes, um estucador, um jornalista, um operário de lavandaria, um taxista, um trolha, um carpinteiro e um jardineiro. Salienta-se o facto que 8 pessoas não referiram a profissão exercida.

Figura 9 – Gráfico das frequências do tipo de residência da população



De toda a população, 30 pessoas (75%) residem numa casa, 6 (15%) são sem abrigo e, 4 (10%) vivem numa pensão.

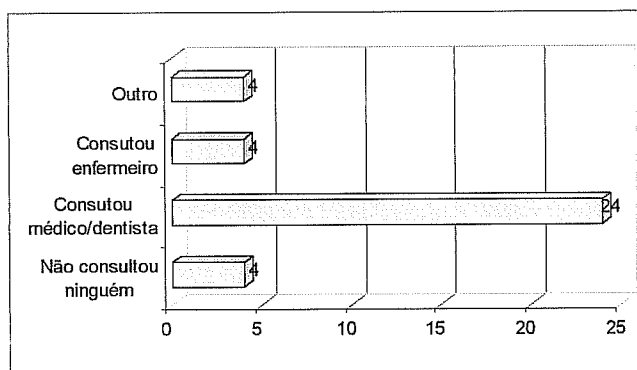
Dados sobre Saúde e Acesso ao SNS

Tabela 2 – Problemas de Saúde da população a última vez que se sentiu doente

Problemas de Saúde	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Digestivo	5	12,5	12,5	12,5
Geral	17	42,5	42,5	55,0
Osteoarticular	4	10	10	65,0
Respiratório	2	5	5	70,0
Neurológico	1	2,5	2,5	72,5
Dermatológico	3	7,5	7,5	80,0
Cardiovascular	2	5	5	85,0
Sangue, imunológico	1	2,5	2,5	87,5
Regra geral sem problemas de saúde	5	12,5	12,5	100
TOTAL	40	100,0	100,0	

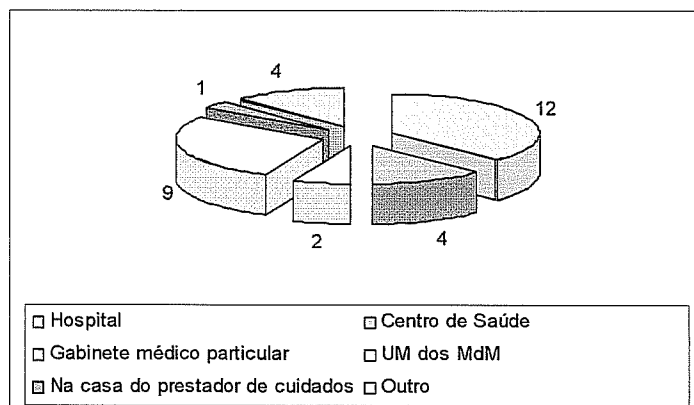
Em relação aos problemas de saúde, a última vez que a população se sentiu doente, a maioria – 17 pessoas (42,5%), tiveram problemas de saúde gerais; 5 (12,5%) tiveram problemas digestivos; 4 (10%) tiveram problemas osteoarticulares; 3 (7,5%) tiveram problemas dermatológicos; 2 (5%) tiveram problemas cardiovasculares e duas pessoas respiratórios; uma (2,5%) teve problemas neurológicos e uma (2,5%) relacionado com o sangue – anemia. Salienta-se o facto que 5 pessoas (12,5%) referiram que regra geral não tem problemas de saúde.

Figura 10 – Gráfico das frequências de quem a população consultou a última vez que esteve doente



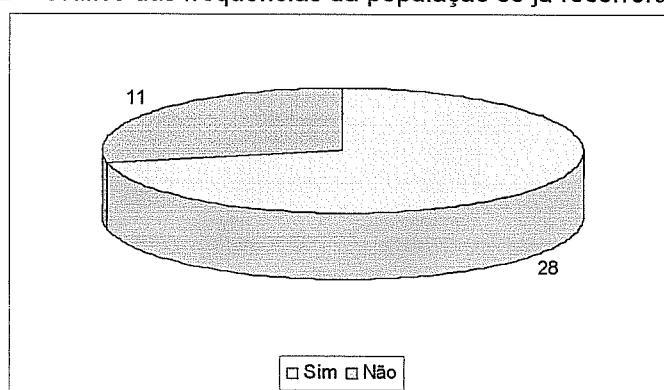
Relativamente a quem a população consultou a última vez que esteve doente, a maioria – 24 pessoas (60%) consultaram um médico/dentista; 4 (10%) consultaram enfermeiros; outras 4 (10%) não consultaram ninguém e outras 4 (10%) consultaram *outro* que neste caso corresponde a farmacêutico. De notar o facto de que 4 inquiridos não responderam a esta questão, porque não se sentiram doentes.

Figura 11 – Gráfico das frequências de onde a população foi consultada a última vez que se sentiu doente



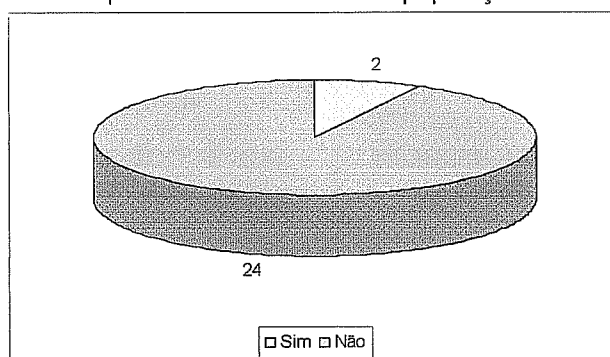
No respeitante a onde a população foi consultada, a maioria – 12 pessoas (37%) foram a um hospital; 9 (28%) deslocaram-se à unidade móvel dos MdM; 4 (13%) foram ao Centro de Saúde e, outras 4 (13%) referiram *outro*. 2 Inquiridos (6%) foram a um gabinete médico particular e um deslocou-se à casa do prestador de cuidados. Das 4 pessoas que referiram *outro*, três foram a uma farmácia e uma não especificou. Salienta-se o facto que 4 indivíduos não responderam e outras 4 não responderam porque não foram consultadas.

Figura 12 – Gráfico das frequências da população se já recorreram ao SNS



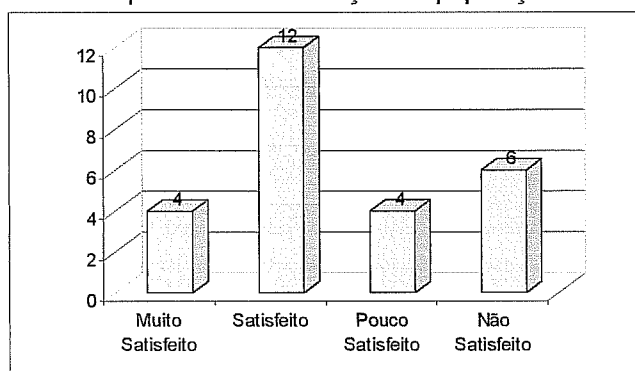
Quanto ao facto de se já recorreram aos serviços do SNS, a maioria da população – 28 pessoas (72%) já recorreu e, 11 (28%) não recorreram. Salienta-se o facto que um indivíduo não respondeu a esta questão.

Figura 13 – Gráfico das frequências de recusa de prestação de serviços por parte de profissionais de saúde à população



Das pessoas já recorrerem ao serviço do SNS (28 pessoas), a maioria – 24 (92%) não obtiveram recusa de acesso aos cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde e, 2 (8%) já tiveram recusa. Salienta-se o facto de que dois indivíduos não responderam a esta questão.

Figura 14 – Gráfico das frequências de satisfação da população com os serviços do SNS



Em relação à satisfação com os serviços do SNS a maioria – 12 pessoas (46,2%) estão satisfeitas; 6 (23,1%) não estão satisfeitas e, 4 (15,4%) estão muito satisfeitas e outras 4 (15,4%) pouco satisfeitas. Salienta-se o facto que 2 indivíduos não responderam a esta questão.

Tabela 3 – Principais obstáculos no acesso e continuidade de cuidados de saúde no SNS

Obstáculos no acesso ao SNS	Sim	Não
Consultas muito caras	12 (34,3%)	23 (65,7%)
Tratamento muito caro	12 (34,3%)	23 (65,7%)
Horários dos serviços de saúde não adaptados	11(31,4%)	24(68,6%)
Dificuldades administrativas	0	35 (100%)
Desconhecimento dos seus direitos	1 (2,9%)	34 (97,1%)
Não sabe onde ir	1 (2,9%)	34 (97,1%)
Barreira da língua	3 (8,6%)	32 (91,4%)
Barreira cultural	1 (2,9%)	34 (97,1%)
Recusa de cuidados por parte dos profissionais de saúde	0	35 (100%)

Medo de discriminação	1 (2,9%)	34 (97,1%)
Medo de denuncia	1 (2,9%)	34 (97,1%)
Não há obstáculos	14 (40%)	21 (60%)
Outros obstáculos	12 (34,3%)	23 (65,7%)

Relativamente aos obstáculos no acesso e à continuidade dos cuidados de saúde no SNS, 23 pessoas (65,7%) são da opinião que as consultas não são muito caras e 12 (34,3%) são da opinião que sim, são muito caras. Sobre o facto de que o tratamento ser ou não muito caro, 23 inquiridos (65,7%) são da opinião que não e, 12 (34,3%) pensam que sim. No que se refere a horários dos serviços de saúde não serem adaptados 24 indivíduos (68,6%) não concordam e 11 (31,4%) concordam. Quanto a dificuldades administrativas, toda a população refere que não existem. De toda a população, 1 pessoa (2,9%) não conhece os seus direitos; 1 inquirido (2,9%) não sabe onde ir; 1 indivíduo (2,9%) refere a barreira cultural; 1 pessoa (2,9%) refere o medo de discriminação; e, 1 inquirido (2,9%) refere o medo de denúncia. 3 Pessoas (8,6%) referem a barreira da língua. Toda a população refere que não considera obstáculo a recusa de prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde. 14 Indivíduos (40%) referem que não há obstáculos, embora depois concordem com alguns referidos e, 12 pessoas (34,3%) referem outros obstáculos. Aqui foi feita referência ao facto de que o SNS está acessível apenas para quem está há 90 dias em Portugal; ao elevado tempo de espera; ao facto de existirem muitas queixas, que há grandes listas de esperas e que é difícil ter acesso a um médico. Referem ainda a falta de assistência: *“passam por cima de uma pessoa; fui maltratado por uma técnica de raio X, porque não tinha 4€ para pagar no Hospital S. José”*. É ainda referido que os médicos são impacientes e quando estão doentes não há quem os substitua e, as dificuldades de acesso por quem não tem documentos.

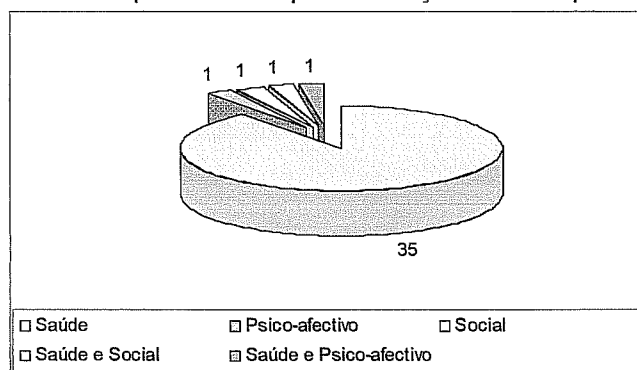
Salienta-se aqui o facto que 5 pessoas não responderam a esta questão.

Tabela 4 – Motivos que levaram a população a recorrer à UM dos MdM e não ao SNS

Razões para acesso à UM dos MdM e não ao SNS	Sim	Não
Não ter cartão do SNS	1 (2,6%)	37 (97,4%)
Dificuldades económicas	6 (15,8%)	32 (84,2%)
Dificuldades sociais	10 (26,3%)	28 (73,7%)
Qualidade do atendimento	5 (13,2%)	33 (86,8%)
Relação de confiança	9 (23,7%)	29 (76,3%)
Desconhecimento das estruturas a que pode recorrer	0	38 (100%)
Confidencialidade no atendimento	1 (2,6%)	37 (97,4%)
Procura de medicamentos	1 (2,6%)	37 (97,4%)
Outras razões	29 (76,3%)	9 (23,7%)

Quanto aos motivos que conduziram a população a recorrer à UM dos MdM e não ao SNS 10 pessoas (26,3%) referem dificuldades sociais, 9 (23,7%) referem a relação de confiança; 6 (15,8%) referem dificuldades económicas; 5 (13,2%) referem a qualidade do atendimento; 1 inquirido (2,6%) refere o não ter cartão do SNS; 1 indivíduo (2,6%) a confidencialidade no atendimento e 1 pessoa (2,6%) a procura de medicamentos. Nenhuma pessoa inquirida referiu ter recorrido à UM dos MdM por desconhecimento das estruturas a que pode recorrer. 29 pessoas (76,3%) referem outras razões para ir à UM, que estão relacionadas com o encaminhamento por parte de outra instituição, acompanhar um amigo à consulta e também ser consultado, o facto de se sentir melhor; o reconhecimento do símbolo dos MdM; o pouco tempo de espera e o horário de atendimento (nocturno), a proximidade e, a facilidade de comunicação (“*aqui posso falar ucraniano*”).

Figura 15 – Gráfico das frequências do tipo de serviço da UM a que a população recorre



De toda a população, a maioria 35 pessoas (89,7%) recorrem ao serviço de saúde da UM dos MdM, um inquirido (2,6%) ao serviço psico-afectivo, um indivíduo

(2,6%) ao social, um (2,6%) ao serviço de saúde e social e um (2,6%) ao serviço de saúde e psico-afectivo.

Tabela 5 – Problemas da População de Abuso e/ou Dependências

Abuso/Dependência de	Sim	Não
Álcool	9 (23,1%)	30 (76,9%)
Tabaco	14 (35,9%)	25 (64,1%)
Medicamentos	7 (17,9%)	32 (82,1%)
Drogas	3 (7,7%)	36 (92,3%)

Em relação a problemas de abuso ou dependência, 9 pessoas (23,1%) têm problemas de abuso/dependência de álcool, 14 (35,9%) de tabaco, 7 (17,9%) de medicamentos e 3 (7,7%) de drogas.

Tabela 6 – Problemas de Saúde que a População tem com mais frequência

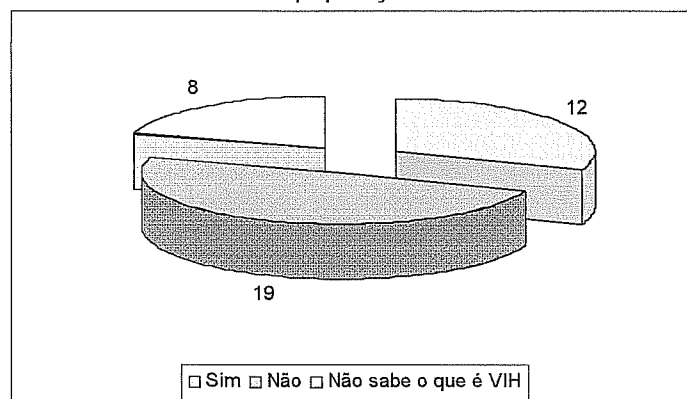
Problemas de Saúde	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Digestivo	5	12,5	12,5	12,5
Geral	6	15	15	27,5
Osteoarticular	3	7,5	7,5	35
Respiratório	4	10	10	45
Neurológico	2	5	5	50
Dermatológico	4	10	10	60
Cardiovascular	3	7,5	7,5	67,5
Sangue, imunológico	2	5	5	72,5
Oftalmológico	1	2,5	2,5	75
Dependências de álcool, drogas	3	7,5	7,5	82,5
Regra geral sem problemas de saúde	7	17,5	17,5	100
TOTAL	40	100,0	100,0	

Em relação aos problemas de saúde que a população tem com mais frequência, a maioria – 6 pessoas (15%) tem problemas de saúde gerais; 5 (12,5%) têm problemas digestivos; 4 (10%) têm problemas respiratórios e outras 4 (10%), dermatológicos; 3 (7,5%) osteoarticulares, outras 3 (7,5%) cardiovasculares e outras 3 (7,5%) têm problemas relacionados com a dependência de álcool e drogas. 2 indivíduos (5%) têm problemas de sangue e, 2 (5%) neurológicos; 1

(2,5%) tem problemas oftalmológicos e 7 inquiridos (17,5%) referem que regra geral não tem problemas de saúde.

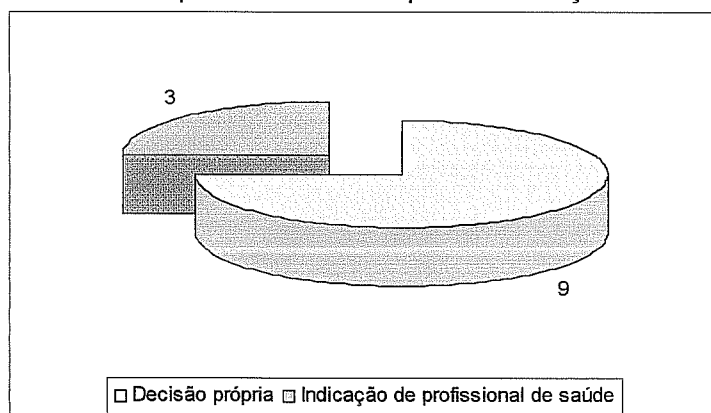
Dados sobre VIH/SIDA

Figura 16 – Gráfico das frequências de teste de VIH realizado nos últimos 12 meses da população



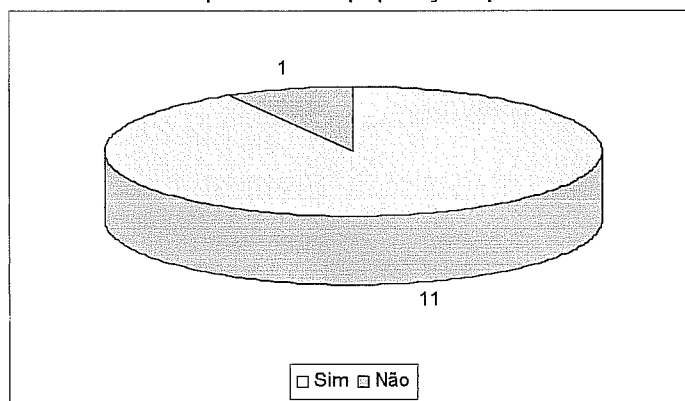
Relativamente a se a população realizou ou não teste de VIH nos últimos 12 meses 19 pessoas (48%) não fizeram, 12 (31%) fizeram e, 8 (21%) não sabem o que é VIH/SIDA.

Figura 17 – Gráfico das frequências do motivo para a realização do teste da população



No respeitante ao motivo pelo qual a população realizou o teste de VIH, 9 pessoas (75%) realizaram por decisão própria e 3 (25%) por indicação de um profissional de saúde.

Figura 18 – Gráfico das frequências da população que sabe o resultado do teste

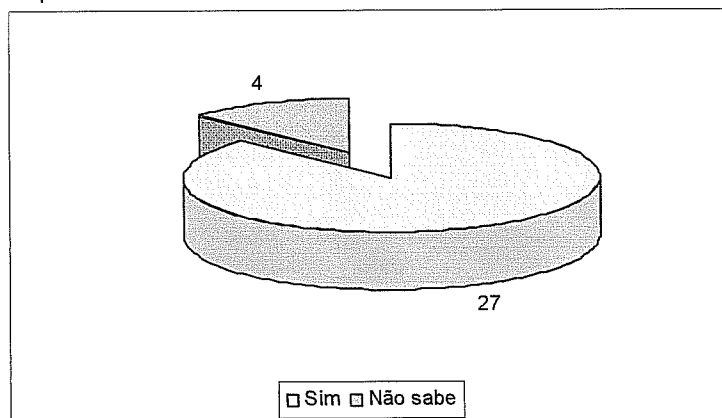


Quanto à questão se sabem ou não o resultado do teste, 11 pessoas (92%) sabem e 1 (8%) não.

Motivo que conduziu a população a não realizar o teste do VIH?

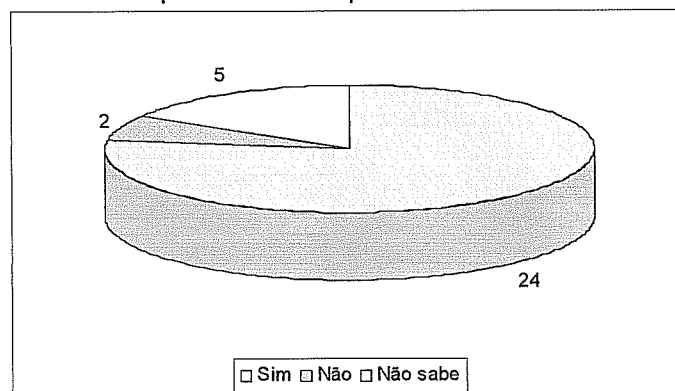
Sobre os motivos que levaram a população a não realizar o teste as respostas são diversas: *“não fiz porque não sou doente”, “nunca vi motivo para fazer o teste”, “não calhou”, “ignorância”, “penso que estou bem, nunca pensei no assunto”, “acho que não preciso, sempre fui direito, de família, sexo sempre com dois preservativos a não ser no casamento”, “fiz teste há muito tempo e estava tudo bem”, “não fiz porque nunca fui ao medico”, “fiz o teste em 2005 e acho que não devo voltar a fazer”, “tenho receio do resultado”, “só tenho o meu marido, não tenho outro homem, por causa da idade (50 anos) não vale a pena fazer”, “sei que não tenho, uso preservativo”, “não quero, vivo sozinho, não tenho relações sexuais”, “não sei porque motivo é preciso”, “não há problemas, nem eu nem a minha esposa, não há relações fora do casamento”, “tenho 65 anos, não preciso”.*

Figura 19 – Gráfico das frequências da população que é da opinião que a utilização de preservativos reduz o risco de transmissão do VIH/SIDA



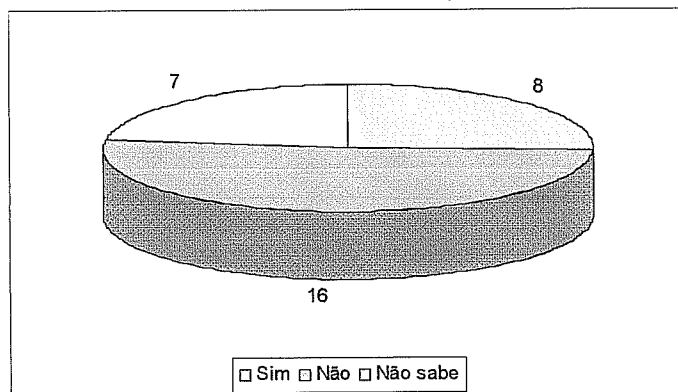
Na opinião da maioria da população – 27 pessoas (87%) a utilização de preservativos reduz o risco de transmissão do VIH/SIDA. No entanto, 4 indivíduos (13%) referem que não sabe se a afirmação é verdadeira ou não.

Figura 20 – Gráfico das frequências da população que é da opinião que uma pessoa com aspecto saudável pode ter VIH/SIDA



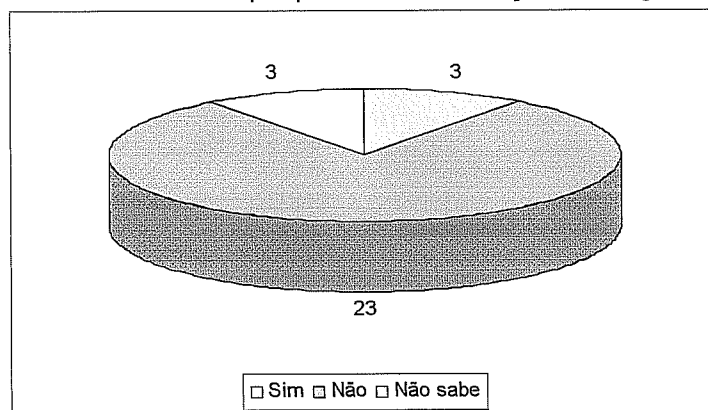
Relativamente à opinião sobre se uma pessoa com um bom aspecto, com um aspecto saudável pode ter VIH/SIDA, a maioria da população – 24 pessoas (78%) referem que sim, a pessoa pode parecer saudável e ter VIH/SIDA. No entanto, 5 indivíduos (16%) não sabem e 2 pessoas (6%) referem que não.

Figura 21 – Gráfico das frequências da população que é da opinião que uma pessoa pode ser infectada com VIH/SIDA através da picada de um mosquito



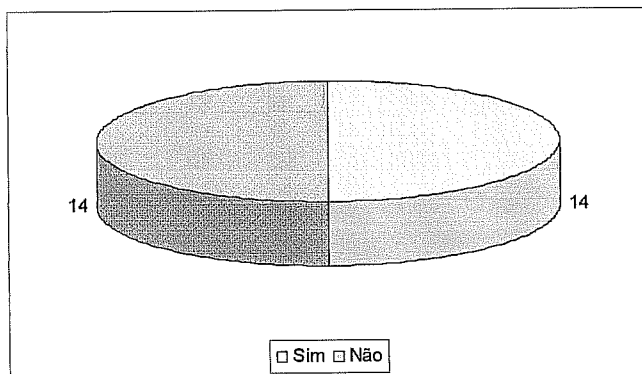
No respeitante o facto de uma poder ser infectada com VIH/SIDA através da picada de um mosquito, 16 pessoas (51%) referem que não; 8 (26%) referem que sim, pode ser infectada e 7 (23%) referem que não sabe.

Figura 22 – Gráfico das frequências da população que é da opinião que uma pessoa pode ser infectada com VIH/SIDA por partilhar uma refeição com alguém infectado



Quanto à opinião de uma pessoa poder ser infectada com VIH/SIDA por partilhar uma refeição com alguém infectado, 23 pessoas (80%) referem que não, 3 (10%) referem que sim e outras 3 (10%) não sabem.

Figura 23 – Gráfico das frequências da população que utilizou preservativo na relação sexual mais recente nos últimos 12 meses



De toda a população metade – 14 pessoas (50%) referem que utilizaram preservativo na relação sexual mais recente nos últimos 12 meses e a outra metade – 14 pessoas (50%) referem que não usaram.

Respostas às Questões Abertas

Injecção de drogas no último mês

Em relação ao facto de injectar drogas no último mês, toda a população refere que não injectou.

Formas de transmissão do VIH

Relativamente às formas de transmissão do VIH, 23 pessoas referem relações sexuais, 15 citam a partilha de seringas, 7 referem que pode ser transmitido através do sangue, 4 referem secreções corporais, 2 mencionam transfusões sanguíneas e durante a gravidez, uma refere durante o parto e uma em casas de banho.

Comentários

No respeitante a comentários efectuados no final do questionário, temos opiniões de 7 inquiridos. Nomeadamente “*deixei de fumar há 7 anos e fumei durante 16/18 anos*”, “*As pessoas têm que ter cuidado com o vício das drogas, com o álcool; andam em bares à procura de parceiros, têm de usar preservativos; não podem partilhar seringas*”, “*O problema da SIDA são os homossexuais, as prostitutas e os toxicodependentes*”, “*agradeço aos MDM pela ajuda*”, “*com minha a esposa não uso preservativo*”, “*uso preservativo quando tenho relações extra conjugais, com a parceira fixa não uso*”. Um dos respondentes colocou questões sobre sintomas de quando se está infectado com o vírus da SIDA, questionou se pode ser infectado caso o preservativo rebente; ele referiu que “*aconteceu com a minha namorada, ela é boa moça, é de família, acho que ela não tem*”. Foi abordada a questão do desespero de aguardar pelo e saber o resultado: “*a SIDA não tem cura; já pensou o que seria a minha vida?*”. Foi sugerido realizar o teste no Centro de Saúde da Lapa e os locais onde está o CAD móvel do Ministério da Saúde.

Comparação Entre Grupos

- Pretende-se testar se a opinião sobre a dificuldade de acesso ao SNS no que respeita à existência de obstáculos é independente do género do respondente.

Tabela 7 – Comparação entre Género e Não haver obstáculos no acesso ao SNS

		Dificuldade acesso: não tem obstáculos		
		Sim	Não	Total
Género	Feminino	2	3	5
	Masculino	12	18	30
Total		14	21	35

H_0 : A opinião sobre dificuldade de acesso ao SNS é independente do género

H_1 : A opinião sobre dificuldade de acesso ao SNS não é independente do género

$p\text{-value} = 1 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Verificamos que a opinião sobre não existirem obstáculos no acesso ao SNS é independente do género.

- Pretende-se testar se a opinião sobre a dificuldade de acesso ao SNS no que respeita à existência de obstáculos é independente do estatuto legal do respondente

Tabela 8 – Comparação entre Estatuto Legal e Não haver obstáculos no acesso ao SNS

		Dificuldade acesso: não tem obstáculos		Total
		Sim	Não	
Legalidade	Sim	11	7	18
	Não	2	8	10
Total		13	15	28

H_0 : A opinião sobre a dificuldade de acesso ao SNS é independente do estatuto legal

H_1 : A opinião sobre a dificuldade de acesso ao SNS não é independente do estatuto legal

$p\text{-value} = 0.037 < \alpha = 0.05$, logo rejeitamos H_0

Constatamos que a opinião sobre não existirem obstáculos no acesso ao SNS não é independente do estatuto legal.

- Pretende-se testar se a utilização de preservativo referente à relação sexual mais recente (nos últimos 12 meses) é independente do género do respondente

Tabela 9 – Comparação entre Género e utilização de preservativo na relação sexual mais recente

		Utilização preservativo relação mais recente		
		Sim	Não	Total
Género	Feminino	1	3	4
	Masculino	13	11	24
Total		14	14	28

H_0 : A utilização de preservativo é independente do género

H_1 : A utilização de preservativo não é independente do género

$p\text{-value} = 0.596 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Aferimos que a utilização de preservativo na relação sexual mais recente (nos últimos 12 meses) é independente do género.

- Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MdM no que respeita a dificuldades económicas é independente do género do respondente.

Tabela 10 – Comparação entre Género e Recorrer à UM dos MdM por dificuldades económicas

		Ir U.M.: dificuldades económicas		
		Sim	Não	Total
Género	Feminino	1	4	5
	Masculino	5	28	33
Total		6	32	38

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MdM é independente do género

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MdM não é independente do género

$p\text{-value} = 1 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Verificamos que o facto de recorrer à UM dos MdM por dificuldades económicas é independente do género.

- Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MdM no que respeita a dificuldades sociais é independente do género do respondente

Tabela 11 – Comparação entre Género e Recorrer à UM dos MdM por dificuldades sociais

		Ir U.M.: dificuldades sociais		
		Sim	Não	Total
Género	Feminino	2	3	5
	Masculino	8	25	33
Total		10	28	38

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MdM é independente do género

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MdM não é independente do género

$p\text{-value} = 0.592 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Constatamos que o facto de recorrer à UM dos MdM por dificuldades sociais é independente do género.

- Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MdM no que respeita a relação de confiança é independente do género do respondente

Tabela 12 – Comparação entre Género e Recorrer à UM dos MdM por relação de confiança

		Ir U.M.: relação de confiança		
		Sim	Não	Total
Género	Feminino	2	3	5
	Masculino	7	26	33
Total		9	29	38

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MdM é independente do género

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MdM não é independente do género

$p\text{-value} = 0.574 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Aferimos que o facto de recorrer à UM dos MdM devido à relação de confiança é independente do género.

- Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MdM no que respeita dificuldades económicas é independente do estatuto legal do respondente

Tabela 13 – Comparação entre Estatuto Legal e Recorrer à UM dos MdM por dificuldades económicas

		Ir U.M.: dificuldades económicas		
		Sim	Não	Total
Legalidade	Sim	2	17	19
	Não	3	9	12
Total		5	26	31

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MdM é independente do estatuto legal

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MdM não é independente do estatuto legal

$p\text{-value} = 0.350 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Verificamos que o facto de recorrer à UM dos MdM por dificuldades económicas é independente do estatuto legal

- Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MdM no que respeita a não ter o cartão do SNS é independente do estatuto legal do respondente

Tabela 14 – Comparação entre Estatuto Legal e Recorrer à UM dos MdM por não ter o cartão do SNS

		Ir U.M.: não tem cartão SNS		
		Sim	Não	Total
Legalidade	Sim	0	19	19
	Não	1	11	12
Total		1	30	31

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MdM é independente do estatuto legal

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MdM não é independente do estatuto legal

$p\text{-value} = 0.387 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Constatamos que o facto de recorrer à UM dos MdM por não ter o cartão do SNS é independente do estatuto legal

- Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MdM no que respeita a dificuldades sociais é independente do estatuto legal do respondente

Tabela 15 – Comparação entre Estatuto Legal e Recorrer à UM dos MdM por dificuldades sociais

		Ir U.M.: dificuldades sociais		
		Sim	Não	Total
Legalidade	Sim	4	15	19
	Não	4	8	12
Total		8	23	31

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MdM é independente do estatuto legal

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MdM não é independente do estatuto legal

$p\text{-value} = 0.676 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Aferimos que o facto de recorrer à UM dos MdM por dificuldades sociais é independente do estatuto legal.

- Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MdM no que respeita a confidencialidade no atendimento é independente do estatuto legal do respondente

Tabela 16 – Comparação entre Estatuto legal e Recorrer à UM dos MdM por confidencialidade no atendimento

		Ir U.M.: confidencialidade no atendimento		
		Sim	Não	Total
Legalidade	Sim	0	19	19
	Não	1	11	12
Total		1	30	31

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MdM é independente do estatuto legal

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MdM não é independente do estatuto legal

$p\text{-value} = 0.387 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Verificamos que o facto de recorrer à UM dos MdM por confidencialidade no atendimento é independente do estatuto legal.

- Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MdM no que respeita a qualidade do atendimento é independente do estatuto legal do respondente

Tabela 17 – Comparação entre Estatuto Legal e Recorrer à UM dos MdM por qualidade do atendimento

		Ir U.M.: qualidade do atendimento		
		Sim	Não	Total
Legalidade	Sim	3	16	19
	Não	0	12	12
Total		3	28	31

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MdM é independente do estatuto legal

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MdM não é independente do estatuto legal

$p\text{-value} = 0.265 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Aferimos que o facto de recorrer à UM dos MdM por qualidade do atendimento é independente do estatuto legal.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

A maioria da população que se deslocou à UM tem entre 30 e 39 anos de idade (14 pessoas – 35,9%), contudo um número significativo (13 pessoas – 33,3%) tem entre 40 e 49 anos, 7 (17,9%) têm entre 20 e 29 anos, 4 entre 50 e 59 (10,3%) e uma pessoa (2,6%) tem entre 60 e 69 anos. 34 Pessoas (85%) são do género masculino e 6 (15%) do feminino. Relativamente ao estatuto legal dos migrantes, a maioria (20 pessoas – 62%) estão legais e 12 (38%) estão indocumentados. Salienciamos aqui o facto de que oito pessoas não responderam à questão de se têm ou não documentos. Relativamente ao estado civil, a maioria da população (19 pessoas – 50%) são casados, 13 (34,2%) são solteiros, 3 (7,9%) vivem em união de facto, 2 (5,3%) divorciados/separados e um (2,6%) viúvo. Duas pessoas não responderam à questão do estado civil. No que se refere às habilitações literárias, 18 pessoas (45%) têm outra habilitação, nomeadamente, 7 pessoas com o 10º ano de escolaridade, 4 com o 11º ano, 3 com o 8º ano, duas com o 9º ano, uma com o 6º ano e, uma pessoa não especificou. 10 Pessoas (25%) têm uma licenciatura, nomeadamente, três pessoas em engenharia, uma em jornalismo, uma em economia, uma em farmácia, uma em informática e três não especificaram a licenciatura. 7 pessoas (17,5%) têm equivalência ao 12º ano, 2 pessoas (5%) têm equivalência ao 9º ano, outras 2 pessoas (5%) têm o 1º ciclo e, uma pessoa (2,5%) tem frequência universitária. Em relação ao país de origem, a maioria da população inquirida – 8 pessoas (20%) são da Ucrânia; 7 pessoas (17,5%) são da Índia; 6 pessoas (15%) de Angola; 4 pessoas (10%) são do Brasil; 4 pessoas (10%) são de Cabo Verde; 2 pessoas (5%) são da Guiné-Bissau; 2 pessoas (5%) são da Roménia e, outras 2 pessoas (5%) são do Bangladesh. Por fim temos uma pessoa (2,5%) da Bulgária, uma (2,5%) do Senegal, uma (2,5%) de Moçambique, uma (2,5%) da Moldávia e uma (2,5%) da Mauritânia. Quanto ao tempo de residência

em Portugal, a maioria – 27 pessoas (67%) reside há seis anos ou mais; 9 pessoas (23%) entre 1 e 5 anos e, 4 pessoas (10%) há menos de um ano. Relativamente à situação perante o emprego a maioria – 29 pessoas (72%) exercem uma profissão; 10 pessoas (25%) estão desempregados à procura de novo emprego e uma pessoa (3%) é doméstica. Nas profissões exercidas pela população temos, três pedreiros, dois técnicos instaladores de ar condicionado, dois serventes, dois manobradores/condutores de maquinas, dois engenheiros, dois comerciantes, um estucador, um jornalista, um operário de lavandaria, um taxista, um trolha, um carpinteiro e um jardineiro (oito pessoas não referiram a profissão exercida). Salienta-se o facto de que 25% da população inquirida encontra-se desempregada, estando consequentemente numa situação de maior vulnerabilidade. Em relação ao tipo de residência 30 pessoas (75%) residem numa casa, 6 pessoas (15%) são sem abrigo e, 4 pessoas 10% () vivem numa pensão. Estes resultados mais uma vez demonstram a situação de vulnerabilidade em que vivem muitos imigrantes. À semelhança do que verificamos com estes resultados, um estudo realizado pelo Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde dos MdM (2007), revela que 40% dos inquiridos indicam que a sua habitação é precária. Considerando que as condições habitacionais são um determinante para a saúde, um indicador de qualidade de vida e, um factor que promove vulnerabilidade, através dos resultados obtidos verificamos que este é um problema característico dos migrantes.

No respeitante a problemas de saúde, a última vez que a população se sentiu doente, a maioria – 17 pessoas (42,5%), tiveram problemas de saúde gerais (por exemplo, dores de cabeça e gripe); 5 pessoas (12,5%) tiveram problemas digestivos; 4 pessoas (10%) tiveram problemas osteo-articulares; 3 pessoas (7,5%) tiveram problemas dermatológicos; duas pessoas (5%) tiveram problemas cardiovasculares e duas pessoas (5%), respiratórios; uma pessoa (2,5%) teve problemas neurológicos e uma (2,5%), relacionado com o sangue – anemia.

Salienta-se o facto de que 12,5% da população referir que regra geral não tem problemas de saúde. No respeitante a problemas de saúde que a população tem com mais frequência, a maioria – 6 pessoas (15%) tem problemas de saúde gerais; 5 pessoas (12,5%) têm problemas digestivos; 4 pessoas (10%) têm problemas respiratórios e outras 4 pessoas (10%), dermatológicos; 3 pessoas (7,5%) osteo-articulares, outras 3 pessoas (7,5%) cardiovasculares e outras 3 pessoas (7,5%) têm problemas relacionados com a dependência de álcool e drogas. 2 Pessoas (5%) têm problemas de sangue e, 2 pessoas (5%) neurológicos; uma pessoa (2,5%) tem problemas oftalmológicos e 7 pessoas (17,5%) referem que regra geral não tem problemas de saúde. À semelhança do que verificamos, o estudo do Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde dos MdM (2007), refere entre os principais problemas de saúde detectados, os digestivos e os osteo-articulares.

Frequentemente os migrantes são mais saudáveis do que a população do país de acolhimento. No entanto, com o passar do tempo, o cenário poderá ser alterado por estarem mais expostos a factores de risco (OMS, 2006).

Relativamente a quem consultaram a última vez que estiveram doentes, a maioria (60%) consultou um médico/dentista; 4 pessoas (10%) consultaram enfermeiros; outras 4 pessoas (10%) não consultaram ninguém e 4 pessoas (10%) consultaram *outro* que neste caso corresponde a farmacêutico. De notar o facto de que 4 pessoas não responderam a esta questão, porque não se sentiram doentes.

Quanto a onde a população foi consultada, a maioria – 12 pessoas (37%) foram a um hospital; 9 pessoas (28%) deslocaram-se à unidade móvel dos MdM; 4 pessoas (13%) foram ao Centro de Saúde e, outras 4 pessoas (13%) referiram *outro*. 2 Pessoas (6%) foram a um gabinete médico particular e uma pessoa deslocou-se à casa do prestador de cuidados. Das 4 pessoas que referiram *outro*, três foram a uma farmácia e uma não especificou. Salienta-se o facto que 4

peças não responderam e outras 4 não responderam porque não foram consultadas. A maioria dos migrantes inquiridos desloca-se aos hospitais; é mais provável que os migrantes legais estejam inscritos nos Centros de Saúde e, os migrantes indocumentados, recorrem mais facilmente aos hospitais porque recebem tratamentos de um modo mais anónimo e só recorrem a ele quando o seu estado de saúde se agrava (de Freitas, 2003).

Em relação ao facto de se já recorreram aos serviços do SNS, a maioria da população – 28 pessoas (72%) já recorreu e, 11 pessoas (28%) não recorreram. Salienta-se o facto que uma pessoa não respondeu a esta questão.

Na população que já recorreu ao serviço do SNS (28 pessoas), à maioria – 24 pessoas (92%) não foi recusado o acesso a cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde e, 2 pessoas (8%) já obtiveram recusa. Salienta-se o facto de que duas pessoas não responderam a esta questão. Ao contrário do que estamos a verificar com a resposta a esta questão, o estudo do Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde dos MdM (2007), uma em cada dez pessoas obteve recusa de prestação dos cuidados de saúde por parte dos profissionais; salienta-se aqui o facto de que estes dados referem-se a um estudo onde participaram apenas migrantes indocumentados.

No respeitante à satisfação com os serviços do SNS a maioria – 12 pessoas (46,2%) estão satisfeitas; 6 pessoas (23,1%) não estão satisfeitas, 4 pessoas (15,4%) estão muito satisfeitas e outras 4 (15,4%) pouco satisfeitas; 2 pessoas não responderam a esta questão.

Relativamente aos obstáculos no acesso e à continuidade dos cuidados de saúde no SNS, 23 pessoas (65,7%) são da opinião que as consultas não são muito caras e 12 pessoas (34,3%) é da opinião que sim, são muito caras. Sobre o facto de que o tratamento ser ou não muito caro, 23 pessoas (65,7%) são da opinião que não e, 12 pessoas (34,3%) pensam que sim. No que se refere aos horários dos

serviços de saúde não serem adaptados 24 pessoas (68,6%) não concorda e 11 pessoas (31,4%) concordam. Quanto a dificuldades administrativas, toda a população refere que não existem. De toda a população, uma pessoa (2,9%) não conhece os seus direitos; uma pessoa (2,9%) não sabe onde ir; uma pessoa (2,9%) refere a barreira cultural; uma pessoa (2,9%) refere o medo de discriminação; e, uma pessoa (2,9%) refere o medo de denúncia. 3 Pessoas (8,6%) referem a barreira da língua. Toda a população refere que não considera obstáculo a recusa de prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde. 14 Pessoas (40%) referem que não há obstáculos, embora depois concordem com alguns referidos e, 12 pessoas (34,3%) referem outros obstáculos. Aqui foi feita referência ao facto de que o SNS está acessível apenas para quem está há 90 dias em Portugal; ao elevado tempo de espera; ao facto de existirem muitas queixas, que há grandes listas de esperas e que é difícil ter acesso a um médico. Referem ainda a falta de assistência: *“passam por cima de uma pessoa; fui maltratado por uma técnica de raio X, porque não tinha 4€ para pagar no Hospital S. José”*. É ainda referido que os médicos são impacientes e quando estão doentes não há quem os substitua e, as dificuldades de acesso por quem não tem documentos. Salienta-se aqui o facto de que 5 pessoas não responderam a esta questão.

Quando comparamos a opinião sobre a dificuldade de acesso ao SNS no que respeita à existência de obstáculos e o género do respondente, concluímos que a opinião sobre esta dificuldade é independente do género ($p\text{-value} = 1$). Ao relacionar a opinião sobre a dificuldade de acesso ao SNS no que respeita à existência de obstáculos e o estatuto legal do respondente, concluímos que a opinião sobre esta dificuldade é dependente do estatuto legal do respondente ($p\text{-value} = 0.037$). O migrante ser indocumentado ou legal influencia a existência de obstáculos, ou seja, a opinião sobre a existência de obstáculos no acesso aos serviços de saúde depende da condição legal. Isto quer dizer que a maioria dos

indocumentados inquiridos refere que há obstáculos no acesso ao SNS e que a maioria dos inquiridos com estatuto legal refere que não há obstáculos.

Considerando as questões de investigação, em resposta à primeira, a opinião sobre a existência de obstáculos no acesso ao SNS é independente do género e, dependente do estatuto legal. A opinião de existirem ou não obstáculos no acesso ao SNS não é dependente de se o migrante é homem ou mulher. Contudo, o facto de ser indocumentado influencia a existência de obstáculos, isto é, a opinião sobre a existência de obstáculos no acesso aos serviços de saúde depende da condição legal. Por outras palavras, a maioria dos migrantes indocumentados que participaram no estudo considera que existem obstáculos no acesso ao SNS e, por outro lado, a maioria dos migrantes legais indicam que não há obstáculos. Este facto estará relacionado com a real acessibilidade existente para os migrantes documentados e indocumentados.

Um estudo realizado por Gonçalves, Dias et al (2003) sugere a existência de uma relação entre utilização dos serviços de saúde, tempo de residência em Portugal e estatuto legal. Nas pessoas que residem há mais de 3 anos em Portugal, aumenta a número de vezes que recorrem a serviços de um hospital ou centro de saúde. Recorrer aos serviços hospitalares é 4.2 vezes mais elevado em residentes legais do que nos indocumentados; por seu turno, recorrer aos serviços de um centro de saúde é 2,5 vezes mais elevado nos residentes legais do que nos indocumentados.

Numa investigação realizada pelo do Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde dos MdM (2007), os respondentes referem como maiores obstáculos ao acesso e à continuidade dos cuidados de saúde, o desconhecimento dos direitos, os locais onde se devem dirigir, os custos dos tratamentos, dificuldades administrativas, medo de denuncia, discriminação, barreiras

linguísticas e culturais. Outra investigação realizada por Sousa (2006) salienta como obstáculo a dificuldade de comunicação.

Quando pensamos em serviços de saúde que sejam adaptados às necessidades da população, é imprescindível considerarmos as necessidades dos migrantes, pois estes fazem parte dela. Assim sendo, devemos implementar estratégias de saúde integradas, culturalmente sensíveis, adaptadas à multiculturalidade existente actualmente na nossa sociedade e, visando a redução de barreiras. O melhoramento da saúde dos migrantes tornar-se-á mais facilitado através da sua integração na sociedade e do seu empowerment. É reconhecido que empowerment e participação de todos os interessados, incluindo a sociedade civil e os próprios migrantes, promovem sustentabilidade e resultados mais efectivos. Deste modo, consideramos o desenvolvimento de sistemas de informação eficientes fundamentais no âmbito de indicadores de necessidades. Infelizmente o SNS não funciona com a qualidade que todos gostaríamos. Existem serviços prestados por ONG's, como é o caso dos Médicos do Mundo, que pretendem dar respostas adaptadas às necessidades de pessoas em situação de grande vulnerabilidade.

Para que os serviços de saúde sejam culturalmente sensíveis, é necessária formação dos profissionais de saúde, que é mais do que uma mera disseminação de noções estereotípicas sobre diferentes grupos de migrantes. "Competência Intercultural" envolve capacidades em ouvir e compreender, assim como consciência das próprias pré-concepções, intolerâncias e estrutura de referência (Ingleby, de Freitas, et al, 2005). Em serviços culturalmente adequados devemos usar intermediários – um membro do próprio grupo cultural do utente que possa explicar cada ponto ao outro; garantir um contexto mais diverso culturalmente entre profissionais; formação de recursos humanos em prestar mais tempo para

consultas com pacientes migrantes; modificar métodos de tratamento de modo a encontrar as expectativas e crenças do cliente.

Quanto aos motivos que conduziram a população a recorrer à UM dos MdM e não ao SNS 10 pessoas (26,3%) referem dificuldades sociais, 9 pessoas (23,7%) referem a relação de confiança; 6 pessoas (15,8%) referem dificuldades económicas; 5 pessoas (13,2%) a qualidade do atendimento; uma pessoa (2,6%) refere o não ter cartão do SNS; outra pessoa (2,6%) a confidencialidade no atendimento e outra pessoa (2,6%), a procura de medicamentos. Nenhuma pessoa inquirida referiu ter recorrido à UM dos MdM por desconhecimento das estruturas a que pode recorrer. 29 Pessoas (76,3%) referem outras razões para ir à UM, que estão relacionadas com o encaminhamento por parte de outra instituição, acompanhar um amigo à consulta e também ser consultado, o facto de se sentir melhor; o reconhecimento do símbolo dos MdM; o pouco tempo de espera e o horário de atendimento (nocturno), a proximidade; a facilidade de comunicação ("*aquí posso falar ucraniano*"). O maior obstáculo ao tratamento efectivo é frequentemente a barreira da linguagem (Carlsten, 2003), que é ultrapassada pelos migrantes quando recorrem aos serviços da UM dos MdM.

Em relação ao tipo de serviço da UM dos MdM, a que a população recorre a maioria – 35 pessoas (89,7%) recorrem ao serviço de saúde, uma pessoa (2,6%) ao serviço psico-afectivo, uma (2,6%) ao social, uma (2,6%) ao serviço de saúde e social e uma (2,6%) ao serviço de saúde e psico-afectivo.

Quando relacionamos o facto de se recorrer à UM dos MdM no que respeita a dificuldades económicas e o género do respondente, concluímos que o facto de recorrer à UM por este motivo é independente do género ($p\text{-value} = 1$). Ao compararmos o facto de se recorrer à UM no que respeita a dificuldades sociais e o género do respondente, concluímos que o facto de recorrer à UM por esta razão é independente do género ($p\text{-value} = 0.592$). Quando comparamos o facto de recorrer

à UM no que respeita a relação de confiança e o género do respondente, concluímos que o facto de recorrer à UM por este motivo é independente do género ($p\text{-value} = 0.574$).

Respondendo à segunda questão de investigação, concluímos os migrantes que recorrem à UM dos MdM devido a dificuldades económicas, sociais e a relação de confiança não estão relacionados com o género. Ou seja, as razões que levam os migrantes a recorrerem aos serviços dos MdM não está relacionado com o facto do migrante ser homem ou mulher.

Ao relacionar o facto de se recorrer à UM no que respeita a dificuldades económicas e o estatuto legal do respondente, concluímos que o recorrer à UM por esta razão é independente do estatuto legal ($p\text{-value} = 0.350$). Comparando o facto de se recorrer à Unidade Móvel no que respeita a não ter o cartão do SNS e o estatuto legal do respondente, concluímos que o recorrer à UM por este motivo é independente do estatuto legal ($p\text{-value} = 0.387$). Quando relacionamos o facto de se recorrer à Unidade Móvel no que respeita a dificuldades sociais e o estatuto legal do respondente, concluímos que o recorrer à UM por esta razão é independente do estatuto legal ($p\text{-value} = 0.676$). Ao compararmos o facto de se recorrer à Unidade Móvel no que respeita à confidencialidade no atendimento e o estatuto legal do respondente, concluímos que o recorrer à UM por este motivo é independente do estatuto legal ($p\text{-value} = 0.387$). Quando comparamos o facto de se recorrer à Unidade Móvel no que respeita à qualidade do atendimento e o estatuto legal do respondente, concluímos que o recorrer à UM por esta razão é independente do estatuto legal ($p\text{-value} = 0.265$).

Em resposta à terceira questão de investigação, concluímos o facto dos migrantes recorrem à UM dos MdM devido a dificuldades económicas, sociais, por não terem o cartão do SNS e, por confidencialidade e qualidade do atendimento não está relacionado com o estatuto legal.

9 Inquiridos (23,1%) têm problemas de abuso e/ou dependência relacionados com álcool, 14 pessoas (35,9%) com tabaco, 7 pessoas (17,9%) com medicamentos e 3 pessoas (7,7%) com drogas. Por si só a migração não constitui um factor de risco; as actividades realizadas pelos migrantes durante o processo migratório constituem factores de risco (Ingleby, de Freitas, et al. 2005). Deste modo, são previsíveis taxas de alcoolismo e de consumo de drogas elevadas. O consumo de álcool e drogas constituem mecanismos de lidar com situações, transformando factores de mudança mais toleráveis.

Um aspecto fundamental da saúde de migrantes é acessibilidade a cuidados de saúde. Mesmo se a maioria dos países permitem o acesso de imigrantes a cuidados de saúde em caso de emergências, é importante assegurar um acesso amplo universal à saúde com ênfase na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. É crucial reconhecer que em muitos casos o estatuto de saúde pobre de imigrantes está relacionado com a falta de acesso a serviços de saúde.

Políticas de migração ineficientes pioram o impacto que a migração tem na saúde. Nesse sentido, a UE deve chegar a um consenso em estabelecer uma política europeia ampla para lidar especificamente com a saúde de populações migrantes (Padilla & Miguel, 2007).

Leis e políticas que previnem migrantes de aceder a serviços sociais, incluindo cuidados de saúde baseado no estatuto de imigração, expressa a ideia que os próprios migrantes são os principais responsáveis pela sua situação precária, e seria caro para os contribuintes para suportar os seus custos de serviços de saúde e que excluí-los de benefícios sociais irá servir para desencorajar futuros migrantes irregulares. Permitindo que migrantes irregulares acedam a serviços de saúde é frequentemente considerado caridade ou "generosidade" em favor do Estado. Contudo, com base na legislação de direitos humanos os governos têm obrigações

legais em relação à saúde de todas as pessoas que estejam na sua jurisdição (OMS, 2006).

Devemos procurar gerir melhor a migração, de modo a planearmos os fluxos mais adequadamente, podendo assim incluir nas políticas a ela associadas questões relacionadas com a saúde. Para que seja possível alcançar este objectivo é fundamental que seja construída e/ou desenvolvida uma visão partilhada em princípios e valores, considerando as necessidades de saúde e conseqüentemente respostas adequadas.

A saúde é um direito humano que deve ser respeitado, sem discriminação, independentemente da existência ou não de documentos, independentemente de raça, etnia, cor, etc. É um direito de qualquer pessoa. Há um passo futuro que necessita ser dado na construção de uma visão comum – o reconhecimento de aspectos positivos da migração. Os migrantes trazem benefícios a países europeus não apenas como população economicamente activa e como contribuintes para um melhor equilíbrio demográfico, mas também como transportadores de culturas diferentes, hábitos, linguagens, comidas, música, etc. Esta diversidade realmente desenvolve as culturas já diversas da Europa e podem criar espaço para sinergias positivas.

Como vimos anteriormente, a UE e conseqüentemente Portugal necessita de migrantes. Se actualmente eles representam 5% da população, no futuro serão muitos mais. Se precisamos tanto deles, como eles também precisam de nós, o nosso dever é acolhermos e trata-los com a dignidade e respeito que merecem, como qualquer outro Ser Humano. Precisamos de ter uma saúde melhor, de modo a termos também uma sociedade inclusiva.

Quanto ao facto se a população realizou ou não teste de VIH nos últimos 12 meses – 19 pessoas (48%) não o fizeram, 12 pessoas (31%) fez e, 8 pessoas

(21%) não sabem o que é VIH/SIDA. Com estes resultados verificamos que existe um problema muito grave: 21% da população inquirida, não sabem o que é o VIH/SIDA. Destas 8 pessoas, sete são oriundas da Índia e uma do Bangladesh. Trata-se de um resultado muito preocupante, que nos leva a considerar que uma intervenção com a população é extremamente urgente. Se uma pessoa não tem conhecimento da existência de uma determinada doença, é impossível preveni-la, é impossível proteger-se. Frequentemente os migrantes sabem pouco sobre VIH; muitas vezes são oriundos de países onde a experiência com serviços de saúde é insignificante (UNFPA, 2004). Em relação ao motivo pelo qual a população realizou o teste de VIH, 9 pessoas (75%) realizaram por decisão própria e 3 inquiridos (25%) por indicação de um profissional de saúde.

Na população 11 indivíduos (92%) sabem o resultado do teste e um (8%) não. No respeitante aos motivos que levaram a população a não realizar o teste as respostas são diversas: *“não fiz porque não sou doente”, “nunca vi motivo para fazer o teste”, “não calhou”, “ignorância”, “penso que estou bem, nunca pensei no assunto”, “acho que não preciso, sempre fui direito, de família, sexo sempre com dois preservativos a não ser no casamento”, “fiz teste há muito tempo e estava tudo bem”, “não fiz porque nunca fui ao médico”, “fiz o teste em 2005 e acho que não devo voltar a fazer”, “tenho receio do resultado”, “só tenho o meu marido, não tenho outro homem, por causa da idade (50 anos) não vale a pena fazer”, “sei que não tenho, uso preservativo”, “não quero, vivo sozinho, não tenho relações sexuais”, “não sei porque motivo é preciso”, “não há problemas, nem eu nem a minha esposa, não há relações fora do casamento”, “tenho 65 anos, não preciso”*. Ao analisarmos os motivos que conduziram as pessoas a não realizarem o teste, podemos verificar respostas preocupantes. As pessoas pensam que não são doentes e, nota-se sobretudo que a SIDA é considerada um problema dos outros.

Aqui encontramos mais um obstáculo à prevenção – os preconceitos. Estas opiniões reflectem uma justificação para não realizar o teste. No entanto, consideramos que para alguns destes inquiridos que não fizeram o teste, está também o facto, à semelhança do que outros autores referem (Ingleby, D., Chimienti, M., Hatziprokopiou, P. & de Freitas, C. 2005), o receio de o resultado ser positivo e conseqüentemente, o receio de perseguição e deportação.

Relativamente à opinião da maioria da população – 27 pessoas (87%) considera que a utilização de preservativos reduz o risco de transmissão do VIH/SIDA. No entanto, 4 inquiridos (13%) referem que não sabem se a afirmação é verdadeira ou não. Quanto à opinião sobre se uma pessoa com um bom aspecto, com aspecto saudável pode ter VIH/SIDA, a maioria da população – 24 pessoas (78%) referem que sim, a pessoa pode parecer saudável e ter VIH/SIDA. No entanto, 5 indivíduos (16%) não sabem e 2 (6%) referem que não. Em relação ao facto de uma pessoa poder ser infectada com VIH/SIDA através da picada de um mosquito, 16 pessoas (51%) referem que não; 8 inquiridos (26%) referem que sim, pode ser infectada e 7 indivíduos (23%) referem que não sabem. Na opinião de 23 pessoas da população (80%) uma pessoa não pode ser infectada com VIH/SIDA por partilhar uma refeição com alguém infectado, 3 inquiridos (10%) refere que sim e outros 3 (10%) não sabem. Em concordância com estes dados estão os de outros estudos realizados. Uma investigação realizada em Portugal, Espanha, Bélgica e Itália, revela que 33% das pessoas inquiridas são da opinião que o vírus do VIH pode ser transmitido através da picada de um mosquito (DECO, 2004). Os conhecimentos sobre o VIH/SIDA também relevam resultados preocupantes. Ainda que não seja a maioria, existe um número significativo de respondentes que não sabem que a utilização do preservativo protege contra o VIH, que uma pessoa com um aspecto saudável pode ter VIH, que não pode ser infectada através da picada de um mosquito e que não podem ser infectadas através da partilha de uma

refeição com alguém infectado. Considerando que o primeiro passo à prevenção é o conhecimento, ainda temos muito a fazer neste âmbito. Se as pessoas têm noções incorrectas sobre os modos de transmissão, consequentemente vão ter comportamentos e atitudes discriminatórias.

No respeitante à utilização de preservativo na relação sexual mais recente metade refere que utilizou. Estes resultados estão de acordo com os obtidos pelo estudo referido anteriormente, onde 42% dos homens nunca usa preservativo; 45% das pessoas já usaram, o que significa que mais de metade nunca o fez. Resultados semelhantes foram obtidos num estudo realizado na Suíça sobre conhecimentos e atitudes em relação à SIDA em comunidades espanholas, portuguesas e turcas. 64% dos portugueses, 58% turcos e 13% espanhóis referem que o vírus pode ser transmitido através da picada de um mosquito; 70% dos portugueses, 80% espanhóis e 64% turcos referem que se partilharem um copo com alguém que tenha SIDA pode ser contagiado. Outra investigação realizada com pessoas da Somália revela que 18,7% têm dúvidas sobre se é possível ser infectado partilhando copos e pratos com uma pessoa infectada e, 37,7% refere que há risco de infecção através da picada de um mosquito.

O facto de os migrantes estarem separados da família, conduz a solidão e por vezes a isolamento, o que pode fomentar neles a prática de comportamentos sexuais de risco (UNFPA, 2004).

Outro resultado muito preocupante é o comportamento de risco. Metade das pessoas não usou preservativo na última relação sexual. Como vimos anteriormente, se há muito a fazer no campo da informação, também temos muito a fazer no campo da assertividade, do treino de competências sociais, de modo a que os conhecimentos adquiridos possam ser reflectidos em comportamentos protectores.

Nenhum dos inquiridos injectou drogas no último mês. Neste sentido, a análise às seguintes questões: sobre se utilizou equipamento esterilizado ou se utilizou preservativo na última relação sexual, deixam de ser analisadas por não estarem contextualizadas. Com estas questões pretendíamos verificar se quem injecta drogas com material não esterilizado tem ou não comportamento sexual de risco.

Quanto aos modos de transmissão do VIH/SIDA 23 pessoas referem relações sexuais, 15 referem a partilha de seringas, 7 pessoas referem que pode ser transmitido através do sangue, 4 pessoas referem secreções corporais, duas transfusões sanguíneas e durante a gravidez, uma refere durante o parto e uma em casas de banho. Com estes resultados constatamos mais uma vez a necessidade correcta de informação sobre os modos de transmissão, essencialmente devido à última resposta referida. No estudo realizado na Suíça 6 em cada 10 respondentes sabem que a SIDA não pode ser transmitida através do uso de casas de banho públicas.

Comparando a utilização de preservativo na relação sexual mais recente nos últimos 12 meses com o género do respondente, concluímos que a utilização do preservativo é independente do género ($p\text{-value} = 0.596$). Respondendo à 4ª questão de investigação, a utilização de preservativo na relação sexual mais recente nos últimos 12 meses, é independente do género. Metade dos inquiridos não utilizou preservativo na última relação sexual. Este facto remete-nos para a necessidade urgente de uma intervenção preventiva.

Na sociedade de acolhimento, os migrantes vivem frequentemente num contexto não familiar e por vezes em condições adversas; adicionado este facto a acesso limitado a cuidados de saúde, a vulnerabilidade ao VIH aumenta (HDN & IOM, 2005).

Ao responder à última questão de investigação, chegamos a conclusões preocupantes do presente estudo. 21% da população inquirida não sabe o que é o

VIH/SIDA. Estamos perante um problema muito grave. Estes 21%, correspondem a oito pessoas, 7 oriundas da Índia e uma do Bangladesh. Se uma pessoa não tem conhecimento da existência de uma determinada doença, é impossível preveni-la, proteger-se. Uma intervenção preventiva é extremamente urgente no nosso país. É certo que os dados recolhidos neste estudo não nos permitem de modo algum fazer inferências para a comunidade asiática no seu todo. Contudo, os dados são preocupantes. Adicionado ao facto de que algumas pessoas em pleno século XXI não sabem o que é a SIDA, ainda há mitos, que levam a que as pessoas não se preocupem com a questão, continuando a pensar que é um problema dos outros. Alguns inquiridos referiram que não fizeram o teste porque não são doentes, porque não há motivo para o fazerem. Aqui encontramos mais um obstáculo à prevenção – os preconceitos e os mitos. Este tipo de afirmações leva-nos a questionar. Será que estas pessoas têm conhecimento sobre os modos de transmissão do VIH? Nem todos os inquiridos sabe se a utilização de preservativos reduz risco de transmissão do VIH. Alguns referem que uma pessoa com aspecto saudável não pode ser portadora do vírus; uma percentagem significativa indica que a picada de um mosquito pode transmitir o vírus e que pode ser infectado se partilhar uma refeição com alguém portador do vírus. Mais uma vez, estamos a lidar com resultados preocupantes e, que remetem-nos para a necessidade urgente de intervenção na comunidade migrante, em termos de prevenção e, do treino de competências sociais.

Em relação aos comentários efectuados no final do questionário, temos opiniões de 7 inquiridos. Nomeadamente *“deixei de fumar há 7 anos e fumei durante 16/18 anos”*, *“As pessoas têm que ter cuidado com o vício das drogas, com o álcool; andam em bares à procura de parceiros, têm de usar preservativos; não podem partilhar seringas”*, *“O problema da SIDA são os homossexuais, as prostitutas e os toxicod dependentes”*, *“agradeço aos MDM pela ajuda”*, *“com minha a*

esposa não uso preservativo”, *“uso preservativo quando tenho relações extra conjugais, com a parceira fixa não uso”*. Um dos respondentes colocou questões sobre sintomas de quando se está infectado com o vírus da SIDA, questionou se pode ser infectado caso o preservativo rebente; ele referiu que *“aconteceu com a minha namorada, ela é boa moça, é de família, acho que ela não tem”*. Foi abordada a questão do desespero de aguardar pelo e saber o resultado: *“a SIDA não tem cura; já pensou o que seria a minha vida?”*. Foi sugerido realizar o teste no Centro de Saúde da Lapa e os locais onde está o CAD móvel do Ministério da Saúde.

Quando se formula uma política no âmbito da migração e pretende-se que seja coerente e eficaz é necessário considerar as diferentes dimensões que se incluem na migração. Assim sendo, qualquer política no domínio da migração tem de incluir especificamente todos os aspectos referentes à migração não devendo portanto estar focalizada em apenas uma dimensão, como por exemplo, o mercado de trabalho (Figueiredo, 2005).

É necessário protegermos os direitos humanos de todos os migrantes. E quando falamos em direitos humanos, falamos de vários, onde se inclui a saúde. A legislação existe mas é fundamental que seja aplicada na prática.

No contexto da saúde comunitária, o presente estudo permitiu-nos constatar um facto extremamente preocupante. Na investigação participaram 40 pessoas, 7 das quais oriundas da Índia e duas do Bangladesh. Destas 9 pessoas, 8 não sabem o que é a SIDA. Em pleno século XXI e decorrido ¼ de século de uma epidemia que se alastra desenfadadamente por todo o mundo, este facto parece inacreditável. Consideramos uma intervenção urgente neste âmbito.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O aumento da migração para e dentro da Europa, confrontou sistemas de cuidados de saúde com o desafio de desenvolver serviços acessíveis, adequados e efectivos para migrantes e minorias étnicas. A prestação dos serviços existentes foi desenvolvida na maioria pelas populações nativas e frequentemente falham em encontrar as necessidades de outros grupos. O desenvolvimento de cuidados de saúde multiculturais tem conseqüentemente decorrido mão em mão com a emergência de nova investigação (Ingleby, 2006).

Seremos capazes de dar uma resposta adequada em termos de acesso a serviços de saúde para todos? Actualmente não somos. Como tivemos oportunidade verificar os migrantes e, sobretudo os indocumentados têm dificuldades de acesso a estes serviços. Será ético necessitarmos de papéis para ver um direito humano reconhecido? Se assim for, onde estaremos a colocar o valor da vida humana? Onde estaremos a considerar a igualdade de direitos? Quão importante, por exemplo, é a remoção de sintomas comparado com o melhoramento da «qualidade de vida»? Quão importantes são considerações tais como empowerment ou estigmatização?

É fundamental uma reforma dos serviços de saúde, para que sejam organizados de modo a darem uma resposta adequada às necessidades de toda a população, incluindo claramente os migrantes a residirem no nosso país. Para implementarmos uma verdadeira política de saúde pública sustentável, é necessário trabalharmos de modo a remover barreiras económicas, administrativas, sociais e linguísticas.

Devemos implementar princípios constitucionais de igualdade e não discriminação, igualdade de direitos e deveres entre nacionais e estrangeiros com

expectativas justificadas pela constituição, assim como o direito (também garantido pela constituição) que todos têm de protecção de saúde. É importante que o sistema de saúde esteja disponível para todos aqueles que necessitem dele, independentemente de estatuto económico, social ou cultural (Nações Unidas, 2001).

O Conselho da Europa recomendou aos EM que implementem políticas globais e coerentes que beneficiem e assegurem saúde de pessoas em situações precárias, que protejam a dignidade humana e impeçam a discriminação e a exclusão social, que garantam ambientes facilitadores de integração social, que implementem na prática as legislações de modo a protegerem os direitos humanos e a garantir equidade e solidariedade social (Chauvin & Parizot, 2007).

A nossa estrutura legal sobre o acesso por parte dos migrantes cuidados de saúde é significativamente desenvolvida, no entanto, temos assistido a vários problemas quando analisamos a aplicação na prática da legislação. Um exemplo claro, é a recusa de cuidados a migrantes indocumentados mesmo se a lei declara que eles têm direito a esse cuidado (Ingleby, de Freitas, et al, 2005).

A nossa legislação disponibiliza acesso a serviços de saúde apenas no prazo de 90 dias. Quando abordamos a questão de acesso a serviços de saúde para tratamento de VIH/SIDA, não deve existir este prazo (Horta, Carvalho et al, 2007).

A epidemia de VIH está a alastrar-se, e é em muitos países um sério entrave ao desenvolvimento. A cada ano surgem 4 milhões de novas infecções que atingem famílias e comunidades. Se não existir vontade política, uma liderança forte e compromisso por parte de todos que estão envolvidos – as pessoas que têm VIH/SIDA, a sociedade civil e, grupos vulneráveis, o mundo não vai ter êxito em eliminar esta epidemia (Nações Unidas, 2001).

Investigar no âmbito do acesso a serviços de saúde e no domínio do VIH/SIDA é extremamente relevante de modo a que sejam implementadas intervenções sustentáveis e adequadas a cada realidade, a cada contexto.

Efectuar investigações neste âmbito permite dar resposta à necessidade de maior evidência científica, permite monitorizar o estado de saúde das comunidades migrantes e, intervir em determinantes de saúde.

Para intervirmos no âmbito do VIH/SIDA é fundamental conhecermos a dinâmica e os determinantes da infecção e, ter particular atenção às populações mais vulneráveis, como é o caso dos migrantes. Para que a prevenção tenha êxito é importante garantir uma detecção precoce. Para este facto o nosso país contribui eficazmente através dos CAD's que realizam testes gratuitos e confidenciais.

Programas de prevenção com êxito, regra geral, são aqueles conduzidos por comunidades migrantes e incluem uma significativa mobilização comunitária. Aqui as ONG's desempenham um papel fulcral por acederem mais facilmente a migrantes, sobretudo os indocumentados.

Até agora, poucos dados existem que podem fornecer-nos uma visão global clara da saúde dos migrantes, o seu acesso a cuidados e problemas possíveis surgindo a este nível. Mas, alguns segmentos da população migrante parece experienciar maiores riscos de saúde quando comparada à população nativa e algumas barreiras a acesso a cuidados de saúde têm sido identificadas. Esta situação solícita a necessidade de investigação quantitativa e qualitativa adicional que pode melhor documentar o estado de saúde dos migrantes, identificar padrões de procura de apoio e uso actual de cuidados e avaliar a qualidade percebida dos tratamentos recebidos. Considerando experiências em outros países europeus, deve ser mantido em mente que diferenças surgem de acordo com grupos de migrantes investigados. Dada a escassez de dados disponíveis, parece ser muito

delicado fazer qualquer tipo de avaliação de qualidade de cuidados para migrantes neste ponto (Ingleby, de Freitas, et al, 2005).

Enquanto os migrantes indocumentados continuarem a ser visualizados no âmbito da segurança e de interesses nacionais, a saúde pública vai continuar a ser negligenciada. Se qualquer segmento da população é negligenciado em termos de saúde pública, a resposta global à SIDA vai ser limitada (ONUSIDA, 1998).

As estruturas legais envolvidas no acesso dos migrantes a cuidados de saúde são significativamente desenvolvidas, no entanto, detectamos problemas quando falamos na aplicabilidade da lei na prática. Um exemplo disso é a recusa de cuidados para migrantes indocumentados mesmo se a lei estabelece que eles têm direito aos cuidados (Ingleby, D., Chimienti, M., Hatziprokopiou, P. & de Freitas, C. 2005). Existem poucos dados sobre a saúde dos migrantes, a monitorização é deficiente, as oportunidades para comparação de dados são limitadas por causa da incompatibilidade de categorias e métodos usados; instrumentos e métodos necessitam ser desenvolvidos (especialmente do ponto de vista de validade cultural); e estudos são por vezes difíceis para localizar (Ingleby, D., Chimienti, M., Hatziprokopiou, P. & de Freitas, C. 2005). Apesar destas dificuldades, permanece crucial que esforços para promover cuidados multiculturais devem ser suportados por boa investigação (Ingleby, 2008).

É fundamental reforçar a perspectiva de saúde pública da saúde dos migrantes independente de políticas ou visões ideológicas. Enquanto que protecção de saúde e ameaças à saúde são uma competência da UE como um todo, a capacidade para promover e reforçar acessibilidade, qualidade e equidade de todos os residentes a cuidados é uma competência e responsabilidade dos EM. Estes dois níveis e aspectos complementam um ao outro. Um modo para saúde pública alcançar os seus objectivos é para abranger dentro o seu domínio, direitos humanos e sociais. Sistemas de cuidados de saúde justos e adequados, necessitam ter em

consideração as necessidades dos cidadãos da UE e migrantes como uma condição para alcançar melhor saúde para todos. Neste sentido, é crítica a reorganização dos sistemas de saúde em algumas das suas características que lhes permitem a responder ao desafio de integração ao nível dos EM e conseqüentemente na UE. É crucial reconhecer que a saúde e os problemas relacionados com a saúde colocam desafios sobre a possibilidade de intervenção de Ministérios de Saúde sozinhos. É importante promover colaborações entre os diferentes ministérios de modo a enfrentar estes desafios e para ter políticas coerentes. Uma visão baseada em «saúde em todas políticas» pode contribuir para fomentar uma mudança nesta direcção. Ganhos em saúde, particularmente no caso de populações migrantes, não devem exclusivamente ser transportados no único domínio de sectores de saúde mas devem ser o resultado de uma combinação de políticas e intervenções de diferentes sectores e ministérios. Como mencionado anteriormente, determinantes de saúde e o estado de saúde transcende a definição restrita de doença (Ingleby, D.; de Freitas, C.; Padilla, B. et al, 2007).

Consideramos que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo. Procuramos atingir uma sociedade inclusiva, com respeito pela multiculturalidade e onde o acesso aos serviços de saúde seja uma realidade e não uma utopia. Devemos lutar por uma globalização inclusiva e igualitária, por um processo positivo que disponibiliza oportunidades e benefícios.

Este estudo exploratório contribuiu para um melhor conhecimento desta problemática a nível de Portugal, no entanto, existem ainda muitas questões que devem ser investigadas, de modo a que as respostas adequadas às necessidades e aos interesses dos migrantes e das comunidades afectadas pela migração, no âmbito da saúde possam ser dadas eficazmente. Neste sentido, sugerimos o

desenvolvimento de um plano que identifique as áreas de intervenção prioritárias. Um fórum para discussões entre especialistas em saúde e migração, que iria permitir a realização de workshops com partilha de pontos de vista, opiniões, estudos e intervenções passadas, actuais e futuras, identificar intervenções de sucesso e, troca de experiências. Seria também uma via promotora do diálogo entre governos e instituições académicas, ONG's e organizações internacionais de modo a fomentar uma aprendizagem mútua. É prioritário intervir em factores que aumentam o risco de exclusão social dos migrantes, e que consequentemente aumentam a sua vulnerabilidade. Consideramos extremamente relevante, intervir nas comunidades, no sentido de fornecer oportunidades de trabalho para desenvolver as capacidades entre migrantes, assegurar a sua incorporação em bairros e habitação em condições de igualdade com os nativos, garantir acesso a serviços de saúde e sociais através de protecção a sensibilidade cultural dos serviços e competência cultural dos profissionais, promover o desenvolvimento de comunidades étnicas equilibradas, com acesso a estrutura profissional, organizações e instituições, assim como locais de direcção e liderança social e política e, fornecer directrizes para o desenvolvimento de identidades que tornam compatível a tradição cultural e valores ocidentais, especialmente para as gerações seguintes.

Existe também a necessidade de investigar no sentido de documentar melhor o estado de saúde dos migrantes, identificar padrões de procura de ajuda e uso actual de cuidados e avaliar a qualidade percebida dos tratamentos recebidos. Em suma, sugerimos a realização de intervenções e investigações quantitativas e qualitativas que contribuam para o aprofundamento do estudo da Psicologia Comunitária, que visem alcançar o bem-estar psicossocial de migrantes; prestar cuidados de saúde e apoio social para números crescentes de migrantes. A nível quantitativo, indicamos a realização de intervenções e investigações no âmbito do

estado de saúde das populações migrantes e o nível de procura de serviços de saúde, considerando também as noções dos profissionais de saúde. A nível qualitativo, sugerimos a realização de estudos e intervenções sobre os padrões de procura de apoio e, a qualidade percebida dos tratamentos recebidos (como referido anteriormente).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIDI (2007) *Plano para a integração dos imigrantes. Resolução do Conselho de Ministros no. 63-A/2007*, Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- ACIME (2002), *Guia de Saúde para Imigrantes*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas. Consultado a 2 de Dezembro de 2006, através de <http://www.acime.gov.pt/docs/Publicacoes/brochport/saude.pdf>.
- Appleyard, R. (1992). *Migration and development*, in R. Cohen (ed), *Theories of Migration*; Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited.
- Brix O. Santé et migration (2003). In : *Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris, Flammarion Médecine-Sciences*, p. 99-102.
- Buceta, Elena (2006). *A Passage to Hope. Women and International Migration*. UNFPA.
- Chauvin, Pierre & Parizot, Isabelle (2007). *Inquérito Europeu sobre o acesso aos cuidados de saúde das pessoas em situação irregular*. Paris: Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde dos Migrantes dos Médicos do Mundo.
- Chauvin, P (2002). *Prevention and health promotion for the excluded and the destitute in Europe*. Amsterdam: IOS Press
- Carlsten, C. (2003). *Refugee and Immigrant Health Care*. Consultado a 2 de Dezembro de 2006, através de http://www.ethnomed.org/ethnomed/clin_topics/refugee_health/carlsten.pdf
- Carrillo, J.E., A.R. Green & J.R. Betancourt (1999). *Cross-cultural primary care: a patient-based approach. Annals of Internal Medicine 130 (10), 829-834.*
- Castles, Stephen. (2000). *Ethnicity and Globalization: From Migrant Worker to Transnational Citizen*. Londres. Sage.
- Castles, Stephen. (2000), *International Migration at the Beginning of the Twenty-First Century: Global Trends and Issues, International Social Sciences Journal, UNESCO, no. 165*, pp. 269-281.
- Comissão Mundial sobre as Migrações Internacionais (2005). *As migrações num mundo interligado: Novas linhas de acção*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Conselho nacional de ética para as ciências da vida (1996). *Relatório – Parecer sobre Obrigatoriedade dos testes da SIDA*. Presidência do Conselho de Ministros.
- De Freitas, C. (2003). Report on Portugal in C. Watters, D. Ingleby, M. Bernal, C. de Freitas, N. de Ruuk, M. van Leeuwen & S. Venkatesan (2003) *Good*

practices in mental health and social care for asylum seekers and refugees, 165-224, Canterbury: University of Kent.

De Freitas, C. (2006). *Migrant health in Portugal. Past. Present! Future?*, Presentation the 3rd workshop of IMISCOE Cluster B5 Workshop on Social Integration and mobility: education, housing and health, Centro de Estudos Geográficos, Lisbon: 28-29 April.

DECO Proteste (2004). Prevenção da SIDA: não baixar os braços. In: *Revista Teste Saúde*, n.º 47.

Del Amo, Julia (2004). *Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities*.

Dias, Sónia (2007, Junho). Desafios à prevenção e controlo da infecção VIH/SIDA em Migrantes e minorias étnicas. Comunicação apresentada nas II Jornadas Terapêuticas do GAT – “O Direito universal à prevenção, tratamento, cuidados de saúde e apoio para o VIH/SIDA para os migrantes e as minorias étnicas em Portugal: A perspectiva da comunidade”, Lisboa.

Direcção Geral de Saúde (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal. Ponto de Situação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Faria, D. & H. Ferreira (2002, Outubro). *Infecção VIH e imigração em Portugal*. Comunicação apresentada no 3º Congresso Virtual sobre VIH/SIDA. Consultado a 2 de Dezembro de 2006, através de <http://www.aidscongress.net/pdf/109.pdf>

Fassin D. (2001), 'Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun', in J.P. Dozon & D. Fassin (eds.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, 181-208. Paris: Balland.

Figueiredo, Joana Miranda (2005). *Fluxos migratórios e cooperação para o desenvolvimento. Realidades compatíveis no contexto europeu*. Lisboa: ACIME.

Fonseca, M.L., M. Ormond & J. Malheiros (2005). *Reagrupamento familiar e imigração em Portugal*. Relatório final, Lisboa, ACIME.

Fonseca, Maria Lucinda & Malheiros, Jorge (2005). *Social Integration & Mobility: Education, Housing & Health*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos, Universidade de Lisboa.

Fonseca, L., Ormond, M., Malheiros, J., Patrício, M. & Martins, F. (2005) *Reunificação familiar e imigração em Portugal*, Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME).

Frade, Alice (2007). *Sexual and Reproductive Health and Rights in a Multicultural perspective*. Comunicação apresentada na Conferência Europeia The right to HIV/AIDS prevention, treatment, care and support for migrants and ethnic minorities in Europe: the community perspective, Lisboa.

Fundação Calouste Gulbenkian (2006). Destaque. *Fórum Gulbenkian Imigração. Newsletter*, N.º 72, p. 11-12.

Godoy, J. (2003). *Health France: Gov't makes aids worse for immigrants*. Consultado a 2 de Dezembro de 2006, através de <http://www.aegis.com/news/ips/2003/ip030707.html>

Gonçalves, Aldina; et al (2003). *Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes*. Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Gonçalves, Aldina; Dias, Sónia et al. (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Acesso aos serviços de saúde*, Vol. 21, n.º 1.

Hamers, A. Downs, F. (2004) The Changing face of the HIV pandemic in Western Europe: what are the implications for public health policies? *The lancet*; 364 (9428): 83-94.

Haour-Knipe, M., F. Fleury & F. Dubois-Arber (1999). HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation, *Social Science and Medicine* 49 (10): 1357-1372.

Haour-Knipe, Mary (2007). *Visão Geral – Introdução, dados, escala do problema, questões em aberto e desafios*. Comunicação apresentada nas II Jornadas Terapêuticas do GAT – O Direito universal à prevenção, tratamento, cuidados de saúde e apoio para o VIH/SIDA para os migrantes e as minorias étnicas em Portugal: A perspectiva da comunidade, Lisboa.

Health and Development Networks & International Organization for Migration (2005). *HIV and People on the move. Risk and vulnerabilities of migrants and mobile populations in Southern Africa*. South Africa, Inis.

Horta, Rosário; Carvalho, Amélia; et al (2007). *Acordos de cooperação na área da saúde e migrantes de países de expressão portuguesa*. Comunicação apresentada nas II Jornadas Terapêuticas do GAT – O Direito universal à prevenção, tratamento, cuidados de saúde e apoio para o VIH/SIDA para os migrantes e as minorias étnicas em Portugal: A perspectiva da comunidade, Lisboa.

IAPAD (2002) *Research study for the realisation of the action programme on 'Immigrants in Greece': Final Report*. Athens: Urban Environment and Human Resources Institute, Panteion University.

Ingleby, D., Chimienti, M., Hatziprokopiou, P. & de Freitas, C. (2005) The role of health in integration. In: Fonseca, M. & Malheiros, J. (eds.) *Social integration and mobility: education, housing and health. IMISCOE Cluster B5 State of the art report*, Lisbon, Centro de Estudos Geográficos, pp. 88-119.

Ingleby, David (2008). *Assisting migrants and communities: analysis of social determinantes of health and health inequalities*. Utrecht, University of Utrecht.

Ingleby, David (2006). Getting Multicultural Health Care off the Ground: Britain and The Netherlands Compared. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, Vol. 2, Issue ¾.

Keely, C. (2000). *Demography and International Migration*. In: C. Brettel e J. Hollifield (ed.), *Migration Theory – Talking across Disciplines*; London: Routledge.

Kleinman, A. (1981), *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, CA: University of California Press.

Ku, L. & A. Freilich (2001). *Caring for immigrants: health care safety nets in Los Angeles, New York, Miami, and Houston*, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

Kurbatova, Aljona (2007). *Eastern Europeans outside their countries*. Comunicação apresentada nas II Jornadas Terapêuticas do GAT – O Direito universal à prevenção, tratamento, cuidados de saúde e apoio para o VIH/SIDA para os migrantes e as minorias étnicas em Portugal: A perspectiva da comunidade, Lisboa.

Kurbatova, Aljona; Schonning, Shona; Alijev, Latsin; Smirnov, Sergej; Lussigny, Smiljka (2007). *Russian speaking communities outside Rússia (the "invisible" migrants)*. Comunicação apresentada nas II Jornadas Terapêuticas do GAT – O Direito universal à prevenção, tratamento, cuidados de saúde e apoio para o VIH/SIDA para os migrantes e as minorias étnicas em Portugal: A perspectiva da comunidade, Lisboa.

LeVoy, Michele (2007). *Undocumented Migrants with HIV/AIDS in Europe*. Comunicação apresentada nas II Jornadas Terapêuticas do GAT – O Direito universal à prevenção, tratamento, cuidados de saúde e apoio para o VIH/SIDA para os migrantes e as minorias étnicas em Portugal: A perspectiva da comunidade, Lisboa.

Maroco, Joao (2007). *Análise Estatística Com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

McKay, Laura; Macintyre, Sally & Ellaway, Anne (2003). *Migration and Health: A review of the international literature*. Glasgow: MRC Social & Public Health Sciences Unit.

Motta, Elisa (2006). *Educação para a saúde pelos pares: intervenção em comportamentos de risco do VIH/SIDA*. Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, bem-estar e qualidade de vida. Lisboa: ISPA.

Narciso, Ana Carla; José A. Carvalho Teixeira; Mª João Vargas Moniz (2004). *Envolvimento comunitário nos cuidados de saúde primários*. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: a psicologia da saúde num mundo em mudança: actas / editado por José Luís Pais; Isabel Leal; 1ª ed, Lisboa: ISPA, p. 21-23.

Ormond, M. (2004). *Barriers to immigrant health care in Portugal*. Presentation at the 1st workshop of IMISCOE Cluster B5 on Social integration and mobility: housing, education and health, Lisbon, 16-17 July.

OMS (2006). *Migrantes e Saúde. Governos locais e desenvolvimento de saúde*. Finlândia: OMS.

OMS (1986). *Carta de Ottawa*. Consultado a 2 de Dezembro de 2006, através de <http://www.who.int>

OMS (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Consultado a 2 de Dezembro de 2006, através de <http://www.who.int>

ONUSIDA (1999). *Mudança de comportamento sexual em relação ao VIH: Até onde nos levam as teorias?* Geneva: ONUSIDA

Organização das Nações Unidas (1997), *Concise Report on World Population Monitoring, 1997: International Migration and Development – Report of the Secretary-General, United Nations Population Information Network*. Consultado a 2 de Dezembro de 2006, através de <http://www.undp.org/popin>.

Padilla, B. & Pereira Miguel, J. (2007). *Health and Migration in the EU: Building a share vision for action*. Consultado a 13 de Maio de 2008, através de www.eu2007.min-saude.pt

Peixoto, J. (1998). *As Migrações dos Quadros Altamente Qualificados em Portugal – Fluxos Migratórios Inter-Regionais e Internacionais e Mobilidade Intra-Organizacional*. Dissertação de Doutoramento, Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão / Universidade Técnica de Lisboa.

Plataform for International Cooperation on Undocumented Migrants (2006). *PICUM's Comments on the Communication from the commission on "Policy priorities in the fight against illegal immigration of third-country nationals*. Consultado a 2 de Dezembro de 2006, através de www.picum.org.

Pulle, Sarah; Lubega, Juliet; Davidson, Oliver & Chinouya, Martha (2004). *Doing it well. A good practice guide for choosing and implementing community-based HIV prevention intervention with African communities in Englad*.

Rodrigues, Camila (2007, Junho). *Migrantes indocumentados*. Comunicação apresentada nas II Jornadas Terapêuticas do GAT – O Direito universal à prevenção, tratamento, cuidados de saúde e apoio para o VIH/SIDA para os migrantes e as minorias étnicas em Portugal: A perspectiva da comunidade, Lisboa.

Rourke, K. e Sinnott, R. (2003), *Migration Flows: Political Economy of Migration and the Empirical Challenges*. *Trinity College Dublin Economic Papers*, no. 20036, pp.1-37.

Salt, John. (2007) *European International Migration: Evaluation of the current situation*. Conference on "Irregular Migration and Dignity of migratins: co-operation in the mediterranean region" Athens.

Silove D, Stelle Z, Mollica RF. Detention of asylum seekers: assault on health, human rights and social development. *Lancet*, 2001, vol. 357: 1436-37.

Silva, Pedro Duarte (2005). *A Protecção Social da População Migrante. Quadro legal, estudo comparado e proposta de reforço*. Lisboa: ACIME.

Sousa, José Furtado (2006). *Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. Lisboa: ACIME.

Sugar, Jonathan A; Kleinman, Arthur & Heggenhougen, Kris (1993). *Patologias sociais e comportamentais*. In: *Health and Social Change in International Perspective*. *Harvard series on population and international health*. Massachusetts.

Stronks, K., P. Uniken Venema, N. Dahhan & L. Gunning-Schepers (1999). Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. *TSG 77*: 33-40.

Tang, Kwok Cho; Beaglehole, Robert & Leeuw, Evelyne (2006). Health promotion International (2006). *Journal of the International Union for Health Promotion and Education. Vol 21 Supplement 1*. Oxford Open.

UNFPA (2004). World survey on the role of women in development. Women and international migration.

United Nations (2001). *General Assembly. Twenty-sixth special session. Declaration of Commitment on HIV/AIDS The General Assembly Adopts the Declaration of Commitment on the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) annexed to the present resolution*. New York: United Nations.

United Nations (2006). *General Assembly Sixtieth session Agenda item 45 Follow-up to the outcome of the twenty-sixth special session: implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS Scaling up HIV prevention, treatment, care and support*. New York: United Nations.

UNAIDS & IOM (2001). *Migrant's right to health*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS (2000). *National AIDS Programmes. A Guide to monitoring and evaluation*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS. (2005) *2004 report on the global AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS.

Warnes, A. M. (2003). The challenge of intra-Union and in-migration to social Europe. *Journal of Ethnic and Migration Studies 28 (1)*: 135-152.

Watters, C., Ingleby, D., Bernal, M., De Freitas, C., De Ruuk, N., Van Leeuwen, M. & Venkatesan, S. (2003) *Good practices in mental health and social care for asylum seekers and refugees*. Final Report of the project for the European Commission (European Refugee Fund), Canterbury: University of Kent.

WHO (2003). International Migration, Health & Human Rights. In: *Health Organization Publication Series Issue No.4*. Geneva: WHO.

WHO (2005). Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences. Geneva: WHO.

Williams, Paul (2005). Guiding principles for a UN system-wide policy on "HIV/AIDS as it relates to people vulnerable to human trafficking.

Wimmer, B.; Ipsiroglu, O. S. (2001). 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*.

ANEXO A

Legislação Relevante

Lei de Bases da saúde – Lei n.º 48/90 de 14 de Agosto

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto**Lei de Bases da Saúde**

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea d), 168.º, n.º 1, alínea f), e 169.º, n.º 3, da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I**Disposições gerais****Base I****Princípios gerais**

1. A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.

2. O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

3. A promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade.

4. Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.

Base II**Política de saúde**

1. A política de saúde tem âmbito nacional e obedece às directrizes seguintes:
 - a) A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado;
 - b) É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços;
 - c) São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique;
 - d) Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social;
 - e) A gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços;

- f) É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público;
- g) É promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços;
- h) É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual;
- i) É estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade.

2. A política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos.

Base III

Natureza da legislação sobre saúde

A legislação sobre saúde é de interesse e ordem públicos, pelo que a sua inobservância implica responsabilidade penal, contra-ordenacional, civil e disciplinar, conforme o estabelecido na lei.

Base IV

Sistema de saúde e outras entidades

1. O sistema de saúde visa a efectivação do direito à protecção da saúde.
2. Para efectivação do direito à protecção da saúde, o Estado actua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante actividade privada na área da saúde.
3. Os cidadãos e as entidades públicas e privadas devem colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à protecção da saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis.

Base V

Direitos e deveres dos cidadãos

1. Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover.
2. Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.
3. É reconhecida a liberdade de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes da lei, designadamente no que respeita a exigências de qualificação profissional.
4. A liberdade de prestação de cuidados de saúde abrange a faculdade de se constituírem entidades sem ou com fins lucrativos que visem aquela prestação.
5. É reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços.

Base VI
Responsabilidade do Estado

1. O Governo define a política de saúde.
2. Cabe ao Ministério da Saúde propor a definição da política nacional de saúde, promover e vigiar a respectiva execução e coordenar a sua acção com a dos ministérios que tutelam áreas conexas.
3. Todos os departamentos, especialmente os que actuam nas áreas específicas da segurança e bem-estar social, da educação, do emprego, do desporto, do ambiente, da economia, do sistema fiscal, da habitação e do urbanismo, devem ser envolvidos na promoção da saúde.
4. Os serviços centrais do Ministério da Saúde exercem, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspecção.

Base VII
Conselho Nacional de Saúde

1. O Conselho Nacional de Saúde representa os interessados no funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde e é um órgão de consulta do Governo.
2. O Conselho Nacional de Saúde inclui representantes dos utentes, nomeadamente dos subsistemas de saúde, dos seus trabalhadores, dos departamentos governamentais com áreas de actuação conexas e de outras entidades.
3. Os representantes dos utentes são eleitos pela Assembleia da República.
4. A composição, a competência e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde constam da lei.

Base VIII
Regiões autónomas

1. Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira a política de saúde é definida e executada pelos órgãos do governo próprio, em obediência aos princípios estabelecidos pela Constituição da República e pela presente lei.
2. A presente lei é aplicável às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, que devem publicar regulamentação própria em matéria de organização, funcionamento e regionalização dos serviços de saúde.

Base IX
Autarquias locais

Sem prejuízo de eventual transferência de competências, as autarquias locais participam na acção comum a favor da saúde colectiva e dos indivíduos, intervêm na definição das linhas de actuação em que estejam directamente interessadas e contribuem para a sua efectivação dentro das suas atribuições e responsabilidades.

Base X

Relações internacionais

1. Tendo em vista a indivisibilidade da saúde na comunidade internacional, o Estado Português reconhece as consequentes interdependências sanitárias a nível mundial e assume as respectivas responsabilidades.
2. O Estado Português apoia as organizações internacionais de saúde de reconhecido prestígio, designadamente a Organização Mundial de Saúde, coordena a sua política com as grandes orientações dessas organizações e garante o cumprimento dos compromissos internacionais livremente assumidos.
3. Como Estado membro das Comunidades Europeias, Portugal intervém na tomada de decisões em matéria de saúde a nível comunitário, participa nas acções que se desenvolvem a esse nível e assegura as medidas a nível interno decorrentes de tais decisões.
4. Em particular, Portugal defende o progressivo incremento da acção comunitária visando a melhoria da saúde pública, especialmente nas regiões menos favorecidas e no quadro do reforço da coesão económica e social fixado pelo Acto Único Europeu.
5. É estimulada a cooperação com outros países, no âmbito da saúde, em particular com os países africanos de língua oficial portuguesa.

Base XI

Defesa sanitária das fronteiras

1. O Estado Português promove a defesa sanitária das suas fronteiras, com respeito pelas regras gerais emitidas pelos organismos competentes.
2. Em especial, cabe aos organismos competentes estudar, propor, executar e fiscalizar as medidas necessárias para prevenir a importação ou exportação das doenças submetidas ao Regulamento Sanitário Internacional, enfrentar a ameaça de expansão de doenças transmissíveis e promover todas as operações sanitárias exigidas pela defesa da saúde da comunidade internacional.

CAPÍTULO II

Das entidades prestadoras dos cuidados de saúde em geral

Base XII

Sistema de saúde

1. O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.
2. O Serviço Nacional de Saúde abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio.
3. O Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço

Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso.

4. A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior.

5. Tendencialmente, devem ser adoptadas as mesmas regras no pagamento de cuidados e no financiamento de unidades de saúde da rede nacional da prestação de cuidados de saúde.

6. O controlo de qualidade de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência.

Base XIII

Níveis de cuidados de saúde

1. O sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades.

2. Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.

Base XIV

Estatuto dos utentes

1. Os utentes têm direito a:

- a) Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;
- b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;
- c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito;
- d) Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;
- e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;
- f) Receber, se o desejarem, assistência religiosa;
- g) Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, a receber indemnização por prejuízos sofridos;
- h) Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;
- i) Constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

2. Os utentes devem:

- a) Respeitar os direitos dos outros utentes;

- b) Observar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos;
- c) Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação;
- d) Utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas;
- e) Pagar os encargos que derivem da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso.

3. Relativamente a menores e incapazes, a lei deve prever as condições em que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem a assistência, com observância dos princípios constitucionalmente definidos.

Base XV

Profissionais de saúde

1. A lei estabelece os requisitos indispensáveis ao desempenho de funções e os direitos e deveres dos profissionais de saúde, designadamente os de natureza deontológica, tendo em atenção a relevância social da sua actividade.

2. A política de recursos humanos para a saúde visa satisfazer as necessidades da população, garantir a formação, a segurança e o estímulo dos profissionais, incentivar a dedicação plena, evitando conflitos de interesse entre a actividade pública e a actividade privada, facilitar a mobilidade entre o sector público e o sector privado e procurar uma adequada cobertura no território nacional.

3. O Ministério da Saúde organiza um registo nacional de todos os profissionais de saúde, com exclusão daqueles cuja inscrição seja obrigatória numa associação profissional de direito público.

4. A inscrição obrigatória referida no número anterior é da responsabilidade da respectiva associação profissional de direito público e funciona como registo nacional dos profissionais nela inscritos, sendo facultada ao Ministério da Saúde sempre que por este solicitada.

Base XVI

Formação do pessoal de saúde

1. A formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objectivo fundamental a prosseguir.

2. O Ministério da Saúde colabora com o Ministério da Educação nas actividades de formação que estiverem a cargo deste, designadamente facultando nos seus serviços campos de ensino prático e de estágios, e prossegue as actividades que lhe estiverem cometidas por lei nesse domínio.

3. A formação do pessoal deve assegurar uma qualificação técnico-científica tão elevada quanto possível tendo em conta o ramo e o nível do pessoal em causa, despertar nele o sentido da responsabilidade profissional, sem esquecer a preocupação da melhor utilização dos recursos disponíveis, e, em todos os casos, orientar-se no sentido de inculcar nos profissionais o respeito pela vida e pelos direitos das pessoas e dos doentes como o primeiro dever que lhes cumpre observar.

Base XVII Investigação

1. É apoiada a investigação com interesse para a saúde, devendo ser estimulada a colaboração neste domínio entre os serviços do Ministério da Saúde e as universidades, a Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica e outras entidades, públicas ou privadas.

2. Em particular, deve ser promovida a participação portuguesa em programas de investigação no campo da saúde levados a efeito no âmbito das Comunidades Europeias.

3. As acções de investigação a apoiar devem sempre observar, como princípio orientador, o de que a vida humana é o valor máximo a promover e a salvaguardar em quaisquer circunstâncias.

Base XVIII Organização do território para o sistema de saúde

1. A organização do sistema de saúde baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde.

2. As regiões de saúde são dotadas de meios de acção bastantes para satisfazer autonomamente as necessidades correntes de saúde dos seus habitantes, podendo, quando necessário, ser estabelecidos acordos inter-regionais para a utilização de determinados recursos.

3. As regiões podem ser divididas em sub-regiões de saúde, de acordo com as necessidades das populações e a operacionalidade do sistema.

4. Cada concelho constitui uma área de saúde, mas podem algumas localidades ser incluídas em áreas diferentes das dos concelhos a que pertençam quando se verifique que tal é indispensável para tornar mais rápida e cómoda a prestação dos cuidados de saúde.

5. As grandes aglomerações urbanas podem ter organização de saúde própria a estabelecer em lei, tomando em conta as respectivas condições demográficas e sanitárias.

Base XIX Autoridades de saúde

1. As autoridades de saúde situam-se a nível nacional, regional e concelhio, para garantir a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a saúde pública, e estão hierarquicamente dependentes do Ministro da Saúde, através do director-geral competente.

2. As autoridades de saúde têm funções de vigilância das decisões dos órgãos e serviços executivos do Estado em matéria de saúde pública, podendo suspendê-las quando as considerem prejudiciais.

3. Cabe ainda especialmente às autoridades de saúde:

- a) Vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública para defesa da saúde pública;

- b) Ordenar a suspensão de actividade ou o encerramento dos serviços, estabelecimentos e locais referidos na alínea anterior, quando funcionem em condições de grave risco para a saúde pública;
- c) Desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública;
- d) Exercer a vigilância sanitária das fronteiras;
- e) Proceder à requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde em casos de epidemias graves e outras situações semelhantes.

4. As funções de autoridade de saúde são independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde e são desempenhadas por médicos, preferencialmente da carreira de saúde pública.

5. Das decisões das autoridades de saúde há sempre recurso hierárquico e contencioso nos termos da lei.

Base XX

Situações de grave emergência

1. Quando ocorram situações de catástrofe ou de outra grave emergência de saúde, o Ministro da Saúde toma as medidas de excepção que forem indispensáveis, coordenando a actuação dos serviços centrais do Ministério com os órgãos do Serviço Nacional de Saúde e os vários escalões das autoridades de saúde.

2. Sendo necessário, pode o Governo, nas situações referidas no n.º 1, requisitar, pelo tempo absolutamente indispensável, os profissionais e estabelecimentos de saúde em actividade privada.

Base XXI

Actividade farmacêutica

1. A actividade farmacêutica abrange a produção, comercialização, importação e exportação de medicamentos e produtos medicamentosos.

2. A actividade farmacêutica tem legislação especial e fica submetida à disciplina e fiscalização conjuntas dos ministérios competentes, de forma a garantir a defesa e a protecção da saúde, a satisfação das necessidades da população e a racionalização do consumo de medicamentos e produtos medicamentosos.

3. A disciplina referida no número anterior incide sobre a instalação de equipamentos produtores e os estabelecimentos distribuidores de medicamentos e produtos medicamentosos e o seu funcionamento.

Base XXII

Ensaio clínico de medicamentos

Os ensaios clínicos de medicamentos são sempre realizados sob direcção e responsabilidade médica, segundo regras a definir em diploma próprio.

Base XXIII**Outras actividades complementares**

1. Estão sujeitas a regras próprias e à disciplina e inspecção do Ministério da Saúde, e, sendo caso disso, dos outros ministérios competentes, as actividades que se destinem a facultar meios materiais ou de organização indispensáveis à prestação de cuidados de saúde, mesmo quando desempenhadas pelo sector privado.

2. Incluem-se, nomeadamente, nas actividades referidas no número anterior a colheita e distribuição de produtos biológicos, a produção e distribuição de bens e produtos alimentares, a produção, a comercialização e a instalação de equipamentos e bens de saúde, o estabelecimento e exploração de seguros de saúde e o transporte de doentes.

CAPÍTULO III**Do Serviço Nacional de Saúde****Base XXIV****Características**

O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por:

- a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Base XXV**Beneficiários**

1. São beneficiários do Serviço Nacional de Saúde todos os cidadãos portugueses.
2. São igualmente beneficiários do Serviço Nacional de Saúde os cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias, nos termos das normas comunitárias aplicáveis.
3. São ainda beneficiários do Serviço Nacional de Saúde os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade, e os cidadãos apátridas residentes em Portugal.

Base XXVI**Organização do Serviço Nacional de Saúde**

1. O Serviço Nacional de Saúde é tutelado pelo Ministro da Saúde e é administrado a nível de cada região de saúde pelo conselho de administração da respectiva administração regional de saúde.
2. Em cada sub-região existe um coordenador sub-regional de saúde e em cada concelho uma comissão concelhia de saúde.

Base XXVII**Administrações regionais de saúde**

1. As administrações regionais de saúde são responsáveis pela saúde das populações da respectiva área geográfica, coordenam a prestação de cuidados de saúde de todos os níveis e adequam os recursos disponíveis às necessidades, segundo a política superiormente definida e de acordo com as normas e directivas emitidas pelo Ministério da Saúde.

2. As administrações regionais de saúde são dirigidas por um conselho de administração, cuja composição é definida por lei.

3. Cabe em especial ao conselho de administração das administrações regionais de saúde:

- a) Propor os planos de actividade e o orçamento respectivo, acompanhar a sua execução e deles prestar contas;
- b) Orientar, coordenar e acompanhar a gestão do Serviço Nacional de Saúde a nível regional;
- c) Representar o Serviço Nacional de Saúde em juízo e fora dele, a nível da região respectiva;
- d) Regular a procura entre os estabelecimentos e serviços da região e orientar, coordenar e acompanhar o respectivo funcionamento, sem prejuízo da autonomia de gestão destes consagrada na lei;
- e) Contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde na respectiva região, sem prejuízo de acordos de âmbito nacional sobre a mesma matéria;
- f) Avaliar permanentemente os resultados obtidos;
- g) Coordenar o transporte de doentes, incluindo o que esteja a cargo de entidades privadas.

Base XXVIII**Coordenador sub-regional de saúde**

Ao coordenador sub-regional de saúde cabe coadjuvar a administração regional no exercício das suas funções no âmbito da sub-região e exercer as funções que o conselho de administração da administração regional nele delegar.

Base XXIX**Comissões concelhias de saúde**

As comissões concelhias de saúde são órgãos consultivos das administrações regionais de saúde em relação a cada concelho da respectiva área de actuação.

Base XXX**Avaliação permanente**

1. O funcionamento do Serviço Nacional de Saúde está sujeito a avaliação permanente, baseada em informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa.

2. É igualmente colhida informação sobre a qualidade dos serviços, o seu grau de aceitação pela população utente, o nível de satisfação dos profissionais e a razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios.

3. Esta informação é tratada em sistema completo e integrado que abrange todos os níveis e todos os órgãos e serviços.

Base XXXI

Estatuto dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde

1. Os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais.

2. A lei estabelece, na medida do que seja necessário, as regras próprias sobre o estatuto dos profissionais de saúde, o qual deve ser adequado ao exercício das funções e delimitado pela ética e deontologia profissionais.

3. Aos profissionais dos quadros do Serviço Nacional de Saúde é permitido, sem prejuízo das normas que regulam o regime de trabalho de dedicação exclusiva, exercer a actividade privada, não podendo dela resultar para o Serviço Nacional de Saúde qualquer responsabilidade pelos encargos resultantes dos cuidados por esta forma prestados aos seus beneficiários.

4. É assegurada formação permanente aos profissionais de saúde.

Base XXXII

Médicos

1. Ao pessoal médico cabe no Serviço Nacional de Saúde particular relevo e responsabilidade.

2. É definido na lei o conceito de acto médico.

3. O ingresso dos médicos e a sua permanência no Serviço Nacional de Saúde dependem de inscrição na Ordem dos Médicos.

4. É reconhecida à Ordem dos Médicos a função de definição da deontologia médica, bem como a de participação, em termos a regulamentar, na definição da qualidade técnica mesmo para os actos praticados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, estando-lhe também cometida a fiscalização do exercício livre da actividade médica.

5. A lei regula com a mesma dignidade as carreiras médicas, independentemente de serem estruturadas de acordo com a diferenciação profissional.

6. A lei pode prever que os médicos da carreira hospitalar sejam autorizados a assistir, nos hospitais, os seus doentes privados, em termos a regulamentar.

7. Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem contratar para tarefas específicas médicos do sector privado especialmente qualificados.

Base XXXIII

Financiamento

1. O Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento do Estado.

2. Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar as seguintes receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios:

- a) O pagamento de cuidados em quarto particular ou outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes;
- b) O pagamento de cuidados por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras;
- c) O pagamento de cuidados prestados a não beneficiários do Serviço Nacional de Saúde quando não há terceiros responsáveis;
- d) O pagamento de taxas por serviços prestados ou utilização de instalações ou equipamentos nos termos legalmente previstos;
- e) O produto de rendimentos próprios;
- f) O produto de benemerências ou doações;
- g) O produto da efectivação de responsabilidade dos utentes por infracções às regras da organização e do funcionamento do sistema e por uso doloso dos serviços e do material de saúde.

Base XXXIV

Taxas moderadoras

1. Com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, podem ser cobradas taxas moderadoras, que constituem também receita do Serviço Nacional de Saúde.

2. Das taxas referidas no número anterior são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei.

Base XXXV

Benefícios

1. A lei pode especificar as prestações garantidas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde ou excluir do objecto dessas prestações cuidados não justificados pelo estado de saúde.

2. Só em circunstâncias excepcionais em que seja impossível garantir em Portugal o tratamento nas condições exigíveis de segurança e em que seja possível fazê-lo no estrangeiro, o Serviço Nacional de Saúde suporta as respectivas despesas.

Base XXXVI

Gestão dos hospitais e centros de saúde

1. A gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas.

2. Nos termos a estabelecer em lei, pode ser autorizada a entrega, através de contratos de gestão, de hospitais ou centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde a outras entidades ou, em regime de convenção, a grupos de médicos.

CAPÍTULO IV

Das iniciativas particulares de saúde

Base XXXVII

Apoio ao sector privado

1. O Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público.

2. O apoio pode traduzir-se, nomeadamente, na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de Saúde que deseje trabalhar no sector privado, na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde.

Base XXXVIII

Instituições particulares de solidariedade social com objectivos de saúde

1. As instituições particulares de solidariedade social com objectivos específicos de saúde intervêm na acção comum a favor da saúde colectiva e dos indivíduos, de acordo com a legislação que lhes é própria e a presente lei.

2. As instituições particulares de solidariedade social ficam sujeitas, no que respeita às suas actividades de saúde, ao poder orientador e de inspecção dos serviços competentes do Ministério da Saúde, sem prejuízo da independência de gestão estabelecida na Constituição e na sua legislação própria.

3. Para além do apoio referido no n.º 2 da base XXXVII, os serviços de saúde destas instituições podem ser subsidiados financeiramente e apoiados tecnicamente pelo Estado e pelas autarquias locais.

Base XXXIX

Organizações de saúde com fins lucrativos

1. As organizações privadas com objectivos de saúde e fins lucrativos estão sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado.

2. A hospitalização privada, em especial, actua em articulação com o Serviço Nacional de Saúde.

3. Compreendem-se na hospitalização privada não apenas as clínicas ou casas de saúde, gerais ou especializadas, mas ainda os estabelecimentos termais com internamento não pertencentes ao Estado ou às autarquias locais.

Base XL

Profissionais de saúde em regime liberal

1. Os profissionais de saúde que asseguram cuidados em regime de profissão liberal desempenham função de importância social reconhecida e protegida pela lei.

2. O exercício de qualquer profissão que implique a prestação de cuidados de saúde em regime liberal é regulamentado e fiscalizado pelo Ministério da Saúde, sem prejuízo das funções cometidas à Ordem dos Médicos e à Ordem dos Farmacêuticos.

3. O Serviço Nacional de Saúde, os médicos, os farmacêuticos e outros profissionais de saúde em exercício liberal devem prestar-se apoio mútuo.

4. Os profissionais de saúde em regime liberal devem ser titulares de seguro contra os riscos decorrentes do exercício das suas funções.

Base XLI
Convenções

1. No quadro estabelecido pelo n.º 3 da base XII, podem ser celebradas convenções com médicos e outros profissionais de saúde ou casas de saúde, clínicas ou hospitais privados, quer a nível de cuidados de saúde primários quer a nível de cuidados diferenciados.

2. A lei estabelece as condições de celebração de convenções e, em particular, as garantias das entidades convencionadas.

Base XLII
Seguros de saúde

A lei fixa incentivos ao estabelecimento de seguros de saúde.

CAPÍTULO V

Disposições finais e transitórias

Base XLIII
Regulamentação

1. O Governo deve desenvolver em decretos-leis as bases da presente lei que não sejam imediatamente aplicáveis.

2. As administrações regionais de saúde devem ser progressivamente implantadas, podendo, numa fase inicial, abranger só parte da zona total ou parte dos serviços prestadores de cuidados.

Base XLIV
Regime transitório

As convenções celebradas com profissionais do Serviço Nacional de Saúde mantêm-se transitoriamente, nos termos dos respectivos contratos, em condições e por período que vierem a ser estabelecidos em diploma regulamentar.

Base XLV
Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a sua publicação.

Aprovada em 12 de Julho de 1990.

O Presidente da Assembleia da República, *Vitor Pereira Crespo*.

Promulgada em 31 de Julho de 1990.

Publique-se.

O Presidente da República, *MÁRIO SOARES*.

Referendada em 3 de Agosto de 1990.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

Decreto-Lei n.º 135/99 de 22 de Abril – Artigo 34

As exigências das sociedades modernas e a afirmação de novos valores sociais têm conduzido, um pouco por todo o mundo, ao aprofundamento da complexidade das funções do Estado e à correspondente preocupação de defesa dos direitos dos cidadãos e respeito pelas suas necessidades face à Administração Pública.

A resposta pronta, correcta e com qualidade, que efective direitos e viabilize iniciativas, não se compadecer com processos e métodos de trabalho anacrónicos e burocráticos, pouco próprios das modernas sociedades democráticas, que devem superar conflitos de valores

da tradicional cultura administrativa, face às imposições dos actuais ritmos de vida e às aspirações cada vez mais exigentes do cidadão, cliente do serviço público.

Como se reconhece no Programa do Governo, o resultado global da economia e do desenvolvimento social dependem, em grande parte, da interligação, complementaridade e cooperação entre sectores público, privado e social. Nesta óptica, tem o Governo vindo a desenvolver um esforço permanente de reforço das relações entre a Administração e a sociedade, aprofundando a cultura do serviço público, orientada para os cidadãos e para uma eficaz gestão pública que se pautar pela eficácia, eficiência e qualidade da Administração.

Criar um modelo de Administração Pública ao serviço do desenvolvimento harmonioso do País, das necessidades da sociedade em geral e dos cidadãos e agentes económicos em particular tem sido uma das preocupações permanentes da modernização administrativa, que se vem consubstanciando pela aproximação da Administração aos utentes, pela prestação de melhores serviços, pela desburocratização de procedimentos e pelo aumento de qualidade da gestão e funcionamento do aparelho administrativo do Estado.

A dispersão das medidas e diplomas legais que têm vindo a ser publicados de há 20 anos a esta parte, em matéria de modernização administrativa, impõe ao Governo a decisão de racionalizar, sistematizar e inovar, num único diploma, as normas de âmbito geral aplicáveis à Administração Pública e aos seus agentes, por forma a facilitar o acesso às mesmas por parte dos seus destinatários e a torná-las mais conhecidas e transparentes ao cidadão, cliente do serviço público.

Paralelamente, dos sistemas de audição de utentes já implantados e da vontade generalizada dos parceiros sociais resultou a necessidade de criar novos mecanismos de modernização administrativa que garantam uma maior aproximação da Administração aos cidadãos, bem como de rever e aperfeiçoar os sistemas internos de gestão, organização e funcionamento, de forma a melhorar a qualidade dos serviços prestados à colectividade e apostar numa clara cultura de serviço público que contribua, decisivamente, para o crescimento e desenvolvimento sócio-económico do País.

Neste sentido, o presente diploma, além de acolher um conjunto de disposições legais inovadoras, sistematiza um conjunto de áreas fundamentais na relação cidadão-Administração, tão vastas e variadas como são o acolhimento e atendimento ao público, a comunicação administrativa, a simplificação de procedimentos, a audição dos utentes, os sistemas de informação para a gestão e a divulgação de informação administrativa.

Foram ouvidos os órgãos de Governo próprios das Regiões Autónomas, a Associação Nacional de Municípios Portugueses e a Associação Nacional de Freguesias.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º Objecto e âmbito de aplicação

1 – O presente diploma estabelece medidas de modernização administrativa, designadamente sobre acolhimento e atendimento dos cidadãos em geral e dos agentes económicos em particular, comunicação administrativa, simplificação de procedimentos, audição dos utentes e sistema de informação para a gestão.

2 – O presente diploma aplica-se a todos os serviços da administração central, regional e local, bem como aos institutos públicos nas modalidades de serviços personalizados do Estado ou de fundos públicos.

3 – A aplicação do presente diploma à administração regional faz-se sem prejuízo da possibilidade de os competentes órgãos introduzirem as adaptações necessárias.

Artigo 2.º Princípios de acção

Os serviços e organismos da Administração Pública estão ao serviço do cidadão e devem orientar a sua acção de acordo com os princípios da qualidade, da protecção da confiança, da comunicação eficaz e transparente, da simplicidade, da responsabilidade e da gestão participativa, tendo em vista:

- a) Garantir que a sua actividade se orienta para a satisfação das necessidades dos cidadãos e seja assegurada a audição dos mesmos como forma de melhorar os métodos e procedimentos;
- b) Aprofundar a confiança nos cidadãos, valorizando as suas declarações e dispensando comprovativos, sem prejuízo de penalização dos infractores;
- c) Assegurar uma comunicação eficaz e transparente, através da divulgação das suas actividades, das formalidades exigidas, do acesso à informação, da cordialidade do relacionamento, bem como do recurso a novas tecnologias;
- d) Privilegiar a opção pelos procedimentos mais simples, cómodos, expeditos e económicos;
- e) Adoptar procedimentos que garantam a sua eficácia e a assunção de responsabilidades por parte dos funcionários;
- f) Adoptar métodos de trabalho em equipa, promovendo a comunicação interna e a cooperação intersectorial, desenvolvendo a motivação dos funcionários para o esforço conjunto de melhorar os serviços e partilhar os riscos e responsabilidades.

Artigo 3.º Direitos dos utentes dos serviços públicos

1 – Os serviços e organismos da Administração Pública, no âmbito das actividades exercidas ao abrigo do n.º 2 do artigo 2.º da Lei n.º 24/96, de 31 de Julho, devem adoptar as medidas adequadas a dar cumprimento ao disposto neste diploma, em especial no que respeita à qualidade dos bens e serviços, à protecção da saúde, da segurança física e dos interesses económicos dos cidadãos e à informação.

2 – Os utentes do serviço público têm direito a solicitar, oralmente ou por escrito, informação sobre o andamento dos processos administrativos que lhes digam respeito.

Artigo 4.º Medidas de modernização administrativa

1 – Os diplomas legais e regulamentares editados pelo Governo, que consagrem medidas tendentes à criação, modificação ou extinção de procedimentos ou de formalidades, nomeadamente de simplificação, de desburocratização, de melhoria dos serviços prestados, de inovação tecnológica e facilidades de acesso à informação administrativa, devem conter no respectivo preâmbulo a menção do objectivo a atingir com a concretização das referidas medidas de modernização administrativa.

2 – A nota justificativa que acompanha os projectos de diplomas acima referidos, no que diz respeito aos aspectos mencionados no número anterior, deve fazer menção expressa ao impacto das medidas legislativas propostas, bem como de estudo prévio de impacto de custos, quando as mesmas possam ter repercussões de ordem económica.

3 – Os diplomas referidos no n.º 1 devem designar obrigatoriamente um serviço ou organismo responsável pelo acompanhamento e avaliação da execução das medidas aprovadas.

Artigo 5.º Deferimento tácito

Para além das situações previstas no n.º 3 do artigo 108.º do Código do Procedimento Administrativo, os serviços públicos devem propor aos órgãos competentes o elenco de outros casos de prática de actos administrativos ou do exercício de direitos pelos cidadãos que, dependendo de aprovação ou de autorização administrativa, possam, sem prejuízo do interesse público, ser objecto de deferimento tácito, através de consagração legal.

CAPÍTULO II

Acolhimento e atendimento dos cidadãos

Artigo 6.º Horários de atendimento

- 1 – Os serviços ou organismos que tenham atendimento ao público devem praticar um horário contínuo que abranja sempre o período da hora do almoço, salvo se estiverem autorizados pelo respectivo membro do Governo a praticar outro diferente.
- 2 – A prática do horário contínuo não prejudica o período legalmente fixado de duração de trabalho diário dos respectivos trabalhadores.
- 3 – Em todos os locais de acolhimento e atendimento de público deve estar afixado, por forma bem visível, o respectivo horário de funcionamento e atendimento.

Artigo 7.º Acolhimento e atendimento

- 1 – Sempre que a dimensão dos serviços públicos o justifique, na entrada a que os utentes tenham acesso, deve permanecer um funcionário conhecedor da sua estrutura e competências genéricas e com qualificação em atendimento de público, que encaminhe os interessados e preste as primeiras informações.
- 2 – O espaço principal de acolhimento, recepção ou atendimento deve ter:

- a) Afixada informação sobre os locais onde são tratados os diversos assuntos;
- b) Afixada a tabela dos preços dos bens ou serviços fornecidos;
- c) Afixado o organograma do serviço, em que sejam inscritos os nomes dos dirigentes e chefias respectivos;
- d) Assinalada a existência de linhas de atendimento telefónico ao público;
- e) Brochuras, desdobráveis, guias ou outros meios de divulgação de actividades e respectivas formalidades.

3 – Em função da aglomeração de pessoas, deve ser ponderada a instalação de sistemas de marcação de vez, sinalização para auto-encaminhamento e pictogramas de segurança, telefones públicos, instalações sanitárias, dispositivo para fornecimento de água potável, vídeo, televisor, computador que permita o acesso à Internet, ao INFOCID ou a outro meio de divulgação *multimedia*.

4 – Salvo casos excepcionais, devidamente autorizados pelo membro do Governo responsável, o atendimento deve ser personalizado, isto é, em secretária individual, removendo-se os balcões e postigos, e os funcionários que o efectuem devem estar identificados.

Artigo 8.º Prestação imediata de serviços

Sempre que a natureza do serviço solicitado pelo cidadão o permita, a sua prestação deve ser efectuada no momento.

Artigo 9.º Prioridades no atendimento

- 1 – Deve ser dada prioridade ao atendimento dos idosos, doentes, grávidas, pessoas com deficiência ou acompanhadas de crianças de colo e outros casos específicos com necessidades de atendimento prioritário.
- 2 – Os portadores de convocatórias têm prioridade no atendimento junto do respectivo serviço público que as emitiu.

Artigo 10.º Especialização dos atendedores

1 – Os funcionários e agentes com funções ligadas ao acolhimento e atendimento de utentes devem ter uma formação específica no domínio das relações humanas e das competências do respectivo serviço, de forma a ficarem habilitados a prestar directamente as informações solicitadas ou a encaminhar os utentes para os postos de trabalho adequados.

2 – Se a solicitação dos utentes for feita por telefone, deve o receptor identificar-se através do nome e da função que desempenha.

CAPÍTULO III

Comunicação administrativa

Artigo 11.º Linhas de atendimento telefónico

1 – Nos serviços e organismos da Administração Pública, onde as circunstâncias o justifiquem, são afectadas exclusivamente a pedidos de informação apresentados pelos utentes, uma ou mais linhas telefónicas, designadas por linhas azuis, cuja instalação e manutenção deve ser prioritária.

2 – As linhas azuis devem ser adaptadas ou instaladas de modo a não permitir a realização de chamadas internas ou para o exterior, garantindo assim a sua total disponibilidade para o público.

3 – As linhas azuis devem ser apetrechadas com um dispositivo especial para atendimento de chamadas por ordem de entrada, bem como para a sua gravação, nos períodos de encerramento dos serviços, para posterior resposta.

4 – Sempre que possível e se justifique, o serviço deve ponderar a instalação de linhas de atendimento específico de custos reduzidos ou nulos para o utente.

5 – A existência destas linhas de atendimento é de referência obrigatória em todas as comunicações e suportes informativos externos, bem como nos anuários telefónicos.

Artigo 12.º Encaminhamento de utentes e correspondência

1 – Toda a correspondência entregue em mão, em qualquer edifício afecto à Administração, é obrigatoriamente recebida e encaminhada para os serviços respectivos pela unidade de recepção.

2 – Os serviços públicos remetem, directa e oficiosamente, toda a correspondência que lhes for indevidamente endereçada para as entidades e serviços competentes, informando os interessados.

3 – Os serviços procedem ao esclarecimento ou encaminhamento dos utentes que, presencialmente ou por telefone, lhes apresentem assuntos da competência de outros serviços ou entidades públicas.

Artigo 13.º Formalidades administrativas

1 – Os serviços e organismos da Administração Pública devem facultar aos respectivos utentes os formulários e os valores selados necessários à instrução dos seus processos, de modo a evitar que o público tenha de se deslocar para os adquirir.

2 – Os serviços e organismos devem proceder à sinalização do local de venda de formulários e valores selados necessários à respectiva actividade.

3 – Só podem ser exigidos formulários, formalidades ou pagamentos que sejam expressamente mencionados em lei ou regulamento, devendo cada serviço proceder à sua simplificação em termos de quantidade e de conteúdo, bem como generalizar o uso de suportes em papel pré-impreso.

Artigo 14.º Suportes de comunicação administrativa

- 1 – Os suportes de comunicação administrativa escrita, de natureza externa, devem sempre referir, para além da designação oficial do serviço sem siglas, o endereço postal, os números de telefone, fax e o endereço de correio electrónico do respectivo emissor,
- 2 – As comunicações referidas no número anterior devem sempre identificar os funcionários e agentes ou titulares dos órgãos subscritores das mesmas e em que qualidade o fazem.
- 3 – A identificação faz-se mediante assinatura ou rubrica, com indicação do nome e cargo exercido, de forma adequada para o efeito.
- 4 – Quando nas comunicações dirigidas aos cidadãos se faça referência a disposições de carácter normativo ou a circulares internas da Administração, é obrigatório transcrever a parte que é relevante para o andamento ou resolução do processo ou anexar-se fotocópia do documento que a consubstancia.

Artigo 15.º Convocatórias e avisos

- 1 – Só devem ser feitas convocatórias ou avisos aos cidadãos desde que esgotadas outras diligências que permitam resolver as questões sem incómodos, perdas de tempo e gastos provocados pela deslocação dos interessados.
- 2 – Nas convocatórias ou avisos dirigidos aos cidadãos ou entidades, o assunto objecto dos mesmos deve ser descrito de forma simples e elucidativa, considerando-se inexistentes as que contenham referências vagas, nomeadamente «assunto do seu interesse», «processo pendente» ou similares.
- 3 – As convocatórias devem marcar a data de comparência com uma antecedência mínima de oito dias úteis e referir expressamente o dia, a hora e o local exacto de atendimento e, sempre que possível, o nome do funcionário a contactar.

Artigo 16.º Redacção de documentos

Na redacção dos documentos, designadamente de formulários, ofícios, minutas de requerimentos, avisos, convocatórias, certidões e declarações, em especial na comunicação com os cidadãos, deve usar-se linguagem simples, clara, concisa e significativa, sem siglas, termos técnicos ou expressões reverenciais ou intimidatórias.

Artigo 17.º Modelos de requerimento

- 1 – Nas minutas e nos modelos de requerimento só devem constar os dados indispensáveis, referidos nas alíneas a) a e) do n.º 1 do artigo 74.º do Código do Procedimento Administrativo, ficando vedada a exigência de elementos que não se destinem a ser tratados ou não acrescentem informação relevante à já existente no serviço ou que conste dos documentos exigidos.
- 2 – As minutas e os modelos de requerimentos e formulários devem respeitar os princípios e orientações de normalização e incluir instruções de preenchimento simples e suficientes.
- 3 – A identificação das pessoas, singulares ou colectivas, faz-se de acordo com o disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 74.º do Código do Procedimento Administrativo, sem prejuízo de ser completada por um ou dois de entre os seguintes meios de confirmação, de acordo com a exigência da situação:

- a) Número de bilhete de identidade e sua validade;
- b) Número de identificação fiscal e sua validade;
- c) Número de identificação de entidade equiparada a pessoa colectiva e sua validade;
- d) Número de identificação de empresário em nome individual e sua validade;
- e) Número de identificação de estabelecimento individual de responsabilidade limitada e sua validade;
- f) Número de contribuinte ou de beneficiário de sistema ou subsistema de segurança social e sua validade.

Artigo 18.º Pedido de documentas

1 – A emissão de certidões, atestados e outros actos meramente declarativos deve efectuar-se mediante requerimento oral ou escrito, designadamente telefónico, electrónico ou por fax.

2 – Nos casos em que o requerimento seja feito oralmente, será lavrado, se necessário, registo do pedido formulado, do qual constem os elementos necessários, que será assinado e datado pelo funcionário que receber o pedido.

Artigo 19.º Recepção de documentos

1 – Sempre que solicitado, é emitido recibo autenticado comprovativo da recepção de documentos ou fotocópia dos mesmos, no qual se inscreve a data e hora de entrega, se esta for relevante para o efeito, bem como a sua descrição.

2 – Quando da formulação dos pedidos a que se referem os artigos 17.º e 18.º não constarem todos os elementos neles exigidos, o requerente será convidado a suprir as deficiências existentes, devendo os serviços fazê-lo por escrito, se o interessado o solicitar.

3 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, devem os serviços diligenciar no sentido de oficiosamente serem supridas as deficiências dos requerimentos ou pedidos, de modo a evitar aos interessados prejuízos por simples irregularidades ou mera imperfeição dos pedidos.

Artigo 20.º Restituição de documentos

1 – Sempre que possível, a comprovação de declarações ou de factos faz-se pela simples exibição de documentos, os quais, após anotação ou confirmação dos dados deles constantes, nos termos do artigo 32.º do presente diploma, são restituídos aos interessados ou aos seus representantes, preferencialmente no acto de apresentação ou por remessa postal, se a primeira solução não for viável.

2 – Nos casos em que a análise dos processos torne indispensável a permanência temporária de documentos probatórios, podem estes, depois de decorridos os prazos de recurso contencioso a eles inerentes, ser devolvidos, mediante solicitação, ainda que verbal, e contra recibo do interessado.

3 – Só são retidos os documentos que permanentemente sejam necessários nos processos, sendo prestada esta informação por escrito sempre que solicitada.

Artigo 21.º Remessa postal de documentos

1 – Sempre que sejam produzidas certidões, atestados ou outros actos meramente declarativos, destinados aos cidadãos, devem os serviços facultar a opção de remessa por via postal, sempre que possível, sem acréscimo de encargos.

2 – A remessa postal referida no número anterior pode ser feita com registo ou aviso de recepção, a pedido do interessado e a expensas deste.

3 – A cobrança de importâncias devidas pela prestação de serviços, nomeadamente os que se concretizam pela remessa postal de documentos, pode efectuar-se através dos correios.

4 – Quando os serviços e organismos não possam entregar no acto do requerimento, documentos que lhes sejam solicitados, promovem a sua remessa aos interessados por correio, sem acréscimo de encargos para o cidadão.

5 – A faculdade de opção referida no n.º 1 deve ser publicitada aos utentes de forma clara nos locais de atendimento.

Artigo 22.º Comunicações escritas na Administração

- 1 – Nas comunicações internas e externas, deve a Administração Pública adoptar o meio mais económico que para cada caso se revele eficaz, nomeadamente a utilização do papel reciclado.
- 2 – O ofício expressamente dactilografado deve, sempre que possível e conveniente, ser substituído por suportes de comunicação escrita mais expeditos e económicos como o «ofício pré-impresso», a «mensagem de serviço», o sistema de «resposta no próprio documento», de preenchimento manual ou reprodução por fotocópia.
- 3 – Os serviços devem promover, na sua correspondência, a utilização preferencial de «sobrescrito de janela», por forma a acelerar o processamento do trabalho e a redução dos respectivos custos.
- 4 – Os serviços devem elaborar impressos de requerimentos, relativos aos principais assuntos que tratam, em papel de formato tipo A4 ou A5, que facultam aos interessados nos locais apropriados.
- 5 – Nas relações com os utentes, devem os serviços aceitar qualquer meio bastante de identificação pessoal ou de prova, minorando, sempre que possível, a exigência de formalidades.
- 6 – Com vista a acelerar o processo de decisão, devem os serviços proceder às necessárias consultas mútuas, para obtenção de declarações, atestados, certidões e outros elementos, através de telefone, telegrama, fax ou outros meios, sem prejuízo de ulterior confirmação quando estritamente indispensável.
- 7 – Na elaboração dos processos, devem os serviços evitar a solicitação de pareceres e despachos internos sempre que tais formalidades se afigurem redundantes ou que não carreguem qualquer substância à formulação da decisão.
- 8 – Os dirigentes dos serviços devem promover o mecanismo da delegação e subdelegação de competências e de assinatura da correspondência ou de expediente necessária à mera instrução dos processos, em diferentes níveis da hierarquia, se possível, no próprio posto de execução, mencionando o nome, cargo do delegante ou subdelegante e a qualidade em que assina.
- 9 – Os serviços devem informar por escrito os utentes da previsão do tempo de resposta sempre que para o assunto apresentado, oralmente ou por escrito, se afigure prazo de resolução superior a um mês.

Artigo 23.º Identificação dos intervenientes nos processos administrativos

- 1 – Os documentos escritos que constituem os processos administrativos internos, bem como todos os despachos e informações que sobre eles forem exarados, devem sempre identificar os funcionários e agentes seus subscritores e a qualidade em que o fazem, sem prejuízo do disposto na parte final do n.º 8 do artigo 22.º
- 2 – A identificação faz-se mediante assinatura e indicação do nome e do cargo, exarados por forma adequada ao efeito.
- 3 – O disposto nos números anteriores é aplicável aos despachos dos membros do Governo.

Artigo 24.º Comunicações com os serviços públicos

- 1 – Sempre que uma pessoa, singular ou colectiva, se dirija por escrito a qualquer serviço público, designadamente nos requerimentos, petições ou recursos, devem ser utilizadas folhas de papel normalizadas, brancas ou de cores pálidas, de formato tipo A4 ou A5.
- 2 – O disposto no número anterior não se aplica às queixas e reclamações apresentadas através do livro de reclamações.
- 3 – Os suportes referidos no n.º 1 podem incluir elementos identificadores da pessoa, singular ou colectiva, nomeadamente sigla, logótipo, endereço ou referências de telecomunicações.
- 4 – Salvo no caso dos actos judiciais e dos contratos a que se refere o n.º 2, não é permitida a recusa de aceitação ou tratamento de documentos de qualquer natureza com fundamento na inadequação dos suportes em que estão escritos, desde que não fique prejudicada a sua legibilidade.
- 5 – Os serviços públicos devem facultar gratuitamente aos utentes que o solicitem os suportes de escrita referidos no n.º 1.

Artigo 25.º Comunicações informáticas

- 1 – Sempre que os serviços tenham capacidade para recepção de dados transmitidos por meios informáticos, a transferência de informação por esta via far-se-á segundo formas e condições definidas por despacho do membro do Governo competente.
- 2 – Na utilização do tipo de comunicações referido no número anterior, deve ser assegurada a autenticidade da informação e da identidade dos seus emissores por meios adequados.

Artigo 26.º Correio electrónico

- 1 – Os serviços e organismos da Administração Pública devem disponibilizar um endereço de correio electrónico para efeito de contacto por parte dos cidadãos e de entidades públicas e privadas e divulgá-lo de forma adequada, bem como assegurar a sua gestão eficaz.
- 2 – A correspondência transmitida por via electrónica tem o mesmo valor da trocada em suporte de papel, devendo ser-lhe conferida, pela Administração e pelos particulares, idêntico tratamento.
- 3 – À aplicação do princípio constante do número anterior exceptuam-se os efeitos que impliquem a assinatura ou a autenticação de documentos, até à publicação de diploma regulador da autenticação de documentos electrónicos.
- 4 – Compete ao dirigente máximo do serviço designar os funcionários responsáveis pela informação oficial do serviço ou organismo, prestada através da transmissão electrónica de dados.

CAPÍTULO IV

Simplificação de procedimentos

Artigo 27.º Delegação e subdelegação de competências

Todos os serviços adoptarão, nos termos legais aplicáveis, mecanismos de delegação e subdelegação de competências que propiciem respostas céleres às solicitações dos utentes e proporcionem um pronto cumprimento de obrigações e uma gestão mais célere e desburocratizada.

Artigo 28.º Certificação multiuso

- 1 – Os atestados, certidões, certificações ou qualquer outro tipo de documento destinado a declarar ou a fazer prova de quaisquer factos podem, durante o seu prazo de validade, ser utilizados em diferentes serviços ou com distintas finalidades.

2 – Para obtenção dos documentos referidos no número anterior, é irrelevante a indicação dos fins a que se destinam.

3 – Exceptuam-se do disposto nos números anteriores os documentos que sejam solicitados expressamente para fins específicos e, pelos quais, dado o seu carácter social, sejam cobradas quantias reduzidas, a título de emolumentos.

4 – Nos termos do Decreto-Lei n.º 174/97, de 19 de Julho, os atestados de incapacidade podem ser utilizados para todos os fins legalmente previstos, adquirindo uma função multiuso, devendo todas as entidades públicas ou privadas, perante quem sejam exibidos, devolvê-los aos interessados ou seus representantes, após a notação de conformidade com o original, aposta em fotocópia simples.

Artigo 29.º Respostas sem franquia

Quando for necessário recolher informação que dispense a presença do utente, pode ser-lhe enviado documento pedindo o preenchimento de formulário para reenvio por carta ou postal de resposta sem franquia, autorizada pelos CTT – Correios.

Artigo 30.º Meios automáticos de pagamento

1 – Os pagamentos devidos à Administração Pública devem poder ser efectuados através da rede pública de caixas automáticas ou de terminais dedicados a pagamentos, em condições a acordar com as entidades gestoras de sistemas de transferência electrónica de fundos, com salvaguarda do registo das operações.

2 – Os serviços públicos devem fomentar a utilização progressiva de meios automáticos e electrónicos de pagamentos devidos à Administração Pública, com vista à substituição da exigência do cheque visado.

Artigo 31.º Dispensa do reconhecimento de assinatura

1 – Nos termos dos artigos 1.º e 2.º do Decreto-Lei n.º 250/96, de 24 de Dezembro, encontram-se abolidos os reconhecimentos notariais de letra e assinatura, ou só de assinatura, feitos por semelhança e sem menções especiais relativas aos signatários.

2 – A exigência em disposição legal de reconhecimento por semelhança ou sem determinação de espécie considera-se substituída pela indicação, feita pelo signatário, do número, data e entidade emitente do respectivo bilhete de identidade ou documento equivalente, emitido pela autoridade competente de um dos países da União Europeia ou do passaporte.

Artigo 32.º Dispensa dos originais dos documentos

1 – Para a instrução de processos administrativos gratuitos é suficiente a fotocópia de documento autêntico ou autenticado por notário público, desde que conferida com o original ou documento autenticado exibido perante o funcionário que a receba.

2 – O funcionário aporá a sua rubrica na fotocópia, declarando a sua conformidade com o original ou documento autenticado.

3 – Se o documento autêntico ou autenticado constar de arquivo de serviço público, o dirigente competente aporá a sua assinatura na respectiva fotocópia declarando a sua conformidade com o original.

4 – As fotocópias de documentos reconhecidos nos termos dos números anteriores não produzem fé pública.

Artigo 33.º Substituição do atestado de residência pelo cartão de eleitor

1 – O atestado de residência para instrução de processos administrativos, quando legalmente exigido, é substituído pela apresentação do cartão de eleitor.

2 – Quando a entrega da documentação necessária à instrução dos processos referidos no artigo anterior for feita pelo interessado ou por outrem, deve o funcionário que a

receber confirmar através do bilhete de identidade ou documento equivalente a assinatura constante do cartão de eleitor, apondo ao processo o número pelo qual o requerente se encontra inscrito no recenseamento eleitoral.

3 – No caso de envio de documentação através dos serviços de correio, o interessado deverá fazer junção ao processo de cópias do bilhete de identidade e do cartão de eleitor.

4 – Em caso de dúvida quanto à veracidade das declarações, os serviços devem promover oficiosamente a confirmação dos dados relativos à residência, junto das juntas de freguesia respectivas.

Artigo 34.º Atestados emitidos pelas juntas de freguesia

1 – Os atestados de residência, vida e situação económica dos cidadãos, bem como os termos de identidade e justificação administrativa, passados pelas juntas de freguesia, nos termos das alíneas f) e q) do n.º 1 do artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 100/84, de 29 de Março, devem ser emitidos desde que qualquer dos membros do respectivo executivo ou da assembleia de freguesia tenha conhecimento directo dos factos a atestar, ou quando a sua prova seja feita por testemunho oral ou escrito de dois cidadãos eleitores recenseados na freguesia ou, ainda, mediante declaração do próprio.

2 – Nos casos de urgência, o presidente da junta de freguesia pode passar os atestados a que se refere este diploma, independentemente de prévia deliberação da junta.

3 – Não está sujeita a forma especial a produção de qualquer das provas referidas, devendo, quando orais, ser reduzidas a escrito pelo funcionário que as receber e confirmadas mediante assinatura de quem as apresentar.

4 – As falsas declarações são punidas nos termos da lei penal.

5 – A certidão, relativa à situação económica do cidadão, que contenha referência à sua residência faz prova plena desse facto e dispensa a junção no mesmo processo de atestado de residência ou cartão de eleitor.

6 – As certidões referidas no número anterior podem ser substituídas por atestados passados pelo presidente da junta.

Artigo 35.º Atestados médicos

1 – Nos atestados comprovativos de saúde e de doença está abolido o reconhecimento notarial da assinatura do médico.

2 – A certificação da saúde ou da doença, para quaisquer efeitos legalmente exigíveis, designadamente para a justificação de faltas por motivo de doença ou estado comprovativo de saúde, é lavrada em papel com o timbre do médico ou entidade responsável.

CAPÍTULO V

Mecanismos de audição e participação

Artigo 36.º Sugestões dos utentes

1 – A recolha de opiniões e sugestões, como instrumento institucionalizado de audição dos utentes e de aferição da qualidade dos serviços públicos, concretiza-se através de:

a) Opiniões, por meio das quais se pretende conhecer o que o utente pensa do modo como é atendido e da qualidade, adequação, tempo de espera e custo do serviço que lhe é prestado pela Administração;

b) Sugestões, através das quais se pretende que o utente faça propostas concretas de melhoria a introduzir no funcionamento dos serviços públicos;

c) Outros contributos escritos para a modernização administrativa, por meio dos quais o utente possa manifestar o seu desacordo ou a sua divergência em relação à forma como foi atendido, como lhe foi prestado determinado serviço ou ainda como a lei ou regulamento lhe impõe formalidades desnecessárias.

- 2 – Os serviços ou organismos da Administração Pública devem disponibilizar, nos locais de atendimento, uma caixa de sugestões e opiniões.
- 3 – A existência da caixa de sugestões e opiniões deve ser divulgada aos utentes de forma visível nos locais referidos no número anterior.
- 4 – Os serviços e organismos devem, sempre que possível, dar acolhimento às sugestões e opiniões emitidas pelos utentes, no sentido de melhorar a sua gestão e funcionamento ou, quando caso dispo, sugerir medidas legislativas adequadas a simplificar procedimentos.

Artigo 37.º Sugestões dos funcionários

- 1 – Os funcionários e agentes, no normal exercício das funções e como demonstração do seu empenho na gestão dos serviços públicos, devem apresentar sugestões susceptíveis de melhorar o funcionamento e a qualidade dos serviços a que pertencem.
- 2 – Sempre que as sugestões sejam apresentadas por escrito e incluam um programa de acção, devem ser avaliadas pelos dirigentes máximos no sentido da viabilidade da sua aplicação.
- 3 – Se os programas propostos forem aprovados e implantados, o funcionário ou agente pode beneficiar da frequência de um curso de especialização ou bolsa de estudo na respectiva área de intervenção.
- 4 – Se a natureza da proposta apresentada evidenciar mérito, embora não justifique as acções referidas no número anterior, o funcionário ou agente tem direito a um louvor do dirigente máximo do serviço, que constará para todos os efeitos legais, do seu processo individual.

Artigo 38.º Reclamações

- 1 – Os serviços e organismos da Administração Pública ficam obrigados a adoptar o livro de reclamações nos locais onde seja efectuado atendimento de público, devendo a sua existência ser divulgada aos utentes de forma visível.
- 2 – A autenticação do livro de reclamações compete ao dirigente máximo do serviço ou organismo, em exercício de funções à data da abertura do livro, competência que pode ser delegada, nos casos de serviços desconcentrados, nos respectivos responsáveis.
- 3 – A cópia azul do livro de reclamações deve ser enviada pelo serviço reclamado ao gabinete do membro do Governo competente, acompanhada de informação sobre a reclamação, donde constem as medidas correctivas adoptadas.
- 4 – A cópia amarela da reclamação deve ser enviada directamente para o Secretariado para a Modernização Administrativa, acompanhada da informação referida no número anterior e de cópia da resposta dada ao reclamante.
- 5 – Independentemente da fase de tramitação em que se encontrem as reclamações, na base de dados do Secretariado para a Modernização Administrativa, cabe a cada serviço reclamado dar resposta ao reclamante, acompanhada da devida justificação, bem como das medidas tomadas ou a tornar, se for caso disso, no prazo máximo de 15 dias.
- 6 – Se para além da resposta dada pelo serviço, a reclamação for objecto de decisão final superior, esta será comunicada ao reclamante pelo serviço ou gabinete do membro do Governo responsável e dada a conhecer ao Secretariado para a Modernização Administrativa.
- 7 – Se for caso disso, o membro do Governo que tutela a Administração Pública deve diligenciar no sentido da realização de auditorias, nos termos legalmente previstos.
- 8 – O modelo do livro de reclamações é definido por portaria do membro do Governo responsável pela Administração Pública.

Artigo 39.º Obrigatoriedade de resposta

- 1 – Toda a correspondência, designadamente sugestões, críticas ou pedidos de informação cujos autores se identifiquem, dirigida a qualquer serviço será objecto de

análise e decisão, devendo ser objecto de resposta com a maior brevidade possível, que não excederá, em regra, 15 dias.

2 – Nos casos em que se conclua pela necessidade de alongar o prazo referido no número anterior, deve o serviço dar informação intercalar da fase de tratamento do assunto em análise.

CAPÍTULO VI

Instrumentos de apoio à gestão

Artigo 40.º

Plano e relatório de actividades

1 – Os serviços e organismos da Administração Pública devem elaborar planos e relatórios anuais de actividades, de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 183/96, de 27 de Setembro.

2 – Os planos e relatórios de actividades devem contemplar, em capítulo próprio, as medidas de modernização administrativa, nomeadamente relativas à desburocratização, qualidade e inovação, que se propõem desenvolver, bem como avaliar a sua aplicação em cada ano.

3 – Os relatórios de actividades devem incluir indicadores que quantifiquem as solicitações entradas e as respectivas respostas, a que se refere o n.º 1 do artigo 39.º

Artigo 41.º Balanço social

Os serviços e organismos da Administração Pública devem elaborar anualmente o seu balanço social, com referência a 31 de Dezembro do ano anterior, de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 190/96, de 9 de Outubro.

Artigo 42.º Relatório da modernização administrativa

1 – Compete às secretarias-gerais ou aos serviços de organização e pessoal de cada ministério a elaboração de relatórios anuais de avaliação das medidas de modernização administrativa executadas no âmbito dos respectivos ministérios, a enviar ao membro do Governo competente, com cópia dirigida ao Secretariado para a Modernização Administrativa, para os efeitos previstos no artigo 43.º

2 – Na administração local, compete à Direcção-Geral das Autarquias Locais a elaboração do relatório anual de avaliação das medidas de modernização administrativa executadas no âmbito das autarquias locais, cópia dos quais deve ser remetida ao Secretariado para a Modernização Administrativa, para os efeitos previstos no artigo 43.º

3 – Os relatórios de avaliação referidos no número anterior incidem, obrigatoriamente, sobre os seguintes aspectos:

- a) Formalidades que foram extintas ou simplificadas;
- b) Medidas de simplificação introduzidas, designadamente as previstas no capítulo IV;
- c) Melhoria no acolhimento e atendimento dos utentes;
- d) Melhoria nos meios de comunicação com os utentes do serviço;
- e) Disponibilização de suportes informativos;
- f) Inovações tecnológicas introduzidas;
- g) Avaliação global do conjunto das reclamações e síntese das medidas correctivas adoptadas.

Artigo 43.º Observatório da modernização administrativa

1 – O Secretariado para a Modernização Administrativa articulará a sua gestão e funcionamento no sentido de se constituir como observatório permanente da modernização administrativa, nas áreas reguladas pelo presente diploma.

2 – Compete ao Secretariado para a Modernização Administrativa proceder à análise dos referidos relatórios e elaborar estudo sintético, mas detalhado, das principais medidas

tomadas e propor ao Governo recomendações ou medidas legislativas que contribuam para uma maior qualidade, eficácia e eficiência da Administração Pública.

Artigo 44.º Qualidade em serviços públicos

Os serviços e organismos da Administração Pública devem elaborar, progressivamente, cartas de qualidade.

Artigo 45.º Papel inovador dos dirigentes

- 1 – Os dirigentes devem pautar a sua gestão, com vista ao cumprimento da missão do serviço, através da definição dos objectivos anuais a atingir, do nível dos serviços a prestar, da criação e manutenção de critérios de qualidade, bem como a motivação e estímulo dos seus funcionários e a preocupação da boa imagem do serviço.
- 2 – Os dirigentes máximos dos serviços públicos devem elaborar um programa de acção que vise o aperfeiçoamento e a qualidade dos serviços, nomeadamente através da elaboração de cartas de qualidade, metodologias de melhores práticas de gestão e sistemas de garantia de conformidade face aos objectivos exigidos.
- 3 – Os dirigentes de todas as unidades e subunidades orgânicas devem promover reuniões periódicas para a divulgação de documentos internos e normas de procedimento, bem como reuniões temáticas que promovam o debate e o esclarecimento das acções a desenvolver para cumprimento dos objectivos do serviço.
- 4 – Com vista a garantir melhor qualidade, eficácia e eficiência, cabe aos dirigentes definir e incentivar planos de formação individuais ou de grupo que permitam a formação e aperfeiçoamento profissional contínuo dos profissionais do serviço,
- 5 – Os planos de formação devem ser orientados no sentido de uma Administração ao serviço do cidadão, tendo em conta os objectivos do organismo, bem como o desenvolvimento social, cultural e técnico dos seus funcionários e agentes.

Artigo 46.º Programas de receptividade ao utente

Os serviços devem melhorar o nível de receptividade aos seus utentes, de acordo com o seu âmbito de acção, actuando, em especial, nos seguintes domínios:

- a) Adequação de disposições legais desactualizadas e estudo da racionalização e simplificação de formalidades;
- b) Melhoria de instalações;
- c) Formação de atendedores de público;
- d) Melhoria de equipamentos que constituam infra-estruturas ao atendimento;
- e) Adopção de sistemas, métodos e técnicas inovadores que potenciem uma pronta resposta às solicitações legítimas dos utentes;
- f) Avaliação da qualidade e do impacte dos serviços prestados pelo serviço.

CAPÍTULO VII

Divulgação de informação administrativa

Artigo 47.º Sistema interdepartamental de informação administrativa

1 – O sistema interdepartamental de informação administrativa aos utentes de serviços públicos (INFOCID), criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/91, de 31 de Maio, com as alterações introduzidas pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/92, de 29 de Outubro, tem como objectivos:

- a) Disponibilizar para o público a informação básica e de cidadania, sobre direitos, obrigações, procedimentos, na relação que estabelece com a Administração Pública;
- b) Garantir a simplicidade, rapidez e fiabilidade da informação administrativa que o cidadão ou grupos específicos de cidadãos necessitam no seu dia-a-dia;

- c) Permitir a identificação e o acesso a bases de dados especializados, de forma a dar respostas a questões mais específicas, bem como permitir a criação de subsistemas de informação destinados a servir clientes específicos;
- d) Possibilitar e facilitar, gradualmente, o contacto interactivo com simulações e prestações de serviços concretos, através das tecnologias de informação e de programas específicos, que tenham real utilidade para o cidadão.

2 – Os serviços públicos que produzem informação de interesse para o cidadão devem organizar e tratar a referida informação de forma a participarem no INFOCID.

3 – A informação devidamente organizada pelos serviços produtores deve ser actualizada com frequência, de modo a não defraudar as expectativas dos cidadãos.

4 – A gestão do sistema INFOCID incumbe ao Secretariado para a Modernização Administrativa, coadjuvado pelo Conselho de Produtores, que aglutina todos os órgãos e serviços com informação tratada e compilada no sistema.

Artigo 48.º Meios de divulgação *multimedia*

Os serviços públicos devem, sempre que possível, promover meios de divulgação *multimedia* das suas actividades, com o objectivo de esclarecer os utentes sobre o seu funcionamento.

Artigo 49.º Apontador universal

1 – É criado o apontador universal *Res publica*, via Internet, para todos os endereços electrónicos de páginas de entidades públicas.

2 – O endereço mencionado no número anterior é criado no Secretariado para a Modernização Administrativa.

3 – Progressivamente e à medida das disponibilidades tecnológicas, o apontador universal deve permitir a ligação a sistemas de informação e a bases de dados específicos com interesse para os cidadãos e agentes económicos.

CAPÍTULO VIII

Disposições finais

Artigo 50.º Prevalência

1 – O presente decreto-lei prevalece sobre quaisquer disposições gerais ou especiais relativas aos diversos serviços e organismos da Administração Pública.

2 – Os dirigentes dos serviços ou organismos mencionados no número anterior, que adoptem ou autorizem a adopção de medidas internas em contravenção com o presente diploma, incorrem em responsabilidade disciplinar, nos termos do respectivo estatuto disciplinar.

Artigo 51.º Pessoal dirigente

1 – As referências feitas no presente diploma aos dirigentes máximos dos serviços entendem-se reportadas aos secretários-gerais, directores-gerais e pessoal de cargos equiparados, bem como ao pessoal dirigente directamente dependente de qualquer membro do Governo.

2 – As competências atribuídas no presente diploma aos membros do Governo e aos dirigentes máximos dos serviços são, na administração local, cometidas:

- a) Ao presidente da câmara municipal, nas câmaras municipais;
- b) Ao presidente do conselho de administração, nas associações de municípios e nos serviços municipalizados;
- c) À junta de freguesia, nas juntas de freguesia;
- d) Ao presidente da mesa da assembleia distrital, nas assembleias distritais.

Artigo 52.º Norma revogatória

São revogados os seguintes diplomas:

Resolução do Conselho de Ministros n.º 6/87, de 29 de Janeiro;
Decreto-Lei n.º 149/87, de 30 de Março;
Resolução do Conselho de Ministros n.º 31/87, de 29 de Maio;
Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/87, de 8 de Julho;
Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/87, de 10 de Julho;
Decreto-Lei n.º 48/88, de 17 de Fevereiro;
Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/88, de 2 de Maio;
Decreto-Lei n.º 217/88, de 17 de Junho;
Despacho do Primeiro-Ministro n.º 1/89, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 12 de Janeiro;
Decreto-Lei n.º 19/89, de 19 de Janeiro;
Decreto-Lei n.º 112/90, de 2 de Abril;
Decreto-Lei n.º 383/90, de 10 de Dezembro;
Decreto-Lei n.º 129/91, de 2 de Abril.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 11 de Fevereiro de 1999. – *António Manuel de Oliveira Guterres – António Luciano Pacheco de Sousa Franco – Jorge Paulo Sacadura Almeida Coelho.*

Promulgado em 5 de Abril de 1999.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 9 de Abril de 1999.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres.*

Decreto-Lei n.º 173/2003 de 1 de Agosto

Decreto-Lei n.º 173/2003

de 1 de Agosto

A reforma do sector da saúde tem constituído um vector prioritário de actuação do XV Governo Constitucional no sentido de introduzir uma profunda reestruturação no Serviço Nacional de Saúde, por forma a transformar o actual sistema público num sistema de saúde moderno e renovado, mais justo e eficiente, e fundamentalmente orientado para as necessidades dos utentes.

Neste âmbito, e designadamente as reformas já efectuadas no domínio da rede hospitalar e dos cuidados de saúde primários impõem também ajustamentos ao nível do modo de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde prestados no âmbito do Sistema Nacional de Saúde.

Nesta linha, a introdução de novas regras surge como um meio ou instrumento regulador do acesso, envolvendo directamente os utentes e, em geral, a comunidade na melhoria da gestão dos estabelecimentos e da prestação de cuidados de saúde.

As taxas moderadoras, já previstas na Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, podem, justamente, constituir um meio adequado para alcançar aquelas finalidades e, para além disso, introduzir também um princípio de justiça social no próprio acesso.

Nesta sequência, impõe-se estabelecer um regime que seja capaz de servir de instrumento moderador, racionalizador e regulador do acesso à prestação de cuidados de saúde e que, simultaneamente, garanta o reforço efectivo do princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde.

Para alcançar estas finalidades, torna-se necessário proceder a uma dinamização deste instrumento de política de saúde, o que pressupõe um processo que evolua, futuramente, no sentido da redefinição da fixação dos valores das taxas, assente em critérios de proporcionalidade e adequação ao rendimento dos utentes.

Com o presente diploma, para além de se sistematizar e compilar a já dispersa disciplina normativa existente neste domínio, pretende-se, precisamente, dar início a esse processo, procedendo-se desde já à actualização dos valores, tendo essencialmente por base uma ideia de diferenciação positiva dos grupos mais carenciados e desfavorecidos.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º**Taxas moderadoras**

1 — O acesso às prestações de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde implica o pagamento de taxas moderadoras nos casos seguintes:

- a) Na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados convencionados, com excepção dos efectuados em regime de internamento;
- b) Nos serviços de urgência hospitalares e centros de saúde;

- c) Nas consultas nos hospitais, nos centros de saúde e em outros serviços de saúde públicos ou privados convencionados.

2 — O valor das taxas moderadoras é aprovado por portaria do Ministro da Saúde, sendo revisto e actualizado anualmente tendo em conta, nomeadamente, o índice da inflação.

3 — As taxas moderadoras constantes da portaria prevista no número anterior não podem exceder um terço dos valores constantes da tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde.

Artigo 2.º**Isenções**

1 — Estão isentos do pagamento das taxas moderadoras referidas no artigo anterior:

- a) As grávidas e parturientes;
- b) As crianças até aos 12 anos de idade, inclusive;
- c) Os beneficiários de abono complementar a crianças e jovens deficientes;
- d) Os beneficiários de subsídio mensal vitalício;
- e) Os pensionistas que recebam pensão não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- f) Os desempregados, inscritos nos centros de emprego, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- g) Os beneficiários de prestação de carácter eventual por situações de carência paga por serviços oficiais, seus cônjuges e filhos menores;
- h) Os internados em lares para crianças e jovens privados do meio familiar normal;
- i) Os trabalhadores por conta de outrem que recebam rendimento mensal não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- j) Os pensionistas de doença profissional com o grau de incapacidade permanente global não inferior a 50 %;
- l) Os beneficiários do rendimento social de inserção;
- m) Os insuficientes renais crónicos, diabéticos, hemofílicos, parkinsonicos, tuberculosos, doentes com sida e seropositivos, doentes do foro oncológico, doentes paramiloidósicos e com doença de Hansen, com espondilite anquilosante e esclerose múltipla;
- n) Os dadores benévolos de sangue;
- o) Os doentes mentais crónicos;
- p) Os alcoólicos crónicos e toxicodependentes, quando inseridos em programas de recuperação, no âmbito do recurso a serviços oficiais;
- q) Os doentes portadores de doenças crónicas, identificadas em portaria do Ministro da Saúde que, por critério médico, obriguem a consultas, exames e tratamentos frequentes e sejam potencial causa de invalidez precoce ou de significativa redução de esperança de vida;
- r) Os bombeiros;
- s) Outros casos determinados em legislação especial.

2 — A prova dos factos referidos nas alíneas do n.º 1 faz-se por documento emitido pelos serviços oficiais competentes.

3 — Para os efeitos previstos no número anterior, os termos e as condições da apresentação do documento são definidos em despacho do Ministro da Saúde.

4 — Todos os utentes, incluindo os beneficiários de subsistemas de saúde ou aqueles por quem qualquer entidade, pública ou privada, seja responsável, estão sujeitos ao pagamento de taxas moderadoras, excepto os que estão isentos nos termos do n.º 1.

5 — A isenção do pagamento de taxas moderadoras relativas aos dadores benévolos de sangue depende da apresentação de uma declaração dos serviços oficiais competentes, da qual conste, pelo menos, a menção de duas dádivas no ano anterior.

Artigo 3.º

Norma revogatória

1 — São revogados os Decretos-Leis n.ºs 54/92, de 11 de Abril, e 287/95, de 30 de Outubro.

2 — Mantêm-se em vigor, até serem substituídos por outros, os regulamentos que fixam os valores das taxas moderadoras emitidos ao abrigo da legislação anterior agora revogada.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 13 de Junho de 2003. — *José Manuel Durão Barroso* — *Maria Manuela Dias Ferreira Leite* — *Maria Celeste Ferreira Lopes Cardona* — *Luís Filipe Pereira* — *António José de Castro Bagão Félix*.

Promulgado em 16 de Julho de 2003.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 21 de Julho de 2003.

O Primeiro-Ministro, *José Manuel Durão Barroso*.



DIÁRIO DA REPÚBLICA

Depósito legal n.º 8814/85

ISSN 0870-9963

AVISO

Por ordem superior e para constar, comunica-se que não serão aceites quaisquer originais destinados ao *Diário da República* desde que não tragam aposta a competente ordem de publicação, assinada e autenticada com selo branco.

Os prazos para reclamação de faltas do *Diário da República* são, respectivamente, de 30 dias para o continente e de 60 dias para as Regiões Autónomas e estrangeiro, contados da data da sua publicação.

PREÇO DESTE NÚMERO (IVA INCLUÍDO 5%)

€ 1,50



Diário da República Electrónico: Endereço Internet: <http://www.dr.incm.pt>
Correio electrónico: dre@incm.pt • Linha azul: 808 200 110 • Fax: 21 394 57 50



IMPRESA NACIONAL-CASA DA MOEDA, S. A.

LIVRARIAS

- Rua da Escola Politécnica, 135 — 1250-100 Lisboa
Telcf. 21 394 57 00 Fax 21 394 57 50 Metro — Rato
- Rua do Marquês de Sá da Bandeira, 16-A e 16-B — 1050-148 Lisboa
Telcf. 21 330 17 00 Fax 21 330 17 07 Metro — S. Sebastião
- Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5 — 1099-002 Lisboa
Telcf. 21 383 58 00 Fax 21 383 58 34
- Rua de D. Filipa de Vilhena, 12 — 1000-136 Lisboa
Telcf. 21 781 07 00 Fax 21 781 07 95 Metro — Saldanha
- Avenida de Fernão de Magalhães, 486 — 3000-173 Coimbra
Telcf. 23 985 64 00 Fax 23 985 64 16
- Praça de Guilherme Gomes Fernandes, 84 — 4050-294 Porto
Telcf. 22 339 58 20 Fax 22 339 58 23
- Avenida Lusitã — 1500-392 Lisboa
(Centro Colombo, loja 0.503)
Telcf. 21 711 11 25 Fax 21 711 11 21 Metro — C. Militar
- Rua das Portas de Santo Antão, 2-2/A — 1150-268 Lisboa
Telcf. 21 324 04 07/08 Fax 21 324 04 09 Metro — Rossio
- Loja do Cidadão (Lisboa) Rua de Abranches Ferrão, 10 — 1600-001 Lisboa
Telcf. 21 723 13 70 Fax 21 723 13 71 Metro — Laranjiras
- Loja do Cidadão (Porto) Avenida de Fernão Magalhães, 1862 — 4350-158 Porto
Telcf. 22 557 19 27 Fax 22 557 19 29
- Loja do Cidadão (Aveiro) Rua de Orlando Oliveira, 41 e 47 — 3800-040 Aveiro
Força Vouga
Telcf. 23 440 58 49 Fax 23 440 58 64

Toda a correspondência sobre assinaturas deverá ser dirigida para a Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S. A., Departamento Comercial, Sector de Publicações Oficiais, Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5, 1099-002 Lisboa

Decreto-Lei n.º 111/2000 de 4 de Julho

Regulamenta a Lei n.º 134/99, de 28 de Agosto, no tocante à prevenção e à proibição das discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica

Decreto-Lei 111/2000 (Rectificações) de 4 de Julho de 2000

A Lei nº 134/99, de 28 de Agosto, tem por objecto prevenir e proibir as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica, apresentando, a título exemplificativo, o elenco de práticas discriminatórias que, a verificarem-se, constituem contra-ordenações puníveis com coimas adequadas e sanções correspondentes.

O presente diploma regula a Lei nº 134/99, de 28 de Agosto, importando estabelecer, designadamente, as entidades administrativas competentes para procederem à instrução dos processos de contra-ordenações, bem como a autoridade administrativa que aplicará as coimas e as sanções acessórias correspondentes pela prática de actos discriminatórios.

Foi ouvida a Comissão Nacional de Protecção de Dados e o Conselho Consultivo para os Assuntos da Imigração.

Foram ouvidos os órgãos próprios das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 15º da Lei nº 134/99, de 28 de Agosto, e nas alíneas a) e c) do artigo 198º da Constituição, o Governo decreta, para valer como lei geral da República, o seguinte:

Artigo 1º

Objecto

O presente diploma regula a Lei n.º 134/99, de 28 de Agosto, que tem por objecto prevenir e proibir as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica.

Artigo 2º

Práticas discriminatórias

1 - Consideram-se práticas discriminatórias as acções ou omissões que, em razão da pertença de qualquer pessoa a determinada raça, cor, nacionalidade ou origem étnica, violem o princípio da igualdade, designadamente:

- a) A adopção de procedimento, medida ou critério, directamente pela entidade empregadora ou através de instruções dadas aos seus trabalhadores ou a agência de emprego, que subordine a factores de natureza racial a oferta de emprego, a cessação de contrato de trabalho ou a recusa de contratação;
- b) A produção ou difusão de anúncios de oferta de emprego, ou outras formas de publicidade ligada à pré-selecção ou ao recrutamento, que contenham, directa ou indirectamente, qualquer especificação ou preferência baseada em factores de discriminação racial;
- c) A recusa de fornecimento ou impedimento de fruição de bens ou serviços, por parte de qualquer pessoa singular ou colectiva;
- d) O impedimento ou limitação ao acesso e exercício normal de uma actividade económica por qualquer pessoa singular ou colectiva;
- e) A recusa ou condicionamento de venda, arrendamento ou subarrendamento de imóveis;
- f) A recusa de acesso a locais públicos ou abertos ao público;
- g) A recusa ou limitação de acesso aos cuidados de saúde prestados em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;
- h) A recusa ou limitação de acesso a estabelecimento de ensino público ou privado;
- i) A constituição de turmas ou a adopção de outras medidas de organização interna nos estabelecimentos de ensino público ou privado, segundo critérios de discriminação racial, salvo se tais critérios forem justificados pelos objectivos referidos no nº 2 do artigo 3º da Lei nº 134/99, de 28 de Agosto;

j) A adopção de prática ou medida por parte de qualquer órgão, funcionário ou agente da administração directa ou indirecta do Estado, das Regiões Autónomas ou das autarquias locais que condicione ou limite a prática do exercício de qualquer direito;

l) A adopção por entidade empregadora de prática que no âmbito da relação laboral discrimine um trabalhador ao seu serviço;

m) A adopção de acto em que, publicamente ou com intenção de ampla divulgação, pessoa singular ou colectiva emita uma declaração ou transmita uma informação em virtude da qual um grupo de pessoas seja ameaçado, insultado ou aviltado por motivos de discriminação racial.

2 - É proibido despedir, aplicar sanções ou prejudicar por qualquer outro meio o trabalhador por motivo do exercício de direito ou de acção judicial contra prática discriminatória.

Artigo 3º

Regime sancionatório

1 - A prática de qualquer acto discriminatório por pessoa singular constitui contra-ordenação punível com coima graduada entre uma e cinco vezes o valor mais elevado do salário mínimo nacional mensal, sem prejuízo da eventual responsabilidade civil ou da aplicação de outra sanção que ao caso couber.

2 - A prática de qualquer acto discriminatório referido no artigo anterior por pessoa colectiva de direito público ou privado constitui contra-ordenação punível com coima graduada entre 2 e 10 vezes o valor mais elevado do salário mínimo nacional mensal, sem prejuízo da responsabilidade civil ou da aplicação de outra sanção que ao caso couber.

3 - Em caso de reincidência, os limites mínimo e máximo são elevados para o dobro.

4 - A tentativa e a negligência são puníveis.

5 - Sempre que a contra-ordenação resulte da omissão de um dever, a aplicação da sanção e o pagamento da coima não dispensam o infractor do seu cumprimento, se este ainda for possível.

Artigo 4º

Sanções acessórias

1 - Sem prejuízo do disposto no artigo 10º da Lei nº 134/99, de 28 de Agosto, podem ainda ser determinadas as seguintes sanções acessórias, em função da gravidade da infracção e da culpa do agente:

a) Perda de objectos pertencentes ao agente;

b) Interdição do exercício de profissões ou actividades cujo exercício dependa de título público ou de autorização ou homologação de autoridade pública;

c) Privação do direito a subsídio ou benefício outorgado por entidades ou serviços públicos;

d) Proibição do direito de participar em feiras ou mercados;

e) Proibição do direito de participar em arrematações ou concursos públicos que tenham por objecto a empreitada ou a concessão de obras públicas, o fornecimento de bens e serviços públicos e a atribuição de licenças ou alvarás;

f) Encerramento de estabelecimento cujo funcionamento esteja sujeito a autorização ou licença de autoridade administrativa;

g) Suspensão de autorizações, licenças e alvarás.

2 - As sanções referidas nas alíneas b) a g) do número anterior têm a duração máxima de dois anos, contados a partir da decisão condenatória definitiva.

Artigo 5º

Competência

1 - Qualquer pessoa singular ou colectiva que tenha conhecimento de situação susceptível de ser considerada contra-ordenação deve comunicá-la a uma das seguintes entidades:

a) Membro do Governo que tenha a seu cargo a área da igualdade;

b) Alto-comissário para a Imigração e Minorias Étnicas;

c) Comissão para a Igualdade e contra a Discriminação Racial;

d) Inspeção-geral competente em razão da matéria.

2 - As entidades mencionadas nas alíneas a), b) e c) do número anterior que tomem conhecimento de contra-ordenação enviam o processo para a inspeção-geral competente, que procederá à sua instrução nos termos do artigo seguinte.

Artigo 6º

Instrução do processo

A instrução do processo de contra-ordenação pelas condutas ou omissões a que se refere o artigo 3º compete à inspecção-geral cujas atribuições incidam sobre a matéria objecto de infracção.

Artigo 7º

Aplicação das coimas

1 - Instruído o processo, o mesmo é enviado à Comissão para a Igualdade e contra a Discriminação Racial, acompanhado do respectivo relatório final.

2 - A definição da medida das sanções e a aplicação das coimas e das sanções acessórias correspondentes é da competência do alto-comissário para a Imigração e Minorias Étnicas, ouvida a comissão permanente mencionada no nº 2 do artigo 7º da Lei nº 134/99, de 28 de Agosto.

Artigo 8º

Produto das coimas

O produto das coimas é afecto nos seguintes termos:

- a) 60% para o Estado;
- b) 10% para o Gabinete do Alto-Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas;
- c) 30% para a entidade administrativa que instruiu o processo de contra-ordenação.

Artigo 9º

Conflitos de competência

Os conflitos positivos ou negativos de competência são decididos pelo membro do Governo que tenha a seu cargo a área da igualdade e pelos ministros que superintendem as inspecções-gerais envolvidas na situação geradora do conflito de competência.

Artigo 10º

Registo e organização de dados

A Comissão para a Igualdade e contra a Discriminação Racial mantém, em registo próprio, os dados das pessoas singulares e colectivas a quem foram aplicadas coimas e sanções acessórias correspondentes, nos termos da alínea d) do artigo 6º e do nº 2 do artigo 8º, todos da Lei nº 67/98, de 26 de Outubro.

Artigo 11º

Funcionamento

1 - A Comissão para a Igualdade e contra a Discriminação Racial, criada nos termos do artigo 5º da Lei nº 134/99, de 28 de Agosto, funciona na dependência directa do membro do Governo responsável pela igualdade.

2 - Compete ao Gabinete do Alto-Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas assegurar a coordenação e garantir o apoio técnico e administrativo, bem como assegurar as instalações necessárias ao funcionamento da Comissão para a Igualdade e contra a Discriminação Racial.

3 - Os representantes das comissões referidas nos artigos 6º e 7º da Lei nº 134/99, de 28 de Agosto, exercem as suas funções a título gratuito.

Artigo 12º

Legislação subsidiária

Em tudo o que não estiver regulado no presente diploma são aplicáveis a Lei nº 134/99, de 28 de Agosto, e o regime geral das contra-ordenações.

Artigo 13º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor 30 dias após a sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 6 de Abril de 2000. - António Manuel de Oliveira Guterres - Jaime José Matos da Gama - Jorge Paulo Sacadura Almeida Coelho - Júlio de Lemos

de Castro Caldas - Fernando Manuel dos Santos Gomes - Fernando Manuel dos Santos Gomes - Joaquim Augusto Nunes Pina Moura - Joaquim Augusto Nunes Pina Moura - Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues - António Luís Santos Costa - Luís Manuel Capoulas Santos - Guilherme d'Oliveira Martins - Maria Manuela de Brito Arcanjo Marques da Costa - José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa - Alberto de Sousa Martins - Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina - Armando António Martins Vara.
Promulgado em 14 de Junho de 2000.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 21 de Junho de 2000.

O Primeiro-Ministro, António Manuel de Oliveira Guterres.

Decreto-Lei n.º 67/2004 de 25 de Março

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Decreto-Lei n.º 67/2004

de 25 de Março

O n.º 1 do artigo 15.º da Constituição da República Portuguesa estende aos estrangeiros e aos apátridas que se encontrem ou residam em Portugal o gozo dos direitos e a sujeição aos deveres do cidadão português.

A saúde e a educação, direitos fundamentais sociais, consagrados, respectivamente, nos artigos 64.º e 73.º da Constituição, têm um carácter universal que não pode ser afastado por qualquer interpretação restritiva, se se tiver em conta o disposto nos artigos 25.º e 26.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, como se impõe no n.º 2 do artigo 16.º da lei fundamental.

É sabida a existência em território nacional de cidadãos estrangeiros menores não legalizados cuja idade é inferior à mínima permitida por lei para a celebração autónoma de contrato de trabalho. Esses menores estão completamente dependentes da economia do agregado familiar a que pertencem, pois não dispõem de qualquer autonomia nem para o exercício de uma actividade laboral, nem para se ausentarem do País, nem para se legalizarem. Em suma, limitados na capacidade de exercício por força da menoridade e na capacidade de gozo por força da sua condição de imigrantes ilegais, encontram-se num vazio jurídico impeditivo do acesso aos benefícios elementares que a sociedade e o Estado destinam a todos os cidadãos sejam nacionais ou estrangeiros.

Sendo intolerável a manutenção deste estado de coisas, e sendo-o, igualmente, que a legalização dos pais se faça por via da própria paternidade, a solução parece residir numa concreta actuação das autoridades públicas sobre a protecção dos menores, já consagrada, aliás, na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças, mormente no n.º 1 do seu artigo 2.º, solução que já é apontada na parte final do preâmbulo do Decreto-Lei n.º 34/2003, de 25 de Fevereiro.

Pelo presente diploma é criado um registo dos cidadãos estrangeiros menores cuja situação seja ilegal em face do regime jurídico da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 244/98, de 8 de Agosto, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 34/2003, de 25 de Fevereiro.

Cabe ao Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, em articulação transversal com os serviços competentes da Administração Pública, garantir que os menores registados acedam ao exercício de direitos que a lei atribui aos menores em situação regular no território nacional.

A restrição quanto à natureza dos dados a recolher salvaguarda o respeito pelos limites estabelecidos no n.º 3 do artigo 35.º da Constituição e pelo n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas e a Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

É criado um registo nacional de menores estrangeiros que se encontrem em situação irregular no território nacional.

Artigo 2.º

Âmbito

1 — O registo referido no artigo anterior destina-se exclusivamente a assegurar o acesso dos menores ao benefício dos cuidados de saúde e à educação pré-escolar e escolar.

2 — Os dados a recolher devem cingir-se ao estritamente necessário à identificação do menor, nomeadamente o nome do menor, o nome dos progenitores, o nome de quem exerça o poder paternal e o lugar de residência do menor.

3 — Em caso nenhum os elementos constantes deste registo poderão servir de fundamento ou meio de prova para qualquer procedimento, administrativo ou judicial, contra qualquer cidadão ou cidadãos estrangeiros que exerçam o poder paternal do menor registado, salvo na medida do necessário para a protecção dos direitos deste.

4 — Em caso nenhum os elementos constantes deste registo poderão servir de base à legalização do menor registado ou do cidadão ou cidadãos estrangeiros que, sobre este, exerçam o poder paternal.

Artigo 3.º

Competência

1 — O registo é efectuado officiosamente, a solicitação de qualquer serviço da Administração Pública, ou por requerimento de quem exerça o poder paternal.

2 — Competem ao Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas a recolha, o tratamento e a manutenção dos dados recolhidos nos termos do presente diploma.

3 — Cabe ao Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, em articulação transversal com os serviços competentes da Administração Pública e da administração regional autónoma, garantir que os menores registados acedam ao exercício dos mesmos direitos que a lei atribui aos menores em situação regular no território nacional.

Artigo 4.º

Regulamentação

A regulamentação da recolha e do tratamento dos dados pessoais dos menores abrangidos pelo artigo 1.º será aprovada, no prazo de 90 dias contados a partir da entrada em vigor do presente diploma, por portaria do Ministro da Presidência.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 17 de Janeiro de 2004. — José Manuel Durão Barroso — Maria Manuela Dias Ferreira Leite — Nuno Albuquerque Morais Sarmiento — José Luís Fazenda Arnaut Duarte — José David Gomes Justino — Luís Filipe Pereira — António José de Castro Bagão Félix.

Promulgado em 18 de Fevereiro de 2004.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendado em 15 de Março de 2004.

O Primeiro-Ministro, José Manuel Durão Barroso.

Despacho do Ministério da Saúde n.º 25 360/2001

Agrupamento de Escolas da Vila

Aviso n.º 15 071/2001 (2.ª série). — Nos termos do disposto no artigo 95.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, torna-se público que se encontra afixada na sede do Agrupamento a lista de antiguidade do pessoal docente deste estabelecimento de ensino reportada a 31 de Agosto de 2001.

Os docentes dispõem de 30 dias a contar da data da publicação deste aviso para reclamação, nos termos do artigo 96.º do referido decreto-lei.

25 de Outubro de 2001. — O Presidente do Conselho Executivo, *Carlos Fernando Marinho de Moura Peixoto*.

Escola Secundária de Vilela

Aviso n.º 15 072/2001 (2.ª série). — Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 132.º do ECD, conjugado com o artigo 95.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, faz-se público que se encontra afixada, para consulta, no placar dos Serviços Administrativos desta Escola a lista de antiguidade do pessoal docente deste estabelecimento de ensino abrangido pelo supracitado decreto-lei reportada a 31 de Agosto de 2001.

Os docentes dispõem de 30 dias a contar da data da publicação do presente aviso no *Diário da República* para reclamação ao dirigente máximo do serviço.

28 de Novembro de 2001. — A Presidente do Conselho Executivo, *Maria Alberta Rangel Salgado*.

Agrupamento Vertical Sul de Escolas de Vinhais

Aviso n.º 15 073/2001 (2.ª série). — Nos termos do disposto nos n.ºs 1 e 4 do artigo 132.º do ECD e sem prejuízo do determinado no artigo 104.º do mesmo diploma e nos artigos 93.º e 95.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, faz-se público que se encontra afixada na sala de professores desta escola a lista de antiguidade do pessoal docente deste estabelecimento de ensino relativa a 31 de Agosto de 2001.

O prazo de reclamação para o dirigente máximo de serviço é de 30 dias a contar da data da publicação deste aviso.

23 de Novembro de 2001. — O Presidente do Conselho Executivo, *José Humberto Martins*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Ministro

Despacho n.º 25 359/2001 (2.ª série). — 1 — Nos termos dos n.ºs 2, 3 e 4 do artigo 61.º, das alíneas b) e f) do artigo 80.º, dos n.ºs 1 e 4, alínea a), do artigo 82.º, dos n.ºs 1 e 2 do artigo 85.º e da alínea f) do artigo 288.º da Constituição da República Portuguesa, e tendo em vista o estudo e proposta da criação e da consagração legal de um novo ramo do sector cooperativo, de acordo com o n.º 1 do artigo 4.º da Lei n.º 51/96, de 7 de Setembro (Código Cooperativo), nomeio, no âmbito deste Gabinete, um grupo de trabalho que estabelecerá a previsão do ramo das cooperativas de saúde, nas quais serão incluídas as cooperativas médicas, composto pelos seguintes elementos:

- Licenciada Maria Helena Paulino Costa Meirinho Filipe, adjunta do Gabinete do Ministro da Saúde, que preside.
- Licenciada Celeste Lopes Gonçalves, assessora do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.
- Licenciado Vítor Manuel Borges Ramos, adjunto do Gabinete da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde.
- Licenciado Afonso Santos Pereira, assessor principal do Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Licenciado Fernando Carlos Cabral Lopes Arroz, assistente graduado de clínica geral do Centro de Saúde de Peniche.
- Licenciado Jorge Paulo de Seabra Roque da Cunha, interno do internato complementar de clínica geral no Centro de Saúde de Alvalade (Lisboa).
- Licenciado Rui Artur Coutinho da Silva Nogueira, assistente graduado de clínica geral do Centro de Saúde Norton de Matos (Coimbra).
- Licenciado António Mamel dos Santos Rodrigues, assistente graduado de clínica geral do Centro de Saúde de Celas (Coimbra).

Licenciado Manuel Vitorino Domingues de Queiroz, assessor principal do Conselho Coordenador do Ensino Particular e Cooperativo.

2 — Para o correcto desenvolvimento dos seus trabalhos, o grupo de trabalho poderá:

- a) Requerer directamente a quaisquer departamentos ou serviços do Ministério da Saúde os elementos, informações e publicações oficiais de que careça;
- b) Suscitar, acolher e utilizar as colaborações que houver por convenientes;
- c) Contactar directamente quaisquer outras entidades nacionais, estrangeiras e internacionais que, pela natureza das suas funções ou pelos trabalhos desenvolvidos, possam contribuir para a realização dos objectivos do grupo de trabalho.

3 — O grupo de trabalho poderá ainda propor outras medidas, nomeadamente ao nível da informação, da divulgação e da formação que houver por conveniente.

27 de Setembro de 2001. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

Despacho n.º 25 360/2001 (2.ª série). — De um país de emigração, Portugal tornou-se, na última década, um país de imigração. Este fluxo migratório constitui um desafio de civilização para o País, na medida em que urge pugnar por uma política que conduza à plena integração dos imigrantes nas sociedades onde se encontram.

Esta integração tem vindo a ser uma realidade e, desde 1995, o Governo tem agido coordenadamente de forma a assegurá-la.

Corporizando os princípios constitucionais da igualdade, da não discriminação e da equiparação de direitos e deveres entre nacionais e estrangeiros, salvas as excepções constitucionalmente legitimadas, e ainda o direito, também constitucionalmente consagrado, que todos têm à protecção da saúde, é relevante que os meios de saúde existentes sejam disponibilizados a todos os que deles necessitam, na exacta medida das suas necessidades subjectivamente concretizadas, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais.

Acresce que as preocupações actuais com as doenças que podem potencialmente constituir risco para a saúde pública impõem um especial cuidado com o tratamento a dar a este tipo de situações.

No âmbito de actuação específica do Ministério da Saúde, impõe-se esclarecer eventuais dúvidas que se colocam no relacionamento entre estes cidadãos de países estrangeiros e o Serviço Nacional de Saúde, tendo em atenção, nomeadamente, o disposto nos n.ºs 1 e 2 da base I e no n.º 2 da base II da Lei de Bases da Saúde, o disposto no artigo 12.º do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, de 16 de Dezembro de 1966, e as Convenções da Organização Internacional do Trabalho e do Conselho da Europa ratificadas, respectivamente, pela Lei n.º 52/78, de 25 de Julho, e pelo Decreto n.º 162/78, de 27 de Dezembro, e não esquecendo que, nos termos do n.º 2 do artigo 16.º da Constituição da República Portuguesa, os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Nestes termos, e dando execução ao n.º 8 da alínea d) do capítulo III do Programa do XIV Governo Constitucional, determino:

1 — É facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal o acesso, em igualdade de tratamento ao dos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, adiante SNS, aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS.

2 — Para efeitos de obtenção do cartão de utente do SNS, instituído pelo Decreto-Lei n.º 198/95, de 29 de Julho, na redacção que lhe foi dada pelos Decretos-Leis n.ºs 468/97, de 27 de Fevereiro, e 52/2000, de 7 de Abril, deverão os cidadãos estrangeiros exhibir, perante os serviços de saúde da sua área de residência, o documento comprovativo de autorização de permanência ou de residência, ou visto de trabalho em território nacional, conforme as situações aplicáveis.

3 — Os pagamentos de cuidados de saúde prestados, pelas instituições e serviços que constituem o SNS, aos cidadãos estrangeiros, referidos no número anterior, que efectuem descontos para a segurança social, e respectivo agregado familiar é assegurado nos termos gerais.

4 — Os cidadãos estrangeiros que não se encontrem numa das situações previstas no n.º 2 do presente despacho têm acesso aos serviços e estabelecimentos do SNS, mediante a apresentação junto dos serviços de saúde da sua área de residência de documento comprovativo, emitido pelas juntas de freguesia, nos termos do disposto no artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de Abril, de que se encontram em Portugal há mais de 90 dias.

5 — Aos cidadãos estrangeiros referidos no número anterior, nos termos do disposto na alínea c) do n.º 2 da base III da Lei de Bases

da Saúde, poderão ser cobradas as despesas efectuadas, exceptuando a prestação de cuidados de saúde em situações que ponham em perigo a saúde pública, de acordo com as tabelas em vigor, atentas as circunstâncias do caso concreto, nomeadamente no que concerne à situação económica e social da pessoa, a aferir pelos serviços de segurança social.

6 — As instituições e serviços que constituem o SNS que prestem cuidados de saúde, ao abrigo deste despacho, deverão elaborar relatórios de onde constem o número, a nacionalidade, a profissão, a residência, a idade e o sexo do cidadão estrangeiro, bem como o número e a natureza dos actos médicos praticados e a facturação respectiva.

7 — Os relatórios referidos no número anterior são enviados, mensalmente, para as administrações regionais de saúde, adiante ARS, que, após análise, os remeterão ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde para efeitos de tratamento estatístico.

8 — No acto de prescrição, e sempre que estejam em causa cidadãos abrangidos pelos n.ºs 4 e 5 do presente despacho, o médico deverá mencionar na receita que se trata de um doente abrangido pelo mesmo.

9 — De acordo com os princípios estabelecidos no acordo para o fornecimento de medicamentos, celebrado entre o Ministério da Saúde e a Associação Nacional das Farmácias, deverão as farmácias enviar às ARS a facturação resultante da dispensa de medicamentos aos cidadãos estrangeiros abrangidos por este despacho.

16 de Novembro de 2001. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Despacho n.º 25 361/2001 (2.ª série). — Considerando que as agências de contratualização dos serviços de saúde para desenvolver as suas funções necessitam de implementar sistemas de informação da actividade e dos custos dos hospitais e de indicadores de gestão que lhes permitam contratualizar e acompanhar a prestação de cuidados hospitalares;

Considerando que a especificidade destas actividades se inscreve, do ponto de vista técnico, nas atribuições conferidas a profissionais de administração hospitalar, exigindo o seu envolvimento não só na coordenação daquelas actividades mas ainda na orientação técnica dos projectos de contratualização e acompanhamento dos serviços de saúde:

Determino:

Aos administradores hospitalares que exerçam funções nas agências de contratualização dos Serviços de Saúde é aplicável o disposto no Decreto-Lei n.º 178/87, de 20 de Abril.

16 de Novembro de 2001. — O Secretário de Estado da Saúde, *Francisco Ventura Ramos*.

Gabinete da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde

Despacho n.º 25 362/2001 (2.ª série). — Atento o disposto no artigo 35.º e seguintes do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 442/91, de 15 de Novembro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 6/96, de 31 de Janeiro, e no uso da competência que me foi delegada pelo despacho n.º 18 972/2001, de 21 de Agosto, do Ministro da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 211, de 11 de Setembro de 2001, subdelego nos actuais membros do conselho de administração do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde os poderes necessários para a prática dos seguintes actos, no âmbito das funções de coordenação e controlo financeiro do PIDDAC:

1 — Autorizar transferências, dentro do mesmo programa, desde que não envolvam inclusão de novos projectos:

- Entre rubricas de despesas correntes;
- Entre rubricas de capital;
- De rubricas de despesa corrente para rubricas de capital;
- De rubricas de capital para rubricas de despesas correntes.

2 — Transferências entre programas desde que não envolvam inclusão de novos projectos.

3 — Reintegração de saldos dentro do mesmo programa, ainda que tal implique inclusão de projectos previstos concluir no ano imediato anterior, sempre que os saldos sejam relativos a estes últimos.

4 — O presente despacho produz efeitos desde a data da sua assinatura.

13 de Novembro de 2001. — A Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, *Cármem Madalena da Costa Gomes e Cunha Pignatelli*.

Despacho n.º 25 363/2001 (2.ª série). — Atento o disposto no artigo 35.º e seguintes do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 442/91, de 15 de Novembro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 6/96, de 31 de Janeiro, e no uso da competência que me foi delegada pelo despacho n.º 18 972/2001, de 21 de Agosto, do Ministro da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 211, de 11 de Setembro de 2001, subdelego no alto-comissário da Saúde, Prof. Doutor José Manuel Pereira Miguel, os poderes necessários para a prática dos seguintes actos:

1 — Autorizar a abertura e suspensão do funcionamento dos postos de enfermagem, nos termos previstos na Portaria n.º 12 219, de 4 de Junho de 1962;

2 — Conceder licenças de funcionamento de unidades privadas de saúde, homologar os respectivos regulamentos internos, revogar e suspender as licenças atribuídas, bem como autorizar a reabertura daquelas unidades, nos termos previstos no Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de Janeiro;

3 — Conceder licenças de funcionamento de unidades privadas de saúde que utilizem, com fins de diagnóstico, terapêutica e de prevenção, radiações ionizantes, ultra-sons, ou campos magnéticos, homologar os respectivos regulamentos internos, revogar e suspender as licenças atribuídas, bem como autorizar a reabertura daquelas unidades, nos termos previstos no Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de Novembro;

4 — O presente despacho produz efeitos desde a data da sua assinatura.

13 de Novembro de 2001. — A Secretária de Estado Adjunta do Ministério da Saúde, *Cármem Madalena da Costa Gomes e Cunha Pignatelli*.

Despacho n.º 25 364/2001 (2.ª série). — O despacho n.º 20 562/2001 (2.ª série), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 1 de Outubro de 2001, criou um grupo de trabalho com o objectivo de dar continuidade ao processo de planeamento, organização e desenvolvimento da prestação de cuidados continuados às pessoas em situação de dependência física e funcional.

Mostrando-se imprescindível e oportuno agregar ao grupo de trabalho já constituído representantes do Ministério do Trabalho e Segurança Social, dada a complementariedade existente na intervenção, passam a integrar o grupo de trabalho criado pelo despacho n.º 20 562/2001 (2.ª série) os representantes do Ministério do Trabalho e Segurança Social, designados pelo Secretário de Estado da Solidariedade e Segurança Social, e que são os seguintes:

Dr.ª Isabel Maria Saldida, da Direcção-Geral de Solidariedade e Segurança Social.

Dr.ª Ana Maria Carvalho e Silva, do Instituto de Solidariedade e Segurança Social.

Dr.ª Rosa Maria Sampaio, do Instituto para o Desenvolvimento Social.

15 de Novembro de 2001. — A Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, *Cármem Madalena da Costa Gomes e Cunha Pignatelli*.

Secretaria-Geral

Aviso n.º 15 074/2001 (2.ª série). — Concurso de admissão a estágio de especialidade da carreira de técnico superior de saúde, ramo psicologia clínica, aberto pelo aviso n.º 18 465/98 (2.ª série), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 25 de Novembro de 1998, com as alterações introduzidas pelo aviso n.º 1425/99 (2.ª série), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 27 de Janeiro de 1999. — Nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 171.º e ao abrigo do disposto na alínea d) do artigo 70.º do Código do Procedimento Administrativo, notificam-se os contra-interessados de que:

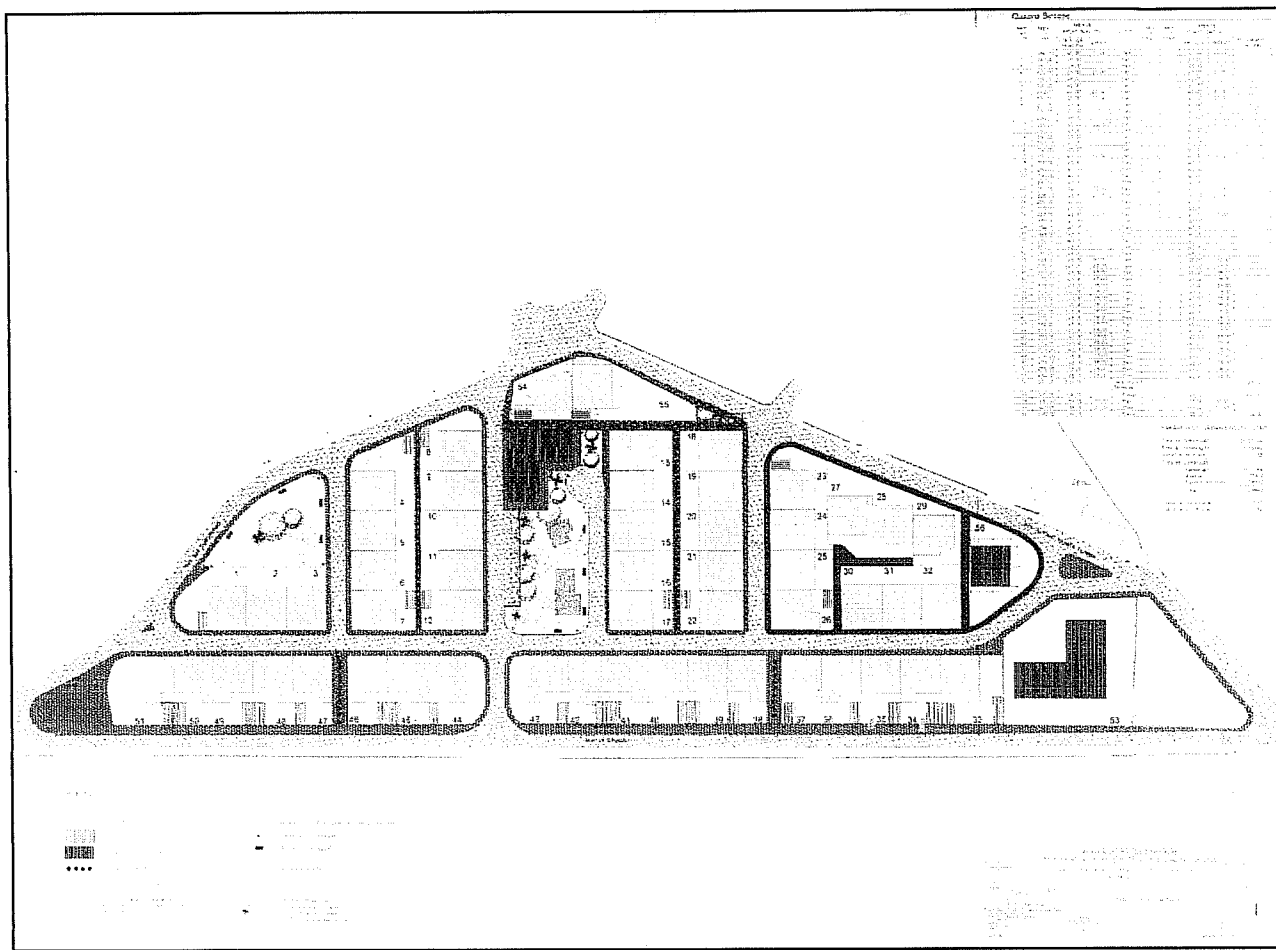
1 — Do acto de homologação da lista de classificação final do concurso em epígrafe, conforme aviso n.º 6178/2001 (2.ª série), publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 97, de 26 de Abril de 2001, foram interpostos os recursos hierárquicos que a seguir se identificam:

177.º Isabela da Silva Alves Lopes Correia Botelho — 14,26 valores.
222.º Ana Rita Semedo Correia — 14,1 valores.

2 — No prazo de 15 dias, contados a partir da data da publicação do presente aviso, poderão consultar o processo do concurso no Gabinete Jurídico e de Contencioso, sito na Avenida de Miguel Bombarda, 6, 1.º, em Lisboa, das 9 às 17 horas e de segunda-feira a sexta-feira, e apresentar alegações escritas sobre o pedido e os fundamentos dos recursos.

15 de Outubro de 2001. — A Secretária-Geral, *Maria de Aires Aleluia*.

Portaria n.º 995/2004 de 9 de Agosto



Portaria n.º 995/2004

de 9 de Agosto

O Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março, cria um registo dos cidadãos estrangeiros menores em situação ilegal, em face do regime jurídico da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 244/98, de 8 de Agosto, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 34/2003, de 25 de Fevereiro.

Tal registo visa exclusivamente dotar o Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas da informação necessária que lhe permita, em articulação transversal com os serviços competentes da Administração Pública, acompanhar aqueles menores, assegurando o seu acesso aos cuidados de saúde e à educação pré-escolar e escolar, com os mesmos direitos que a lei atribui aos menores em situação regular no território nacional.

O artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março, dispõe que a regulamentação da recolha e do tratamento dos dados pessoais dos menores abrangidos pelo diploma compete ao Ministro da Presidência, mediante portaria a aprovar no prazo de 90 dias contados a partir da sua entrada em vigor.

Assim:

Manda o Governo, pelo Ministro da Presidência, o seguinte:

1.º

Competência

1 — O registo nacional de menores estrangeiros que se encontrem em situação irregular no território nacio-

nal, criado pelo Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março, adiante designado por registo, é uma base de dados pessoais, nos termos da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro.

2 — O Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas é o serviço responsável pela recolha, tratamento e manutenção dos dados pessoais dos menores estrangeiros que se encontrem em situação irregular no território nacional.

2.º

Realização do registo

1 — O Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas procede ao registo dos dados recolhidos, mediante:

- a) Atendimento personalizado realizado nos centros nacionais de apoio ao imigrante;
- b) Requerimento, por escrito, de quem exerça o poder paternal do menor;
- c) Comunicação, por escrito, de qualquer serviço;
- d) Iniciativa do alto-comissário.

2 — O registo efectuado nos termos da alínea a) do número anterior é requerido presencialmente por quem exerça o poder paternal do menor.

3 — O registo efectuado nos termos da alínea b) do n.º 1 é requerido através de carta registada com aviso de recepção, dirigida ao alto-comissário para a Imigração e Minorias Étnicas, o qual pode solicitar a presença do menor ou de quem, sobre este, exerça o poder paternal.

4 — O registo efectuado nos termos da alínea c) do n.º 1 é solicitado através de ofício dirigido ao alto-co-

missário para a Imigração e Minorias Étnicas, onde se comuniquem, sempre que possível, os dados constantes no n.º 1 do número seguinte.

3.º

Dados pessoais

1 — O registo contém os seguintes campos de informação de dados pessoais:

Nome;
Data de nascimento;
Local de nascimento;
Nacionalidade;
Nome do pai;
Nacionalidade;
Nome da mãe;
Nacionalidade;
Morada;
Telefone;
Responsável pelo poder paternal;
Encarregado de educação.

2 — O registo é mantido em suporte informático de acesso reservado, sujeito a todas as medidas de protecção.

3 — O registo deve ser acompanhado de fotografia actualizada do menor registado.

4.º

Utilização do registo

1 — O registo só pode ser usado para os fins previstos no Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março, sem prejuízo do disposto na lei em matéria de utilização estatística.

2 — O alto-comissário designa a pessoa ou pessoas autorizadas a proceder ao tratamento dos dados do registo, ficando estas obrigadas ao sigilo profissional, mesmo após o termo das suas funções.

3 — O registo não pode ser copiado, na parte ou no todo, para qualquer outra entidade, sendo proibida a interconexão de dados pessoais não previamente autorizada pela Comissão Nacional de Protecção de Dados.

4 — O tratamento, total ou parcial, dos dados pessoais fica sujeito a notificação à Comissão Nacional de Protecção de Dados.

5.º

Documento de registo

1 — A quem exerça o poder paternal dos menores registados é entregue uma credencial nominal, segundo o modelo em anexo, com a identificação do menor e que servirá exclusivamente para os fins previstos no Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março, nomeadamente o seu acesso à saúde e à educação pré-escolar e escolar com os mesmos direitos que a lei atribui aos menores em situação regular no território nacional.

2 — O documento referido no número anterior tem validade de dois anos após a data de emissão, podendo ser renovado nos termos do n.º 2.º

3 — A credencial de registo constitui documento suficiente para o acesso integral do menor registado à saúde e à educação pré-escolar e escolar com os mesmos direitos que a lei atribui aos menores em situação regular no território nacional.

6.º

Acompanhamento dos menores registados

O Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas assegura, na medida das suas competências e

em articulação transversal com os serviços competentes, o acesso à saúde e à educação pré-escolar e escolar dos menores registados.

7.º

Cooperação com os serviços públicos

O Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas acompanha a aplicação do Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março, sensibilizando os serviços públicos com atribuições nas áreas da saúde ou da educação e prestando aos mesmos o apoio e esclarecimento necessários.

O Ministro da Presidência, *Nuno Albuquerque Morais Sarmiento*, em 13 de Julho de 2004.

ANEXO

(frente da folha)

Credencial (n.º 5.º, n.º 1, da Portaria n.º 995/2004, de 9 de Agosto)

Nome: . . .
Data de nascimento: . . .
Nacionalidade: . . .
Morada: . . .
Telefone: . . .
Encarregado de educação: . . .

Nos termos do n.º 1 do artigo 2.º e do n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março, o menor acima identificado encontra-se registado no Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, servindo a presente credencial de documento de identificação bastante para o exercício dos direitos de acesso à educação pré-escolar e escolar e de acesso aos cuidados de saúde, nos mesmos termos dos menores em situação regular no território nacional. Esta credencial tem a validade de dois anos.

Lisboa, . . . de . . . de 20 . . .

O Alto-Comissário, . . .

(verso da folha)

Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março**Artigo 2.º**

1 — O registo referido no artigo anterior destina-se exclusivamente a assegurar o acesso dos menores ao benefício dos cuidados de saúde e à educação pré-escolar e escolar.

Artigo 3.º

3 — Cabe ao Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, em articulação transversal com os serviços competentes da Administração Pública e da administração regional autónoma, garantir que os menores registados acedam ao exercício dos mesmos direitos que a lei atribui aos menores em situação regular no território nacional.

Portaria n.º 995/2004, de 9 de Agosto

5.º

Documento de registo

1 — A quem exerça o poder paternal dos menores registados é entregue uma credencial nominal, segundo o modelo em anexo, com a identificação do menor e que servirá exclusivamente para os fins previstos no

Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março, nomeadamente o seu acesso à saúde e à educação pré-escolar e escolar com os mesmos direitos que a lei atribui aos menores em situação regular no território nacional.

2 — O documento referido no número anterior tem validade de dois anos após a data de emissão, podendo ser renovado nos termos do n.º 2.º

3 — A credencial de registo constitui documento suficiente para o acesso integral do menor registado à saúde e à educação pré-escolar e escolar com os mesmos direitos que a lei atribui aos menores em situação regular no território nacional.

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, DESENVOLVIMENTO RURAL E PESCAS

Portaria n.º 996/2004

de 9 de Agosto

O Decreto-Lei n.º 156/2004 estabelece, no seu artigo 12.º, a obrigatoriedade de sinalização das medidas de condicionamento do acesso, de circulação e de permanência nos núcleos críticos, nas áreas submetidas a regime florestal e nas áreas florestais sob gestão do Estado.

Tal disposição legal estabelece ainda que para além das áreas atrás referidas sejam igualmente sinalizadas as vias de comunicação que as atravessam ou delimitam, relativamente aos condicionamentos de acesso, de circulação e de permanência, devendo a sinalização ser feita pelos organismos gestores respectivos no caso das áreas sob gestão do Estado e, nos demais casos, pelos proprietários e outros produtores florestais, podendo estes ser substituídos pelas câmaras municipais respectivas.

A presente portaria tem por objecto definir os modelos e as medidas para a colocação das tabuletas a utilizar na sinalização, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 156/2004, de 30 de Junho.

Assim:

Nos termos do n.º 2 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 156/2004, de 30 de Junho:

Manda o Governo, pelo Ministro da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas, o seguinte:

1.º A sinalização das medidas de condicionamento do acesso, de circulação e de permanência nos núcleos críticos, nas áreas submetidas a regime florestal e nas áreas florestais sob gestão do Estado, bem como das vias de comunicação que as atravessam ou delimitam, é efectuada com tabuletas cujos modelos, conteúdos, dimensões e cores são os definidos no anexo à presente portaria e que dela faz parte integrante.

2.º Os modelos das tabuletas definidos no anexo à presente portaria são:

- Modelo n.º 1 — aplicável no caso das áreas submetidas a regime florestal e das áreas florestais sob gestão do Estado, bem como das vias de comunicação que as atravessam ou delimitam;
- Modelo n.º 2 — aplicável no caso das restantes áreas e vias de comunicação que as atravessam ou delimitam.

3.º As tabuletas definidas nesta portaria devem ser colocadas em locais bem visíveis das linhas perimetrais da superfície a delimitar, em postes verticais à altura mínima de 1,5 m do solo, com a face impressa voltada para o exterior da área a identificar e distanciadas de forma que de cada uma delas se aviste a seguinte e a anterior.

4.º A sinalização das vias de comunicação é feita ao longo das mesmas, de ambos os lados e alternadamente, perpendicularmente ao eixo da via e de acordo com o estipulado nos números anteriores.

5.º A sinalização das medidas de condicionamento do acesso, de circulação e de permanência por parte dos proprietários e ou outros produtores florestais está sujeita a autorização da Direcção-Geral dos Recursos Florestais, que deve ser emitida no prazo máximo de 30 dias contados da data de entrada do requerimento.

6.º Decorrido o prazo de 30 dias referido no número anterior sem que a Direcção-Geral dos Recursos Florestais tenha decidido sobre o pedido, considera-se tacitamente autorizada a sinalização.

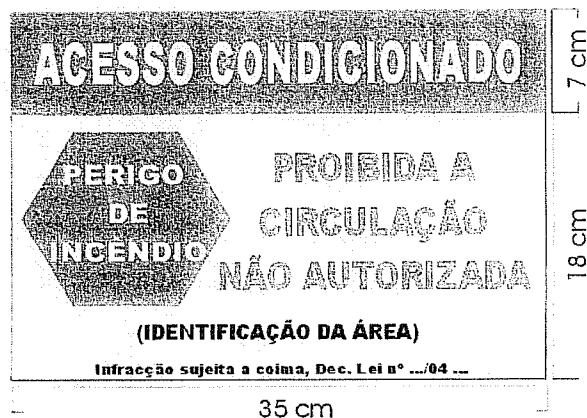
7.º O requerimento é formulado em impresso próprio, a obter junto da Direcção-Geral dos Recursos Florestais ou *online*, via Internet, no *site* <http://www.dgrf.min-agricultura.pt>.

8.º A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

O Ministro da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas, *Armando José Cordeiro Sevinate Pinto*, em 2 de Junho de 2004.

ANEXO

Modelo n.º 1



*"ACESSO CONDICIONADO" e "PERIGO DE INCENDIO" - letras brancas em fundo vermelho

*"PROIBIDA A CIRCULAÇÃO NÃO AUTORIZADA" - letras vermelhas em fundo branco

*"(Identificação da área)" e "Infração sujeita a coima, Dec. Lei n.º .../04 ..." - letras pretas em fundo branco

Modelo n.º 2



*"ACESSO CONDICIONADO" e "PERIGO DE INCENDIO" - letras brancas em fundo vermelho

*"PROIBIDA A CIRCULAÇÃO NÃO AUTORIZADA" - letras vermelhas em fundo branco

*"Nº 0000 DGRF" e "Infração sujeita a coima, Dec. Lei n.º .../04 ..." - letras pretas em fundo branco

ANEXO B

Instrumento de investigação

QUESTIONÁRIO

Por favor leia atentamente as seguintes informações antes de responder.

No âmbito do Mestrado em Psicologia Comunitária, estamos a realizar um estudo sobre a população que recorre aos serviços da Unidade Móvel da Organização Não Governamental Médicos do Mundo.

O objectivo deste trabalho é a recolha de informação junto das pessoas que recorrem a esta Unidade Móvel.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária, contudo é fundamental para o sucesso desta iniciativa, por isso, esperamos que decida participar, respondendo ao seguinte conjunto de questões.

Toda a informação recolhida é confidencial. Apenas as pessoas ligadas ao projecto terão acesso à informação que fornecer. Em nenhuma das etapas do projecto será possível identificar quem deu a informação.

ESTE QUESTIONÁRIO É ANÓNIMO

Não existem respostas certas nem erradas. É a sua experiência e o seu conhecimento que são importantes.

Algumas perguntas são sobre questões muito sensíveis relacionadas com a sua intimidade. Se não se sentir confortável em responder, não tem de o fazer.

Muito Obrigada pela sua Colaboração!

Idade: _____

Local: _____

Data: __/__/____

Sexo:

Legal: Sim / Não

 Feminino Masculino

Estado Civil:

 Solteiro(a) Casado(a) União de facto Divorciado(a) / Separado(a) Viúvo(a)

Habilitações Literárias:

 Não sabe ler e/ou escrever 1º Ciclo Equivalência ao 9º Ano Equivalência ao 12º Ano Frequência universitária Licenciatura. Qual? _____ Pós-Graduação/Mestrado. Qual? _____ Doutoramento. Qual? _____ Outro: _____

Nacionalidade:

Se não é Português/Portuguesa, há quantos anos está em Portugal?

Qual a sua situação perante o trabalho?

 Exerce uma profissão

Qual? _____

- Domestica Estudante
- Trabalhador/estudante Reformado/aposentado
- Incapacitado perante o trabalho
- Desempregado à procura do 1º emprego
- Desempregado à procura de novo emprego
- Outro: _____

Qual o tipo de residência em que vive actualmente?

- Prédio/Moradia Pensão Estaleiro/Obra
- Sem-abrigo Barraca Centro de Acolhimento

Instruções:

Nas folhas que se seguem encontrará descritas várias situações e perguntas às quais deve responder colocando uma cruz (X) consoante a opção que melhor traduz a sua opinião.

1. A última vez que se sentiu doente, qual era o seu problema de saúde?

2. E, quem consultou?

- Não consultou ninguém
- Consultou médico/dentista
- Consultou enfermeiro
- Consultou profissional de medicina alternativa
- Consultou amigo, vizinho, família
- Outro: _____

3. Onde foi consultado?

- Hospital Centro de Saúde
- Gabinete médico particular Unidade Móvel dos Médicos do Mundo
- Na casa do prestador de cuidados Em sua casa
- Outro: _____

4. Já recorreu alguma vez aos serviços do Sistema Nacional de Saúde?

- Sim Não (Passe à Q. 7)

5. (Se sim) Alguma vez foi-lhe recusado o acesso aos cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde?

- Sim Não

6. Qual o seu grau de satisfação com a prestação dos serviços do Sistema Nacional de Saúde?

- Muito Satisfeito Satisfeito
- Pouco Satisfeito Não Satisfeito

7. De uma forma geral, quais são os principais obstáculos que encontra para ter acesso e continuidade aos cuidados de saúde no Sistema Nacional de Saúde?

- Consultas muito caras Tratamento muito caro
- Horários dos serviços de saúde não adaptados
- Dificuldades administrativas Desconhecimento dos seus direitos
- Não sabe onde ir Barreira da Língua Barreira Cultural
- Recusa de cuidados por parte dos profissionais de saúde

Medo de discriminação Medo de denuncia

Não tem obstáculos

Outra razão: _____

8. Que motivos o/a levam a recorrer à Unidade Móvel dos Médicos do Mundo e não ao Sistema Nacional de Saúde?

Não tem cartão do Sistema Nacional de Saúde

Dificuldades económicas Dificuldades sociais

Qualidade do atendimento Relação de confiança

Desconhecimento das estruturas a que pode recorrer (serviços locais)

Confidencialidade no atendimento

Procura de medicamentos

Outro: _____

9. A que tipo de serviço recorre na Unidade Móvel?

Saúde Psico-afectivo Social

10. Tem algum problema de abuso ou dependência de:

Álcool Sim Não

Tabaco Sim Não

Medicamentos Sim Não

Drogas Sim Não

11. Que tipo de problemas de saúde tem com mais frequência?

12. Nos últimos 12 meses fez o teste do VIH?

Sim Não (**Passe à Q. 15**) Não sabe o que é VIH/SIDA

Se toxicodependente passe à Q. 21

Se não + passe à Q. 26

13. **(Se sim)** Fez o teste por?

Decisão própria

Indicação de profissional de saúde

14. Sabe o resultado do teste?

Sim

Não

15. O que o/a levou a não fazer o teste do VIH?

16. Na sua opinião, utilizar preservativos reduz o risco de transmissão do VIH/SIDA?

Sim

Não

Não sabe

17. Na sua opinião, uma pessoa com bom aspecto, com aspecto saudável, pode ter VIH/SIDA?

Sim

Não

Não sabe

18. Na sua opinião, uma pessoa pode ser infectada com VIH/SIDA através da picada de um mosquito?

Sim

Não

Não sabe

19. Na sua opinião, uma pessoa pode ser infectada com VIH/SIDA por partilhar uma refeição com alguém que está infectado?

Sim

Não

Não sabe

20. Utilizou preservativo na relação sexual mais recente nos últimos 12 meses?

Sim

Não

21. Durante o último mês injectou alguma vez drogas?

Sim

Não

(Passe à Q. 25)

22. (Se sim) Alguma vez no último mês utilizou equipamento não esterilizado (não desinfectado)?

Sim

Não

23. Teve relações sexuais no último mês?

Sim

Não

24. (Se sim às questões 20 e 22) Utilizou preservativo na última relação sexual?

Sim

Não

25. Na sua opinião, quais são as formas de transmissão do VIH?

26. Haverá algum comentário acerca do questionário no seu conjunto, ou outras observações que gostasse de fazer?

Muito Obrigada pela sua Colaboração!

ANEXO C

Outputs dos testes estatísticos realizados

*Dados Sócio-Demográficos**Género*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	6	15,0	15,0	15,0
	Masculino	34	85,0	85,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-29	7	17,5	17,9	17,9
	30-39	14	35,0	35,9	53,8
	40-49	13	32,5	33,3	87,2
	50-59	4	10,0	10,3	97,4
	60-69	1	2,5	2,6	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	99	1	2,5		
Total		40	100,0		

Legalidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	20	50,0	62,5	62,5
	Não	12	30,0	37,5	100,0
	Total	32	80,0	100,0	
Missing	99	8	20,0		
Total		40	100,0		

Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro(a)	13	32,5	34,2	34,2
	Casado(a)	19	47,5	50,0	84,2
	União de facto	3	7,5	7,9	92,1

	Divorciado(a)/Sepa- do(a)	2	5,0	5,3	97,4
	Víuvo(a)	1	2,5	2,6	100,0
	Total	38	95,0	100,0	
Missing	99	2	5,0		
	Total	40	100,0		

Habilitações literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1º Ciclo	2	5,0	5,0	5,0
	Equivalência ao 9º ano	2	5,0	5,0	10,0
	Equivalência ao 12º ano	7	17,5	17,5	27,5
	Frequência universitária	1	2,5	2,5	30,0
	Licenciatura	10	25,0	25,0	55,0
	Outro	18	45,0	45,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Nacionalidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Índia	7	17,5	17,5	17,5
	Guiné Bissau	2	5,0	5,0	22,5
	Ucrânia	8	20,0	20,0	42,5
	Bulgária	1	2,5	2,5	45,0
	Bangladesh	2	5,0	5,0	50,0
	Brasil	4	10,0	10,0	60,0
	Senegal	1	2,5	2,5	62,5
	Cabo Verde	4	10,0	10,0	72,5
	Angola	6	15,0	15,0	87,5
	Moçambique	1	2,5	2,5	90,0
	Moldávia	1	2,5	2,5	92,5
	Roménia	2	5,0	5,0	97,5
	Mauritânia	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tempo em Portugal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 1 ano	4	10,0	10,0	10,0
	Entre 1 e 5 anos	9	22,5	22,5	32,5
	6 anos ou mais	27	67,5	67,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Situação perante emprego

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Exerce profissão	29	72,5	72,5	72,5
	Doméstica	1	2,5	2,5	75,0
	Desempregado procura novo emprego	10	25,0	25,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Tipo de Residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casa	30	75,0	75,0	75,0
	Pensão	4	10,0	10,0	85,0
	Sem-abrigo	6	15,0	15,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

*Dados sobre Saúde e Acesso ao SNS**Quem consultou*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não consultou ninguém	4	10,0	11,1	11,1
	Consultou médico/dentista	24	60,0	66,7	77,8
	Consultou enfermeiro	4	10,0	11,1	88,9
	Outro	4	10,0	11,1	100,0
	Total	36	90,0	100,0	
Missing	99	4	10,0		
	Total	40	100,0		

Onde foi consultado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Hospital	12	30,0	37,5	37,5
	Centro de Saúde	4	10,0	12,5	50,0
	Gabinete médico particular	2	5,0	6,3	56,3
	Unidade Móvel dos Médicos do Mundo	9	22,5	28,1	84,4
	Na casa do prestador de cuidados	1	2,5	3,1	87,5

	Outro	4	10,0	12,5	100,0
	Total	32	80,0	100,0	
Missing	98	4	10,0		
	99	4	10,0		
	Total	8	20,0		
Total		40	100,0		

Utilização do Serviço Nacional de Saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	28	70,0	71,8	71,8
	Não	11	27,5	28,2	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	99	1	2,5		
	Total	40	100,0		

Recusa de prestação de cuidados de saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	5,0	7,7	7,7
	Não	24	60,0	92,3	100,0
	Total	26	65,0	100,0	
Missing	97	1	2,5		
	98	11	27,5		
	99	2	5,0		
	Total	14	35,0		
Total		40	100,0		

Satisfação com o Serviço Nacional de Saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito satisfeito	4	10,0	15,4	15,4
	Satisfeito	12	30,0	46,2	61,5
	Pouco satisfeito	4	10,0	15,4	76,9
	Não satisfeito	6	15,0	23,1	100,0
	Total	26	65,0	100,0	
Missing	98	11	27,5		
	99	3	7,5		
	Total	14	35,0		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: consultas muito caras

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Sim	12	30,0	34,3	34,3
	Não	23	57,5	65,7	100,0
	Total	35	87,5	100,0	
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: tratamento muito caro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	30,0	34,3	34,3
	Não	23	57,5	65,7	100,0
	Total	35	87,5	100,0	
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: horários de serviços de saúde não adaptados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	11	27,5	31,4	31,4
	Não	24	60,0	68,6	100,0
	Total	35	87,5	100,0	
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: dificuldades administrativas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	35	87,5	100,0	100,0
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: desconhecimento de direitos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,5	2,9	2,9
	Não	34	85,0	97,1	100,0
	Total	35	87,5	100,0	
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: não sabe onde ir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,5	2,9	2,9
	Não	34	85,0	97,1	100,0
	Total	35	87,5	100,0	
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: barreira língua

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	7,5	8,6	8,6
	Não	32	80,0	91,4	100,0
	Total	35	87,5	100,0	
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: barreira cultural

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,5	2,9	2,9
	Não	34	85,0	97,1	100,0
	Total	35	87,5	100,0	
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: recusa de cuidados dos profissionais de saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	35	87,5	100,0	100,0
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: medo de discriminação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,5	2,9	2,9
	Não	34	85,0	97,1	100,0
	Total	35	87,5	100,0	
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: medo denuncia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,5	2,9	2,9
	Não	34	85,0	97,1	100,0
	Total	35	87,5	100,0	
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: não tem obstáculos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	35,0	40,0	40,0
	Não	21	52,5	60,0	100,0
	Total	35	87,5	100,0	
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Dificuldade acesso: outra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	30,0	34,3	34,3
	Não	23	57,5	65,7	100,0
	Total	35	87,5	100,0	
Missing	99	5	12,5		
Total		40	100,0		

Ir U.M.: não tem cartão SNS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,5	2,6	2,6
	Não	37	92,5	97,4	100,0
	Total	38	95,0	100,0	
Missing	99	2	5,0		
Total		40	100,0		

Ir U.M.: dificuldades económicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	15,0	15,8	15,8
	Não	32	80,0	84,2	100,0
	Total	38	95,0	100,0	

Missing	99	2	5,0
Total		40	100,0

Ir U.M.: dificuldades sociais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	25,0	26,3	26,3
	Não	28	70,0	73,7	100,0
	Total	38	95,0	100,0	
Missing	99	2	5,0		
Total		40	100,0		

Ir U.M.: qualidade do atendimento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	12,5	13,2	13,2
	Não	33	82,5	86,8	100,0
	Total	38	95,0	100,0	
Missing	99	2	5,0		
Total		40	100,0		

Ir U.M.: relação de confiança

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	22,5	23,7	23,7
	Não	29	72,5	76,3	100,0
	Total	38	95,0	100,0	
Missing	99	2	5,0		
Total		40	100,0		

Ir U.M.: desconhecimento das estruturas a que pode recorrer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	38	95,0	100,0	100,0
Missing	99	2	5,0		
Total		40	100,0		

Ir U.M.: confidencialidade no atendimento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,5	2,6	2,6
	Não	37	92,5	97,4	100,0

	Total	38	95,0	100,0
Missing	99	2	5,0	
	Total	40	100,0	

Ir U.M.: procura de medicamentos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,5	2,6	2,6
	Não	37	92,5	97,4	100,0
	Total	38	95,0	100,0	
Missing	99	2	5,0		
	Total	40	100,0		

Ir U.M.: outra razão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	29	72,5	76,3	76,3
	Não	9	22,5	23,7	100,0
	Total	38	95,0	100,0	
Missing	99	2	5,0		
	Total	40	100,0		

Serviço a que recorre da Unidade Móvel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Saúde	35	87,5	89,7	89,7
	Psico-afectivo	1	2,5	2,6	92,3
	Social	1	2,5	2,6	94,9
	Saúde e Social	1	2,5	2,6	97,4
	Saúde e Psico-afectivo	1	2,5	2,6	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	99	1	2,5		
	Total	40	100,0		

Dependência de álcool

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	22,5	23,1	23,1
	Não	30	75,0	76,9	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	99	1	2,5		
	Total	40	100,0		

Dependência de tabaco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	35,0	35,9	35,9
	Não	25	62,5	64,1	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	99	1	2,5		
Total		40	100,0		

Dependência de medicamentos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	17,5	17,9	17,9
	Não	32	80,0	82,1	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	99	1	2,5		
Total		40	100,0		

Dependência de drogas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	7,5	7,7	7,7
	Não	36	90,0	92,3	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	99	1	2,5		
Total		40	100,0		

*Dados sobre VIH/SIDA**Teste de VIH feito nos últimos 12 meses*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	11	27,5	28,2	28,2
	Não	20	50,0	51,3	79,5
	Não sabe o que é VIH/SIDA	8	20,0	20,5	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	99	1	2,5		
Total		40	100,0		

Fez o teste por

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Decisão própria	9	22,5	75,0	75,0
	Indicação de profissional de saúde	3	7,5	25,0	100,0
	Total	12	30,0	100,0	
Missing	98	27	67,5		
	99	1	2,5		
	Total	28	70,0		
Total		40	100,0		

Utilização de preservativos reduz risco de transmissão VIH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	27	67,5	87,1	87,1
	3	4	10,0	12,9	100,0
	Total	31	77,5	100,0	
Missing	98	7	17,5		
	99	2	5,0		
	Total	9	22,5		
Total		40	100,0		

Sabe o resultado do teste

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	11	27,5	91,7	91,7
	Não	1	2,5	8,3	100,0
	Total	12	30,0	100,0	
Missing	98	27	67,5		
	99	1	2,5		
	Total	28	70,0		
Total		40	100,0		

Pessoa com aspecto saudável pode ter VIH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	24	60,0	77,4	77,4
	Não	2	5,0	6,5	83,9
	3	5	12,5	16,1	100,0
	Total	31	77,5	100,0	
Missing	98	7	17,5		
	99	2	5,0		

	Total	9	22,5
	Total	40	100,0

Contagio VIH: picada mosquito

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	20,0	25,8	25,8
	Não	16	40,0	51,6	77,4
	3	7	17,5	22,6	100,0
	Total	31	77,5	100,0	
Missing	98	7	17,5		
	99	2	5,0		
	Total	9	22,5		
Total		40	100,0		

Contagio VIH: partilha de refeição

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	7,5	10,3	10,3
	Não	23	57,5	79,3	89,7
	3	3	7,5	10,3	100,0
	Total	29	72,5	100,0	
Missing	98	7	17,5		
	99	3	7,5		
	System	1	2,5		
	Total	11	27,5		
Total		40	100,0		

Utilização preservativo relação mais recente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	35,0	50,0	50,0
	Não	14	35,0	50,0	100,0
	Total	28	70,0	100,0	
Missing	98	4	10,0		
	99	8	20,0		
	Total	12	30,0		
Total		40	100,0		

Injectar drogas (último mês)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	35	87,5	100,0	100,0
Missing	98	3	7,5		

	99	2	5,0
	Total	5	12,5
	Total	40	100,0

Utilização de equipamento esterilizado

		Frequency	Percent
Missing	98	38	95,0
	99	2	5,0
	Total	40	100,0

Teve relações sexuais (último mês)

		Frequency	Percent
Missing	98	31	77,5
	99	9	22,5
	Total	40	100,0

Utilização de preservativo na última relação sexual

		Frequency	Percent
Missing	98	34	85,0
	99	6	15,0
	Total	40	100,0

Utilização de preservativos reduz risco de transmissão VIH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	27	67,5	87,1	87,1
	Não sabe	4	10,0	12,9	100,0
	Total	31	77,5	100,0	
Missing	98	7	17,5		
	99	2	5,0		
	Total	9	22,5		
	Total	40	100,0		

Croostabs

Género e Não há obstáculos no acesso ao SNS

Pretende-se testar se a opinião sobre a dificuldade de acesso ao SNS no que respeita à existência de obstáculos é independente do género do respondente.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Género *						
Dificuldade acesso: não tem obstáculos	35	87,5%	5	12,5%	40	100,0%

Género * Dificuldade acesso: não tem obstáculos Crosstabulation

		Count		
		Dificuldade acesso: não tem obstáculos		
		Sim	Não	Total
Género	Feminino	2	3	5
	Masculino	12	18	30
Total		14	21	35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,000(b)	1	1,000		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,000	1	1,000		
Fisher's Exact Test				1,000	,694
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000		
N of Valid Cases	35				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

H_0 : A opinião sobre dificuldade de acesso ao SNS é independente do género

H_1 : A opinião sobre dificuldade de acesso ao SNS não é independente do género

p -value = 1 > α = 0.05, logo não rejeitamos H_0

Legalidade e Não há obstáculos no acesso ao SNS

Pretende-se testar se a opinião sobre a dificuldade de acesso ao SNS no que respeita à existência de obstáculos é independente do estatuto legal do respondente

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Legalidade *						
Dificuldade acesso: não tem obstáculos	28	70,0%	12	30,0%	40	100,0%

Legalidade * Dificuldade acesso: não tem obstáculos Crosstabulation

		Count		
		Dificuldade acesso: não tem obstáculos		
		Sim	Não	Total
Legalidade	Sim	11	7	18
	Não	2	8	10
Total		13	15	28

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,368(b)	1	,037		
Continuity Correction(a)	2,872	1	,090		
Likelihood Ratio	4,608	1	,032		
Fisher's Exact Test				,055	,043
Linear-by-Linear Association	4,212	1	,040		
N of Valid Cases	28				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,64.

H_0 : A opinião sobre a dificuldade de acesso ao SNS é independente do estatuto legal

H_1 : A opinião sobre a dificuldade de acesso ao SNS não é independente do estatuto legal

$p\text{-value} = 0.037 < \alpha = 0.05$, logo rejeitamos H_0

Género e utilização de preservativo na relação sexual mais recente

Pretende-se testar se a utilização de preservativo referente à relação sexual mais recente (nos últimos 12 meses) é independente do género do respondente

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Género * Utilização preservativo relação mais recente	28	70,0%	12	30,0%	40	100,0%

Género * Utilização preservativo relação mais recente Crosstabulation

		Count		
		Utilização preservativo relação mais recente		
		Sim	Não	Total
Género	Feminino	1	3	4
	Masculino	13	11	24
Total		14	14	28

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,167(b)	1	,280		
Continuity Correction(a)	,292	1	,589		
Likelihood Ratio	1,213	1	,271		
Fisher's Exact Test				,596	,298

Linear-by-Linear Association	1,125	1	,289
N of Valid Cases	28		

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

H_0 : A utilização de preservativo é independente do género

H_1 : A utilização de preservativo não é independente do género

p -value = 0.596 > α = 0.05, logo não rejeitamos H_0

Género e ir à Unidade Móvel dos MdM por dificuldades económicas

Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MdM no que respeita a dificuldades económicas é independente do género do respondente.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Género * Ir U.M.: dificuldades económicas	38	95,0%	2	5,0%	40	100,0%

Género * Ir U.M.: dificuldades económicas Crosstabulation

		Count		
		Ir U.M.: dificuldades económicas		
		Sim	Não	Total
Género	Feminino	1	4	5
	Masculino	5	28	33
Total		6	32	38

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,077(b)	1	,782		

Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,073	1	,788		
Fisher's Exact Test				1,000	,599
Linear-by-Linear Association	,075	1	,785		
N of Valid Cases	38				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,79.

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MDM é independente do género

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MDM não é independente do género

$p\text{-value} = 1 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Género e ir à Unidade Móvel dos MDM por dificuldades sociais

Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MDM no que respeita a dificuldades sociais é independente do género do respondente

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Género * Ir U.M.: dificuldades sociais	38	95,0%	2	5,0%	40	100,0%

Género * Ir U.M.: dificuldades sociais Crosstabulation

		Count		
		Ir U.M.: dificuldades sociais		
		Sim	Não	Total
Género	Feminino	2	3	5
	Masculino	8	25	33
Total		10	28	38

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,556(b)	1	,456		
Continuity Correction(a)	,040	1	,841		
Likelihood Ratio	,517	1	,472		
Fisher's Exact Test				,592	,396
Linear-by-Linear Association	,541	1	,462		
N of Valid Cases	38				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,32.

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MDM é independente do género

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MDM não é independente do género

p -value = 0.592 > α = 0.05, logo não rejeitamos H_0

Género e ir à Unidade Móvel dos MDM por relação de confiança

Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MDM no que respeita a relação de confiança é independente do género do respondente

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Género * Ir U.M.: relação de confiança	38	95,0%	2	5,0%	40	100,0%

Género * Ir U.M.: relação de confiança Crosstabulation

		Count		
		Sim	Não	Total
Género	Feminino	2	3	5
	Ir U.M.: relação de confiança			

Masculino	7	26	33
Total	9	29	38

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,848(b)	1	,357		
Continuity Correction(a)	,127	1	,721		
Likelihood Ratio	,767	1	,381		
Fisher's Exact Test				,574	,338
Linear-by-Linear Association	,826	1	,364		
N of Valid Cases	38				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,18.

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MDM é independente do género

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MDM não é independente do género

p -value = 0.574 > α = 0.05, logo não rejeitamos H_0

Legalidade e ir à Unidade Móvel dos MdM por dificuldades económicas

Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MdM no que respeita dificuldades económicas é independente do estatuto legal do respondente

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Legalidade * Ir U.M.: dificuldades económicas	31	77,5%	9	22,5%	40	100,0%

Legalidade * Ir U.M.: não tem cartão SNS	31	77,5%	9	22,5%	40	100,0%
--	----	-------	---	-------	----	--------

Legalidade * Ir U.M.: não tem cartão SNS Crosstabulation

		Count		
		Ir U.M.: não tem cartão SNS		
Legalidade	Sim	0	19	19
		Não	1	11
Total		1	30	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,636(b)	1	,201		
Continuity Correction(a)	,056	1	,814		
Likelihood Ratio	1,951	1	,162		
Fisher's Exact Test				,387	,387
Linear-by-Linear Association	1,583	1	,208		
N of Valid Cases	31				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MDM é independente do estatuto legal

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MDM não é independente do estatuto legal

$p\text{-value} = 0.387 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Legalidade e ir à Unidade Móvel dos MDM por dificuldades sociais

Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MDM no que respeita a dificuldades sociais é independente do estatuto legal do respondente

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Legalidade * Ir U.M.: dificuldades sociais	31	77,5%	9	22,5%	40	100,0%

Legalidade * Ir U.M.: dificuldades sociais Crosstabulation

Count

		Ir U.M.: dificuldades sociais		
		Sim	Não	Total
Legalidade	Sim	4	15	19
	Não	4	8	12
Total		8	23	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,579(b)	1	,447		
Continuity Correction(a)	,115	1	,734		
Likelihood Ratio	,570	1	,450		
Fisher's Exact Test				,676	,362
Linear-by-Linear Association	,561	1	,454		
N of Valid Cases	31				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,10.

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MDM é independente do estatuto legal

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MDM não é independente do estatuto legal

$p\text{-value} = 0.676 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Legalidade e ir à Unidade Móvel dos MDM por confidencialidade no atendimento

Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MdM no que respeita a confidencialidade no atendimento é independente do estatuto legal do respondente

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Legalidade * Ir U.M.: confidencialidade no atendimento	31	77,5%	9	22,5%	40	100,0%

Legalidade * Ir U.M.: confidencialidade no atendimento Crosstabulation

		Count		
		Ir U.M.: confidencialidade no atendimento		
		Sim	Não	Total
Legalidade	Sim	0	19	19
	Não	1	11	12
Total		1	30	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,636(b)	1	,201		
Continuity Correction(a)	,056	1	,814		
Likelihood Ratio	1,951	1	,162		
Fisher's Exact Test				,387	,387
Linear-by-Linear Association	1,583	1	,208		
N of Valid Cases	31				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MDM é independente do estatuto legal

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MDM não é independente do estatuto legal

$p\text{-value} = 0.387 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0

Legalidade e ir à Unidade Móvel dos MDM por qualidade do atendimento

Pretende-se testar se o facto de recorrer à Unidade Móvel dos MDM no que respeita a qualidade do atendimento é independente do estatuto legal do respondente

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Legalidade * Ir U.M.: qualidade do atendimento	31	77,5%	9	22,5%	40	100,0%

Legalidade * Ir U.M.: qualidade do atendimento Crosstabulation

		Count		
		Ir U.M.: qualidade do atendimento		
		Sim	Não	Total
Legalidade	Sim	3	16	19
	Não	0	12	12
Total		3	28	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,098(b)	1	,148		
Continuity Correction(a)	,680	1	,410		
Likelihood Ratio	3,138	1	,076		
Fisher's Exact Test				,265	,216
Linear-by-Linear Association	2,030	1	,154		

N of Valid Cases 31

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,16.

H_0 : O facto de recorrer à UM dos MDM é independente do estatuto legal

H_1 : O facto de recorrer à UM dos MDM não é independente do estatuto legal

$p\text{-value} = 0.265 > \alpha = 0.05$, logo não rejeitamos H_0