

112
4300

DM
GAMA/A1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA COMUNITÁRIA

TESE DE MESTRADO

Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA
em Populações Migrantes:
Desafios à Psicologia Comunitária

Ana Filipa de Mendonça da Gama



2007

30 10 2008

17784

30 10 2008

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA COMUNITÁRIA

TESE DE MESTRADO

Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA
em Populações Migrantes:
Desafios à Psicologia Comunitária

Ana Filipa de Mendonça da Gama

Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

Dissertação orientada por:

Prof. Doutora Sónia Dias

Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa

Seminário de Dissertação orientado por:

Prof. Doutora Aldina Gonçalves

Universidade Nova de Lisboa

2007

Porque contribuíram para a concretização deste trabalho, agradeço:

à Prof. Doutora Sónia Dias, pela orientação, disponibilidade, franqueza e oportunidade que me deu de aprender consigo,

à Prof. Doutora Aldina Gonçalves, pelo apoio, disponibilidade e generosidade em partilhar a sua sabedoria,

à equipa de projecto, pela cedência dos dados,

ao Prof. Doutor João Maroco, pelas correcções e sugestões relativas à análise de resultados.

Agradeço ainda:

aos pais, avós e família, pelo incentivo paciente apesar da minha ausência,

aos irmãos, pela amizade e disponibilidade,

aos amigos, pela ajuda, presença e ânimo,

aos “manos” de quatro patas, pela companhia nas longas noites,

e à pequena Maria.

Índice

Índice.....	i
Lista de Tabelas	ii
Resumo	iv
Abstract	v
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
1. Migração	1
1.1 Características do Processo Migratório.....	4
1.2 Políticas de Imigração	12
2. Saúde	27
2.1 Promoção da Saúde	28
2.2 Determinantes da Saúde	31
3. Saúde e Migração	34
3.1 Vulnerabilidade em saúde das populações imigrantes.....	35
3.2 Política de Saúde no contexto da Migração	42
4. VIH/SIDA	44
4.1 Determinantes da infecção pelo VIH/SIDA	48
4.2 Impacto da infecção pelo VIH/SIDA.....	51
5. VIH/SIDA e Migração	56
5.1 Vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA das populações migrantes	59
5.2 Prevenção, Diagnóstico e Cuidados de Saúde relativos ao VIH/SIDA em populações imigrantes	63
II. ESTUDO EMPÍRICO	71
1. Objectivos do Estudo	71
2. Método	72
2.1 Amostra	72
2.2 Instrumento e Variáveis	73
2.3 Procedimento	75
2.4 Tratamento e Análise de Dados	76
3. Resultados e Análise	77
3.1 Caracterização Sócio-Demográfica.....	77
3.2 Utilização de Serviços de Saúde no contexto da infecção pelo VIH/SIDA..	84
3.3 Procura de informação sobre VIH/SIDA.....	89
3.4 Diagnóstico do VIH	98
4. Discussão	104
III. CONCLUSÕES	114
Referências Bibliográficas	124

Lista de Tabelas

Tabela 1: Sexo, idade, nível educacional e situação profissional dos inquiridos	78
Tabela 2: Área profissional dos inquiridos empregados	78
Tabela 3: Condições habitacionais em que vivem os inquiridos	79
Tabela 4: Situação económica (percebida), país de origem, estatuto e nacionalidade dos inquiridos	80
Tabela 5: Tempo de residência em Portugal	81
Tabela 6: Idade dos inquiridos por sexo	81
Tabela 7: Nível educacional dos inquiridos por sexo	81
Tabela 8: Situação profissional dos inquiridos por sexo.....	82
Tabela 9: Sexo dos inquiridos por situação económica (percebida).....	82
Tabela 10: Estatuto dos inquiridos por Sexo.....	82
Tabela 11: Situação profissional dos inquiridos por situação económica (percebida)	83
Tabela 12: Estatuto dos inquiridos por nível educacional, situação profissional e situação económica (percebida)	84
Tabela 13: Serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam para cuidados em VIH/SIDA	85
Tabela 14: Serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam por nível educacional	86
Tabela 15: Serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam por situação profissional.....	87
Tabela 16: Serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam por situação económica (percebida).....	87
Tabela 17: Serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam por estatuto	88
Tabela 18: Serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam por tempo de residência em Portugal	89
Tabela 19: Fonte de informação sobre VIH/SIDA privilegiada pelos inquiridos.....	90
Tabela 20: Fonte de informação privilegiada pelos inquiridos por nível educacional	91
Tabela 21: Fonte de informação privilegiada pelos inquiridos por situação profissional.....	92
Tabela 22: Fonte de informação privilegiada pelos inquiridos por situação económica (percebida).....	93
Tabela 23: Fonte de informação privilegiada pelos inquiridos por estatuto	93
Tabela 24: Fonte de informação privilegiada pelos inquiridos por tempo de residência em Portugal	94
Tabela 25: Procura de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS pelos inquiridos	95
Tabela 26: Problemas encontrados pelos inquiridos na procura de informação no SNS	95
Tabela 27: Procura de informação no SNS por nível educacional, situação profissional e situação económica (percebida)	96
Tabela 28: Procura de informação no SNS por estatuto	97
Tabela 29: Procura de informação no SNS por tempo de residência em Portugal	98
Tabela 30: Realização do diagnóstico do VIH pelos inquiridos, e data e país em que foi efectuado o último teste	99
Tabela 31: País onde foi efectuado o último teste VIH por data	99
Tabela 32: Sexo por realização do diagnóstico do VIH.....	100

Tabela 33: Idade por realização do diagnóstico do VIH.....	100
Tabela 34: Realização do diagnóstico do VIH por nível educacional, situação profissional e situação económica (percebida)	102
Tabela 35: Realização do diagnóstico do VIH por estatuto	103
Tabela 36: Realização do diagnóstico do VIH por tempo de residência em Portugal	103

Resumo

Tem sido reconhecido que as populações migrantes se encontram especialmente vulneráveis à infecção pelo VIH/SIDA, por diversos factores associados ao processo migratório. Essa vulnerabilidade pode ainda ser potenciada por barreiras no acesso e sub-utilização dos serviços de saúde na procura de informação, cuidados e diagnóstico.

No sentido de conhecer o tipo de utilização dos serviços de saúde por parte de populações imigrantes foi aplicado um questionário a 522 imigrantes africanos residentes em Portugal, no CNAI (ACIDI) em Lisboa. Foi analisado o tipo de serviços que utilizariam no contexto do VIH/SIDA, a fonte de informação privilegiada sobre a infecção, a procura efectiva dessa informação no SNS e a realização do diagnóstico.

Os resultados do estudo indicam que o tipo de serviços de saúde que os inquiridos utilizariam no contexto do VIH/SIDA está relacionado com o nível educacional ($p=0.026$) e tempo de residência em Portugal ($p=0.029$). Verificou-se que a fonte de informação sobre VIH/SIDA privilegiada pelos inquiridos está relacionada com o nível educacional ($p=0.003$) e situação económica (percebida) ($p=0.005$). Por fim, apurou-se que a realização do diagnóstico do VIH pelos inquiridos está relacionada com o sexo ($p=0.025$), idade ($p=0.000$) e nível educacional ($p=0.005$).

Uma prevenção e controlo eficazes da infecção pelo VIH/SIDA junto das populações imigrantes envolve a promoção do acesso universal e utilização dos serviços de saúde, para cuidados, informação e diagnóstico do VIH. O sucesso destas estratégias implica o envolvimento e participação destas comunidades, sendo fundamental promover o seu empowerment. Deve aprofundar-se o conhecimento sobre as condições e factores de utilização e acesso aos serviços de saúde em VIH/SIDA por parte destas populações. Será fundamental desenvolver políticas inclusivas de imigração e integração, e promotoras de uma sociedade adaptada à diversidade cultural.

PALAVRAS-CHAVE: Migração; Vulnerabilidade em VIH/SIDA; Acesso aos Serviços de Saúde; Utilização dos Serviços de Saúde; Prevenção e Controlo

Abstract

Immigrant populations are considered to be particularly vulnerable to HIV/AIDS infection, due to several factors related to migration process. That vulnerability may also be increased by barriers in accessing health services and their under-utilization for information, care and diagnosis.

To understand the health services utilization by immigrant populations it was applied a questionnaire to 522 African immigrants residing in Portugal, at CNAI (ACIDI) in Lisbon. It was analysed the kind of services they would use for HIV/AIDS care, their privileged source of information about the disease, the search of that information on the NHS and HIV testing.

The results of the study show that the kind of health services respondents would use for HIV/AIDS care is related to its educational level ($p=0.026$) and residence years in Portugal ($p=0.029$). It showed that respondents' privileged source of information about HIV/AIDS was related to their educational level ($p=0.003$) and (perceived) economic situation ($p=0.005$). The results indicated also that HIV testing was related to sex ($p=0.025$), age ($p=0.000$) and educational level ($p=0.005$).

Efficacious prevention and control of HIV/AIDS for immigrant populations involves the promotion of universal access and utilization of health services, for care, information and HIV diagnosis. These strategies' success requires the involvement and participation of immigrant communities, and therefore it is crucial to promote their empowerment. It is important to keep addressing the conditions and factors of health services utilization by these populaces. It will be fundamental to develop inclusive policies for immigration and integration, which enhance a society adapted to cultural diversity.

KEY-WORDS: Migration; Vulnerability to HIV/AIDS; Access to Health Services; Utilization of Health Services; Prevention and Control

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Migração

Assumindo um carácter de actualidade, o fenómeno da migração tem vindo a ganhar uma frequência cada vez mais acentuada para a generalidade dos países. Cerca de 3% da população mundial vive temporariamente ou em permanência fora do seu país de origem (WHO, 2003). Entre 1970 e 1995 os países com maior número de imigrantes foram os Estados Unidos da América, a Federação Russa, Arábia Saudita, Índia, Canadá, Alemanha, França e Austrália. No mesmo período, os países que registaram maior número de emigrantes foram o México, Bangladesh, Afeganistão, Filipinas, Cazaquistão, Vietname, Ruanda, e Sri Lanka. Deste modo, é perceptível que nos últimos trinta anos os principais destinos de imigração têm sido regiões desenvolvidas, enquanto que os principais locais de origem de emigração têm sido países em desenvolvimento e subdesenvolvidos (IOM, 2003).

Considerando a zona dos 25 Estados Membros da União Europeia (UE-25), desde 1985 os valores relativos à imigração têm sido superiores à emigração, vindo a aumentar gradualmente, segundo dados do relatório Eurostat Yearbook 2006-2007 (Eurostat, 2007a). Em 2005 os países europeus com maior população estrangeira residente eram a Alemanha (7.287.980 imigrantes), Espanha (3.371.394), Reino Unido (3.066.055) e Itália (2.402.157). Países como a Espanha, Portugal, Itália, Reino Unido e Finlândia têm registado desde 1995 um aumento gradual das populações estrangeiras residentes (Eurostat, 2007b).

O processo migratório tem vindo a ganhar um carácter de heterogeneidade e complexidade, reflexo da evolução da globalização e mudanças sociais subjacentes. No que respeita à migração feminina, esta tem registado um aumento, quer seja pelo fenómeno do reagrupamento familiar, quer por uma maior independência das mulheres no processo migratório. Até 1990 a população migrante na Europa era constituída maioritariamente por homens, mas desde então a percentagem de mulheres migrantes tem vindo a revelar valores superiores em comparação com os

imigrantes do sexo masculino. No ano de 2005, 53,4% da população migrante residente na Europa era do sexo feminino (UN, 2005a).

A feminização da migração surge em simultâneo com outros processos que afectam as mulheres, como a feminização da pobreza e do trabalho (Boyd, 2006). As desigualdades económicas e de género podem ser factores influentes na migração das mulheres, condicionando o seu impacto nas populações. Em contextos com níveis extremos de pobreza e reduzido acesso a educação, saúde e recursos, as mulheres poderão ter fraca autonomia e menor capacidade de decisão acerca da sua movimentação e reduzidos meios para migrar. Em contextos diametralmente opostos, economicamente estáveis em que as mulheres têm acesso a informação, educação, serviços de saúde e a iguais oportunidades de emprego, a tendência para emigrar poderá ser menores.

De facto, e como Boyd (2006) sugere, a migração é mais provável em contextos com níveis intermédios de desenvolvimento, em que as mulheres têm acesso a recursos, informação e serviços, e por isso terão possibilidade de ter aspirações para melhores condições de vida. Num contexto de níveis intermédios de equidade de géneros e de desenvolvimento económico é provável observar-se mais movimentos migratórios.

O processo migratório, condicionado e facilitado actualmente pela globalização, revela novos locais de origem, de destino e novos percursos, redefinindo o mapa da migração. Em regiões com condições de extrema pobreza, a falta de meios e recursos são obstáculos que dificultam a movimentação das populações para regiões desenvolvidas (como a Europa ou a América do Norte), tendendo por isso a movimentarem-se para países em desenvolvimento (IOM, 2003). Neste contexto, os países em desenvolvimento tornam-se simultaneamente países de origem e de destino.

Por outro lado, em vários países assiste-se maioritariamente a movimentos de emigração, e outros revelam ser predominantemente locais de acolhimento para populações imigrantes. No entanto, actualmente na maioria dos países verificam-se simultaneamente fenómenos de emigração e imigração (UNAIDS/IOM, 2001). Alguns países, anteriormente de origem de populações migrantes, têm vindo a tornar-se países de destino. Por outro lado, países que historicamente foram principais receptores de migrantes têm-se tornado países de origem. Com isto, ambos os países de origem e de chegada têm-se tornado países de trânsito. Neste contexto, a IOM tem

sublinhado a importância de reconhecer a migração – ou movimento de populações – como um processo que envolve os países e regiões de origem (de onde as pessoas vêm), de trânsito (locais por onde as pessoas passam na sua movimentação), de destino e de retorno.

No contexto europeu, a evolução da movimentação das populações revela que o fenómeno da imigração nesta região é relativamente recente, tornando-se mais evidente nos anos 90. Actualmente este continente é destino de uma diversidade de populações migrantes, originárias de países de todo o mundo. Estima-se que o continente europeu acolhe grande parte dos imigrantes internacionais, seguindo-se o continente asiático, norte-americano e africano (UN, 2002, citado por IOM, 2003). Na região dos países da União Europeia (UE), cerca de 5.1% da população residente não é nacional (cerca de 19 milhões de pessoas). Destes, 2.3 milhões são emigrantes de países do Norte de África e cerca de 1 milhão da África sub-Sahariana (IOM, 2003). Estima-se ainda que cerca de 170.000 imigrantes na Europa são naturais da China e cerca de 400 000 da América do Sul. O país da UE com maior imigração é a Alemanha, onde cerca de 7.3 milhões de pessoas estrangeiras são residentes, representando 9% da população total.

Analisando o panorama da migração em Portugal, até à década de 70 os movimentos migratórios foram dominados pela emigração. Contudo, após o regime ditatorial sucederam-se um conjunto de processos, nomeadamente a descolonização, a abertura de mercados e o consequente desenvolvimento económico que tornaram Portugal num país de imigração, tal como outros países da região europeia. Estima-se que no período entre 1960 e 1981 a população portuguesa residente em Portugal tenha crescido 11% e a população estrangeira residente tenha crescido 269% (ACIME, 2006). Em 1960 a população estrangeira com residência legal representava apenas 0.3% da população residente em território nacional, valor que em 1980 correspondia a 0.5%, e em 2004 a 4.3% (cerca de 447.200 imigrantes) (ACIME, 2006).

Segundo o Relatório de Actividades do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, em 2006 a população estrangeira a residir em Portugal era constituída por 409.185 imigrantes. Considerando os títulos de permanência, a população imigrante com autorização de residência teve um gradual e constante crescimento desde 1980 até 2006, atingindo o maior valor nesse ano (321.133 imigrantes). Considerando os imigrantes com autorizações de permanência (regularizados entre 2001 e 2004), a

partir de 2005 e em 2006 assistiu-se a uma diminuição do seu número, explicando a diminuição do valor populacional total nestes dois últimos anos. Relativamente aos imigrantes com vistos de longa duração, os dados indicam que o seu número tem aumentado gradualmente desde 2005 (SEF, 2006). No que respeita à imigração irregular, não existem dados oficiais quanto à dimensão deste fenómeno, contudo os processos de regularização podem dar uma ideia dos imigrantes que, em determinados momentos, viveram em Portugal nessa situação (ACIME, 2006).

Considerando a distribuição geográfica das populações imigrantes em Portugal, o distrito com maior população estrangeira é Lisboa, onde residem 189.222 imigrantes (equivalente a 46,2% da população estrangeira em território nacional). Tem vindo a verificar-se também uma expressiva ocupação dos distritos do litoral em detrimento dos distritos do interior do país. Segundo dados do mesmo relatório, em 2006 a maioria da população estrangeira em Portugal era do sexo masculino (55%, equivalente a 226.816 imigrantes), e 50,5% dos imigrantes tinham idades entre 20 e 39 anos. Considerando a nacionalidade de origem, as populações imigrantes em permanência regular eram representadas por nacionais de Cabo Verde (16%), sendo que 16% era oriunda do Brasil, 9% da Ucrânia, 8% de Angola e 6% de Guiné Bissau. Considerando os grupos de nacionalidades mais expressivos, apenas o grupo de imigrantes de origem brasileira era constituído maioritariamente por mulheres. No que diz respeito ao tempo de residência em Portugal, os imigrantes naturais de Cabo Verde, Angola e Guiné Bissau constituíam as populações imigrantes a residir há mais tempo em Portugal (SEF, 2006).

Considerando o carácter actual e global do fenómeno da migração, o tema da movimentação das populações tende a surgir como fonte de pensamento e de preocupação para os países e comunidade internacional. A compreensão da dimensão, complexidade e impacto da movimentação da população é fundamental para a adopção de políticas que dêem resposta aos novos desafios que a migração coloca aos países, sociedades e populações.

1.1 Características do Processo Migratório

A mobilidade das populações pode configurar-se em diversos tipos, dependendo das circunstâncias em que os processos migratórios se desenvolvem. Mais especificamente, os tipos de migração podem diferenciar-se de acordo com a sua

dimensão (local/internacional), estatuto (legal/irregular) e condição de tomada de decisão (voluntária/forçada).

A migração de populações a um nível local abrange áreas limitadas de movimentação, quer entre zonas rurais e urbanas, quer entre regiões de um mesmo país. A migração internacional refere-se à movimentação das populações entre países diferentes abrangendo vários factores como as causas, circunstâncias e estatutos que determinam a duração e as condições de permanência nos países de acolhimento (WHO, 2003).

Neste contexto, e no que respeita ao estatuto das populações migrantes, distingue-se migração legal/regular e migração irregular/ilegal. No primeiro caso, os migrantes estão documentados e a sua entrada, permanência, residência e emprego são reconhecidos e autorizados pelas entidades oficiais e estatais. No caso da migração irregular os migrantes não possuem documentação e a sua entrada nos países de acolhimento não é autorizada legalmente. Em muitos casos, é excedido o tempo de permanência estipulado por vistos de turista, estudante ou de trabalhador com contrato temporário. Este tipo de migração é frequentemente designado “ilegal”, apesar de ser um termo inadequadamente utilizado, como sublinha a OMS (WHO, 2003). A migração irregular é um fenómeno complexo e persiste a dificuldade em monitorizar a sua dimensão, especialmente pela dificuldade em encontrar meios técnicos e institucionais para a recolha de dados. Contudo, algumas entidades estimam que anualmente imigram para a UE entre 120.000 e 500.000 migrantes em situação irregular (IOM, 2003). Estima-se ainda que em 1998 residiam na Europa cerca de 3 milhões de migrantes irregulares, apesar de este valor ter ficado aquém da realidade dada a natureza clandestina do fenómeno.

Estimativas apontam que anualmente centenas de milhares de migrantes em situação irregular provenientes de África, Europa de Leste, Ásia Central e Oriental tentam entrar na região da UE. A maioria destes migrantes entram na região europeia através da região mediterrânica e Europa de Leste, estimando-se por exemplo que anualmente cerca de 95.000 migrantes em situação irregular entram na Grécia. Dados indicam ainda que cerca de 90.000 migrantes em situação irregular residem na Bélgica, cerca de 500.000 migrantes em Espanha e 60.000 em Portugal (IOM, 2003).

Considerando as condições de tomada de decisão sobre a migração, este processo pode também ser considerado voluntário ou forçado. No caso da migração voluntária

os migrantes tomam eles próprios a decisão de migrar (mesmo estando perante factores de repulsão ou de atracção, como económicos, sociais ou políticos). Este tipo de migração inclui os exemplos das populações de migrantes laborais, em contexto de reagrupamento familiar e estudantes estrangeiros. A migração considerada forçada remete para movimentações não voluntárias das populações, cujas causas comprometem o seu poder de decisão. São exemplo deste tipo de migração os movimentos de refugiados devido a conflitos políticos, catástrofes naturais, desastres nucleares/químicos e fome, assim como de vítimas de tráfico de pessoas. Contudo, a distinção entre migração voluntária e forçada tem sido debatida pela sua dificuldade. Dadas as condições e factores que influenciam a tomada de decisão e o próprio processo de migração, torna-se pertinente reflectir até que ponto a carência de recursos económicos e sociais determina o desrespeito pelos direitos básicos e pressiona os indivíduos e comunidades a deslocarem-se do seu local de origem para outra região, com o objectivo de obterem condições de uma sobrevivência sustentada (WHO, 2003).

O conhecimento dos diferentes tipos de movimentação e migração das populações pode contribuir para a compreensão deste fenómeno. Contudo, é igualmente relevante reflectir sobre os contextos subjacentes ao processo migratório, nomeadamente as suas causas.

O número de pessoas a residir num país diferente do país onde nasceu (considera-se esta a definição de migrante) tem aumentado de forma constante ao longo dos últimos anos, e é provável que esta tendência se mantenha ou seja até acentuada (WHO, 2003). Neste sentido, para compreender a diversidade e complexidade que caracterizam actualmente os processos migratórios é importante conhecer as circunstâncias que promovem a mobilização das populações.

Grande parte das decisões das populações para migrar é influenciada pela necessidade de resposta a uma combinação de pressões e incentivos (Jolly & Reeves, 2005). Neste sentido, o fenómeno migratório é estimulado por contextos e factores impulsionadores, sejam de atracção face a um determinado país de destino (“pull factors”), sejam de repulsão de um país ou região (“push factors”). Um dos principais factores de atracção e motivação da migração foi desde sempre o desejo e a necessidade de melhores condições de vida. A polarização económica que se assiste entre países desenvolvidos e em desenvolvimento pode contribuir fortemente para a manifestação dessa necessidade e, deste modo, para o aumento dos movimentos

migratórios para determinadas regiões e países. Simultaneamente, para além das significativas diferenças de condições de vida entre os vários países, também uma economia cada vez mais globalizada, uma mobilização mais facilitada, e a partilha de melhores expectativas de vida podem determinar a migração das populações. No que respeita aos factores de repulsão que impelem as populações a saírem dos seus países de origem, os contextos de instabilidade política, de estagnação do crescimento económico, de desigualdade de recursos e de oportunidades podem ser determinantes da emigração, por motivarem a procura de melhores condições nos países de acolhimento (Boyd, 2006). Por outro lado, problemas ambientais e de saúde associados à crescente industrialização, agravados pela falta de recursos e meios eficazes de protecção do seu impacto, podem levar a grandes movimentações de populações e a elevados números de refugiados. São exemplo desses problemas a desertificação, desflorestação e catástrofes naturais (UNAIDS/IOM, 2001).

Neste sentido, a pressão para migrar pode ser caracterizada pela combinação de vários determinantes, quer associados a contextos de pobreza e factores demográficos, quer relacionados a oportunidades de conforto e qualidade de vida que a migração poderá proporcionar às populações migrantes nos países de acolhimento (IOM, 2003).

As múltiplas causas da migração e as complexas circunstâncias em que esta se processa podem, por sua vez, ser determinantes do impacto do fenómeno migratório nas populações migrantes e nos países envolvidos. Tem havido, por isso, uma reconhecida necessidade de compreender a movimentação e distribuição das populações entre regiões, as causas desse processo, as condições em que se desenvolve e também as suas consequências negativas e positivas ao nível social, económico e cultural.

Na análise do impacto da migração têm prevalecido modelos economicistas, centrados nos custos e benefícios deste fenómeno para o desenvolvimento económico dos países de origem e de destino (IOM, 2005). Neste sentido, a imigração pode ser considerada vantajosa para os países de destino pois pode dar resposta às necessidades do mercado de trabalho, aumentando a produtividade nacional e desta forma contribuindo para o crescimento económico. Ao nível dos países de origem, a emigração pode igualmente ser considerada benéfica pois actua como factor de redução da taxa de desemprego e pode impulsionar o desenvolvimento económico através das remessas e retorno de emigrantes

qualificados. Nesta perspectiva, os próprios migrantes podem também beneficiar pela melhoria das suas condições económicas e profissionais. Estes modelos sugerem ainda que, com o aumento da competitividade económica nos países de origem, e o decréscimo da mesma nos países de destino, o factor custo-benefício da migração fica equilibrado, e a migração entre os dois países tendencialmente cessará (IOM, 2005). Estes modelos teóricos de análise do impacto da migração salientam os efeitos positivos deste fenómeno, mas tendem a desconsiderar as suas consequências negativas ao nível da capacidade de resposta dos países de acolhimento no que respeita aos serviços públicos e políticas de integração, com impacto no crescimento económico e estabilidade social. Por outro lado, esta visão parece não considerar o facto de que cada vez mais os países tendem a ser simultaneamente de imigração e emigração. Por fim, na análise do impacto da migração têm vindo a ser consideradas outras dimensões para além da económica, como a dimensão social e cultural.

O processo migratório implica consequências para os países de origem, de trânsito e destino, e também para as próprias populações. Apesar de a migração ser actualmente um fenómeno global, o seu impacto tende a ser desigual em diferentes populações e regiões devido a um aumento das disparidades das condições de vida em diferentes partes do mundo (GCIM, 2005).

Nos países de origem, geralmente em desenvolvimento, as consequências da migração podem ter impacto no desenvolvimento económico, social e demográfico. Um dos fenómenos consequentes da migração pode ser o designado “brain drain”, que se refere à emigração de profissionais qualificados. O impacto deste fenómeno é especialmente relevante no caso dos profissionais de saúde que decidem muitas vezes emigrar pela procura de oportunidades de desenvolvimento profissional, melhores condições de trabalho e de qualidade de vida. Neste contexto, os profissionais que permanecem nos seus países de origem podem ver-se forçados a adaptarem-se a funções diferentes e fora da sua área de intervenção específica. Nos seus países de origem estes profissionais trabalham, em geral, em condições com poucos serviços, reduzidos recursos financeiros e materiais, e com escassas possibilidades de progredirem nas carreiras profissionais, o que por sua vez pode influenciar a sua desmotivação para permanecerem nestes contextos (WHO, 2003). Por outro lado, enquanto houver um mercado de trabalho mais competitivo nos países desenvolvidos do que nos países em desenvolvimento, os profissionais de saúde continuarão a ser recrutados e deste modo tenderão a emigrar.

Dado o investimento financeiro que os governos muitas vezes fazem na formação dos profissionais de saúde, a sua emigração pode constituir uma perda considerável de recursos económicos e humanos. Neste sentido, o fenómeno de brain drain pode ser considerado um factor potenciador do hiato entre os países pobres e ricos (WHO, 2003). Contudo, as remessas dos emigrantes são muitas vezes um forte contributo ao desenvolvimento económico do país de origem, porém pode não ser garantido que esse retorno seja investido no desenvolvimento desses países, e em particular nos serviços de saúde e nas condições de trabalho dos seus profissionais (IOM, 2003; WHO, 2003).

Além das consequências ao nível dos países de origem o processo migratório pode igualmente ter impacto nas próprias populações migrantes, pelas condições em que a movimentação se processa, as suas causas e contextos de partida, pelas condições de viagem e pela experiência no país de chegada.

No que respeita às condições de partida e associadas às causas da migração, as populações que se vêm forçadas a migrar podem estar especialmente vulneráveis a um impacto negativo, quer a nível físico, social, emocional, psicológico ou económico (WHO, 2003). Em muitas situações, como de refúgio, exílio ou tráfico, os migrantes vêm-se abruptamente afastados do seu meio social e familiar e, não sendo um processo voluntário, planeado ou desejado, a experiência pode produzir consequências negativas.

As condições de viagem e durante a movimentação podem igualmente ter um impacto negativo nas populações migrantes, nomeadamente no contexto da migração forçada em que as precárias condições físicas (de transporte, alimentação, higiene) e a insegurança podem tornar estas populações vulneráveis a exploração e abuso (IOM, 2004a).

Considerando ainda o impacto da migração nas populações migrantes, a sua passagem por países de trânsito ou a entrada e experiência nos países de destino podem ser factores influentes no tipo de consequências, dependendo das condições de acolhimento, e das políticas de imigração e integração existentes nesses países. Por um lado, o choque cultural que as populações imigrantes podem sentir pela potencial diferença entre culturas, hábitos, normas e língua, pode constituir uma barreira à integração destas populações. É fundamental ter presente que a integração social e aculturação são processos complexos que envolvem uma mudança de processos linguísticos, sociais, culturais e conceptuais para as populações migrantes.

Neste sentido, tais processos podem, por um lado, ser factor de desenvolvimento individual e social, mas por outro lado podem colocar em causa as bases da identidade das populações migrantes (UNAIDS/IOM, 2001; WHO, 2003). Deste modo, a migração implica um confronto de valores, expectativas e estilos de vida que podem ter forte impacto na saúde física e psicossocial dos migrantes.

Adicionalmente, as condições de acolhimento e a capacidade de resposta dos países de destino face ao fenómeno migratório podem ser determinantes para o impacto nas populações. A situação de instabilidade e incerteza que a migração pode gerar para as populações imigrantes ao nível económico e laboral pode ser mediada pelo processo de regularização da sua situação, assente nos quadros legais vigentes nos países de acolhimento. Ao nível do sector laboral parece haver distintas situações de sucesso dos migrantes no mercado de trabalho, dependendo das condições em que o processo migratório se desenvolve e dos recursos disponíveis às populações migrantes (Glover et al., 2001). O conhecimento e fluência da língua e as qualificações e competências são, por exemplo, determinantes importantes para o sucesso no mercado de trabalho. Neste sentido, num tipo de migração que envolva profissionais qualificados e recrutados para exercerem uma actividade profissional num país de acolhimento poderão verificar-se níveis e condições de trabalho diferentes de uma situação em que as populações migrantes têm poucos recursos, têm uma reduzida qualificação e competência profissional, e que em especial se encontram em situação irregular. Como dados indicam, as populações migrantes poderão encontrar-se mais provavelmente em situação de desemprego e menos em situação de emprego do que as populações nacionais (Glover et al., 2001).

Neste contexto, o tipo de impacto do fenómeno migratório nas populações migrantes pode determinar a sua vulnerabilidade económica, social e em saúde, com implicações no seu desenvolvimento e integração na sociedade de acolhimento.

No que respeita ao impacto do fenómeno migratório nos países de destino e acolhimento, este pode verificar-se ao nível demográfico, económico, laboral, legislativo, cultural e social. Actualmente, em países ocidentais a necessidade de recrutar trabalhadores de outros países prende-se com problemas demográficos existentes, como o envelhecimento da população, a diminuição da taxa de natalidade e a desproporção entre população activa e inactiva. Neste sentido, tal como tem vindo a ser tendencialmente demonstrado, a imigração pode ser uma solução realista

para o desafio da transição demográfica que se assiste nestes países (IOM, 2003; IOM, 2005).

Ao nível económico e laboral, um aumento do número de trabalhadores pouco qualificados ou disponíveis para diversos tipos de trabalho pode ter impacto no mercado de trabalho nos países de acolhimento. Num contexto de maior competitividade podem estar criadas condições para que haja menor necessidade de investimento em formação e recrutamento de trabalhadores, e para que, por outro lado, exista maior disponibilidade dos trabalhadores para desempenharem determinadas actividades e assim beneficiar alguns sectores. Neste contexto, a migração pode ter um impacto positivo na economia local e nacional (IOM, 2003). Contudo, nestas situações podem igualmente produzir-se efeitos perversos como o incentivo ao trabalho ilegal, em condições precárias ou de exploração. Tais consequências podem ainda ser potenciadas pelo desconhecimento das populações migrantes dos seus direitos e pela vulnerabilidade e incapacidade em os fazer respeitar.

A migração também apresenta desafios nos países de acolhimento ao nível da sua legislação e políticas. Considerando a diversidade de factores e condições que caracterizam actualmente o processo migratório e que o tornam heterogéneo, os países de acolhimento têm considerado cada vez mais a necessidade de repensar as suas políticas de imigração e de integração de forma a desenvolverem respostas a vários desafios. Mais concretamente, tem vindo a ser reconhecida a importância de fazer face ao fenómeno da imigração irregular, clandestina ou ao tráfico de pessoas, o que implica indubitavelmente reconsiderar e desenvolver políticas e estratégias adequadas (IOM, 2003). Por outro lado, tem constituído igualmente um desafio para os países de acolhimento o desenvolvimento de políticas efectivas de integração, sob pena de serem geradas condições de tensão e conflito social. Contudo, a necessidade de desenvolver esforços no sentido de empreender políticas inovadoras requerem um investimento económico e social dos países de acolhimento (IOM, 2005).

No que respeita ao impacto cultural da migração, este fenómeno implica geralmente um processo de adaptação por parte das populações migrantes e da sociedade de acolhimento (Bourhis, Moise, Perreault & Senécal, 1997). Apesar de as primeiras perspectivas sobre o fenómeno da aculturação dos imigrantes se centrarem nas suas mudanças até à total adopção da cultura do país de acolhimento, estas descuravam o impacto da presença de populações culturalmente diferentes nas

sociedades de acolhimento. No sentido de compreender os processos de aculturação dos imigrantes e das sociedades de acolhimento num contexto multicultural, perspectivas mais recentes reconhecem que as relações entre populações imigrantes e nacionais englobam três componentes: estratégias de aculturação adoptadas pelos imigrantes na sociedade de acolhimento; estratégias de aculturação adoptadas pelas populações nacionais face a grupos de imigrantes; e combinação de estratégias de aculturação de ambas as populações. Neste sentido, o modelo de aculturação interactiva, baseado nas estratégias de aculturação dos imigrantes propostas pelo modelo de aculturação psicológica de Berry (1980, citado por Bourhis, Moise, Perreault & Senécal, 1997), sugere que ambas as populações (nacionais e imigrantes) podem adoptar estratégias de aculturação. Desta forma, a combinação destas estratégias pode resultar em diversos tipos de relações intergrupais e interpessoais entre as populações imigrantes e nacionais, sejam relações consensuais, conflituosas ou problemáticas. O processo migratório pode ter assim impacto não só nas populações imigrantes, através do choque cultural e processos de integração, assimilação, separação ou marginalização, como também nas sociedades e comunidades de acolhimento, através dos mesmos processos em relação às populações imigrantes. O desenvolvimento desses processos, ao determinar o tipo de relação entre as populações imigrantes e nacionais, pode sustentar um ambiente de tolerância, aceitação e respeito mútuo ou de exclusão, estigma e discriminação.

Considerando a complexidade do fenómeno da migração, tem vindo a ser reconhecido que o seu impacto negativo no país de acolhimento pode ser minimizado e a sua potencialidade optimizada se forem desenvolvidas simultaneamente políticas eficazes de imigração e de integração (IOM, 2003). Neste sentido, a gestão da imigração e a integração das populações migrantes nos países de acolhimento devem ser duas estratégias coordenadas, o que representa actualmente um desafio para todos os países.

1.2 Políticas de Imigração

As novas tendências do fenómeno da migração, caracterizadas quer pelo aumento da diversidade dos processos migratórios, quer pelo impacto e consequências dos movimentos das populações nos países de origem, de trânsito, de destino e nos próprios migrantes, tornam pertinente a reflexão acerca das políticas de

imigração e de integração adoptadas e as mudanças necessárias. O número de países de origem, trânsito e destino tem aumentado gradualmente relativizando a importância dos vínculos coloniais, outrora determinantes dos países de origem e de destino. Por outro lado, a globalização da migração tende a progredir dada a persistência da diferença económica e social entre países, assim como o desenvolvimento de redes de migração clandestina tendem a aumentar (IOM, 2003). Os perfis das populações migrantes têm igualmente vindo a diversificar-se, bem como as características das movimentações (estadias temporárias em várias regiões, sem residência definitiva ou retorno ao país de origem), o que tem moldado as novas tendências da migração.

O debate acerca do fenómeno migratório tem vindo a ganhar relevo nos últimos anos ao nível nacional e da comunidade internacional. Na sua generalidade, os aspectos associados à migração e que têm vindo a ser alvo de discussão convergem na questão da migração irregular (IOM, 2003). Neste sentido, tem havido um crescente reconhecimento da necessidade e importância de desenvolver políticas eficazes que constituam uma resposta efectiva a este fenómeno.

O conceito de migração irregular remete geralmente para as condições de entrada e de residência dos imigrantes nos países de trânsito ou de destino. Contudo, os migrantes podem ser considerados igualmente irregulares nos seus países de origem quando estes colocam restrições a determinados tipos de emigração (IOM, 2003). A migração irregular engloba diversos tipos de movimentos que de alguma forma contrariam a legislação e regulamentações vigentes, mesmo quando considerados justificáveis ou aceitáveis nos países de chegada. Exemplos desses movimentos de carácter irregular são o caso de populações forçadas a movimentarem-se para outro país sem a possibilidade de o fazerem formalmente, devido a situações de guerra ou de catástrofe natural, ou o caso de tráfico de pessoas.

Dadas as características da migração irregular, a tarefa de obter indicadores fiáveis de avaliação e de definir perfis dos migrantes nesta situação reveste-se de alguma complexidade. Um indicador que pode ter utilidade é o número de pessoas que participam nos processos de regularização, que permitem que os imigrantes em situação irregular adquiram estatuto legal (IOM, 2005). Contudo, a participação de algumas populações imigrantes nestes processos pode ser comprometida quando a regularização depende, por exemplo, do tempo de residência no país de acolhimento. Outros factores que podem limitar a participação dos imigrantes nos processos de

regularização podem estar associados ao contexto do trabalho ilegal. Neste sentido, os empregadores podem não querer declarar a sua utilização de trabalho ilegal ou podem preferir manter os trabalhadores imigrantes indocumentados para poderem remunerar valores inferiores. Por outro lado, muitas vezes a regularização do estatuto não viabiliza um estatuto de permanência, o que pode levar a que muitos imigrantes voltem a estar em situação irregular dada a curta validade do estatuto ou devido aos obstáculos burocráticos e administrativos na renovação do mesmo (OCDE, 2003, citado por IOM, 2005).

Neste sentido, a informação sobre a migração irregular, baseada em estimativas, aponta para que actualmente cerca de um terço a metade das novas entradas nos países desenvolvidos sejam de imigrantes em situação irregular, e que tal estimativa tenha aumentado 20% na última década (IOM, 2003). Mais concretamente, estimativas apresentadas pela IOM (2005) acerca da migração irregular em alguns países da UE basearam-se em informação sobre a participação dos imigrantes nos processos de regularização. Neste sentido, dados indicam que em 2000 cerca de 15.200 imigrantes em França viram regularizada a sua situação, assim como 52.000 imigrantes na Bélgica e 164.000 em Espanha. Dados acerca do ano 2001 estimam que cerca de 179.000 imigrantes em Portugal regularizaram a sua situação legal nesse ano, bem como cerca de 235.000 imigrantes em Espanha e 351.000 imigrantes na Grécia. Nos anos mais recentemente avaliados (2004 e 2005), as estimativas apontam para processos de regularização abrangentes a 690.000 imigrantes em Espanha (IOM, 2005).

Devido à dificuldade em apurar valores exactos da dimensão da migração irregular torna-se necessário investir no desenvolvimento de indicadores e medidas capazes de aferir estes valores. Tal informação e conhecimento permitirão compreender a dimensão do fenómeno da migração irregular e reflectir sobre os desafios que coloca, de forma a ser possível desenvolver esforços no sentido da elaboração de políticas eficazes de redução da sua dimensão. Por outro lado, tais políticas, que devem passar simultaneamente por estratégias de gestão da imigração, de descongestionamento dos processos de regularização e de integração dos imigrantes, poderão possibilitar a obtenção de uma informação mais fidedigna e aproximada da realidade sobre a dimensão da migração irregular.

Políticas de Abertura versus Controlo da Imigração

O fenómeno da migração tem vindo a ser consensualmente reconhecido ao nível internacional como um importante tema de debate, quer pelo seu impacto nos países e populações envolvidos, quer pelas tendências migratórias que têm caracterizado e condicionado tal impacto. O desafio global que a migração representa actualmente revela um hiato entre as políticas de migração de cada país (dominadas pela restrição, dissuasão e repressão) e as novas tendências migratórias. Por outro lado, actualmente a discussão em torno da migração tende forçosamente a considerar as questões dos direitos humanos, o desenvolvimento dos países de origem, a coesão social e o futuro do estado de providência nos países de destino (IOM, 2003; 2005). Neste sentido, a realidade da migração irregular e clandestina, a par das consequências ao nível do desenvolvimento nos países de origem e o impacto social nos países de acolhimento têm constituído desafios que implicam a revisão das políticas de imigração nacionais e internacionais.

Os países de acolhimento enfrentam actualmente vários dilemas associados à migração, quer entre as abordagens governamentais de controlo de fronteiras e a imposição do mercado livre, quer entre liberdade de movimentação (assente nas políticas internacionais) e liberdade de permanência e estabelecimento das populações num país (dependente de políticas nacionais e que implica esforços para uma integração com sucesso) (IOM, 2003). Por outro lado, as atitudes das sociedade de acolhimento face à imigração e aos imigrantes podem influenciar o tipo de políticas de imigração adoptadas num país. Ao considerar-se que os custos do fenómeno da imigração são superiores aos benefícios, a nível económico, social, político e demográfico, pode haver uma maior tendência para os países de acolhimento adoptarem medidas restritivas que visem reduzir a imigração (IOM, 2003).

Neste sentido, a forma como cada país lida com estas questões determina o tipo de políticas de imigração que desenvolve e implementa. Assim, e de forma a dar resposta especialmente ao desafio da migração irregular, têm vindo a ser desenvolvidos vários tipos de políticas de imigração, desde políticas de carácter restritivo e de controlo até políticas orientadas para uma abertura à imigração.

As políticas de restrição da imigração, numa tentativa de redução dos fluxos migratórios, podem potenciar a migração irregular e clandestina (IOM, 2005). Neste sentido, as políticas de controlo mais restritivas podem beneficiar o crime organizado

por dificultar a entrada das populações na Europa Ocidental sem a ajuda de redes de tráfico (IOM, 2003). Por outro lado, o princípio do encerramento de fronteiras tem descurado a variedade de tipos de mobilidade, muitas delas ao abrigo dos direitos humanos, dos princípios constitucionais e preocupações humanitárias (casos do asilo político e protecção a refugiados). É também cada vez mais reconhecido que estratégias e políticas repressivas e de controlo de fronteiras têm um fraco impacto na mobilidade das populações e na sua intenção em migrar. Simultaneamente, tem vindo a ser aceite a ideia de que, além de ser impraticável controlar totalmente a imigração num país, a migração e mobilidade das populações é um direito das populações (IOM, 2003).

Pelo contrário, uma abertura desregulada dos países de acolhimento à imigração, assegurando o respeito dos direitos humanos, pode ter implicações na sustentabilidade dos sistemas de protecção social, na dinâmica dos mercados económicos e de trabalho, e na equidade social.

Neste contexto, ambos os tipos de políticas de imigração apresentam vantagens e desvantagens que condicionam o impacto da imigração nos países de acolhimento e determinam a capacidade de integração das populações imigrantes. Desta forma, constitui actualmente um desafio conseguir conciliar e garantir as vantagens de ambos os tipos de políticas, em especial no que se refere à abertura à imigração, sustentabilidade do sistema de protecção social, liberdade de mobilização e garantia de segurança, acessibilidade e equidade (IOM, 2005).

Além da reconhecida importância de desenvolver políticas de imigração que permitam otimizar os benefícios deste fenómeno e minimizar o seu impacto negativo, é determinante desenvolver simultaneamente estratégias eficazes de integração das populações imigrantes nas sociedades de acolhimento.

Políticas de Integração como factor de sucesso da Imigração

Tem vindo a tornar-se consensual entre a comunidade internacional, entidades governamentais e decisores políticos que a migração constitui maior benefício para as sociedades de acolhimento quando é acompanhada de uma integração bem sucedida. Porém, sem uma integração efectiva das populações imigrantes a migração pode gerar tensões que podem comprometer a coesão social (IOM, 2003). Tal como tem vindo a ser reconhecido em alguns países europeus, os contributos de populações imigrantes podem muitas vezes ser minimizados ou depreciados devido a uma

ineficácia ou inexistência de estratégias de integração. Por outro lado, se as políticas de integração de um país de acolhimento forem bem sucedidas, considerando que é um processo de longa duração, a opinião pública acerca da imigração poderá tornar-se mais favorável ao longo do tempo, o que por sua vez contribuirá para uma integração mais eficaz das populações imigrantes (IOM, 2003).

Contudo, no debate sobre a integração das populações imigrantes, principalmente nos países europeus com maior imigração, tem sido discutido este conceito e o que implica. Mais concretamente, a interpretação do conceito de integração tem-se situado entre os conceitos de “assimilação” e “integração recíproca”. A assimilação constitui uma integração unilateral em que os imigrantes abdicam dos seus costumes e valores culturais em favor da cultura da sociedade de acolhimento, o que pode não beneficiar nenhum dos grupos. Por outro lado, a integração recíproca consiste num processo bilateral em que as comunidades de acolhimento adoptam alguns aspectos culturais das comunidades imigrantes e estas fazem alguns ajustamentos quanto à cultura da sociedade de acolhimento. Neste sentido, ambos os grupos beneficiam deste processo de integração (IOM, 2003). Para uma integração efectiva das populações imigrantes são necessárias determinadas condições implicando que, no que se refere às populações imigrantes, seja garantida a igualdade perante a lei, liberdade religiosa e cultural, acesso a educação e ao mercado de trabalho e respeito pelas normas e tradições das sociedades de acolhimento. No que se refere a estas sociedades, uma integração efectiva implica abertura e tolerância, compreensão das vantagens e desafios de sociedades multiculturais, respeito pelas tradições e cultura das populações imigrantes e pelos seus direitos (IOM, 2003). Desta forma, é compreensível que o processo de integração pode enfrentar diversos obstáculos e é importante reconhecer que o desenvolvimento de políticas de integração deve considerar e envolver as populações imigrantes e nacionais, no sentido da promoção de uma sociedade com maior diversidade cultural. Por outro lado, o sucesso do processo de integração depende da sua abrangência a vários sectores, como por exemplo da saúde, educação e mercado de trabalho, assim como a diversos grupos (desempregados, com nível reduzido de escolaridade, mulheres, etc.).

Tanto a gestão dos fluxos migratórios como o progresso na integração das populações imigrantes requer um conjunto de instrumentos políticos, administrativos e operacionais, para além de políticas a nível nacional e local. Acima de tudo,

implica compromisso, compreensão e boa vontade por parte das populações imigrantes e das suas sociedades de acolhimento (IOM, 2003). Considerando o carácter de continuidade inerente à imigração, uma estabilidade política nos países de acolhimento dependerá de uma gestão da coordenação entre imigração e integração, o que constitui um desafio importante para estes países. Simultaneamente, considerando o carácter global do fenómeno migratório e as emergentes preocupações e interesses comuns aos vários países quanto à migração, tem sido reconhecida a necessidade de desenvolver políticas internacionais comuns, num ambiente de cooperação internacional entre os países de acolhimento, de trânsito e de origem, e envolvendo as entidades governamentais, as organizações internacionais e as sociedades civis.

Política Comum de Imigração da União Europeia

Considerando as novas tendências dos movimentos migratórios, caracterizadas por uma maior diversificação das populações migrantes e por movimentações mais dinâmicas e flexíveis, e considerando o aumento da migração irregular e clandestina, tem surgido como preocupação da comunidade internacional a necessidade de desenvolver uma política comum de gestão da migração (IOM, 2003; 2005). Neste contexto, a nível internacional e no que respeita à UE, tem vindo a ser reconhecida a importância de desenvolver novas formas de cooperação intergovernamental e de estabelecer uma política comum quanto à migração e asilo, de forma a dar resposta a tais desafios.

O primeiro passo tomado neste âmbito teve lugar na Convenção de Dublin em 1990 através da determinação do Estado Membro responsável pela análise da situação dos restantes Estados Membros face à problemática do asilo. Em 1993 o Tratado de Maastricht introduziu a questão da migração como sendo de interesse comum e estabeleceu a obrigação de cooperação com uma estrutura institucional, no sentido de facilitar o debate sobre os desafios que a migração e integração das populações colocavam a cada Estado Membro e à UE, para além de estimular o desenvolvimento e abordagens transversais às políticas de migração e de asilo. Através do Tratado de Amesterdão em 1999 as instituições europeias puderam iniciar o desenvolvimento de uma política comum de migração e de asilo, reconhecendo a necessidade de estabelecer uma área de liberdade, segurança e justiça que permitisse a livre movimentação das populações. Especificamente, foram definidas duas áreas

prioritárias de acção: as condições de entrada e residência para migrantes de países terceiros e imigração irregular (IOM, 2003).

No Conselho de Tampere foram igualmente enunciados os elementos que deveriam estar presentes nessa política comum, como a parceria entre países de origem, de trânsito e de acolhimento, bem como um regime comum europeu de asilo, o tratamento equitativo dos nacionais de países terceiros e a gestão dos fluxos migratórios (CCE, 2000). Mais concretamente, foi reconhecido que para uma política comum da UE em matéria de asilo e migrações é necessária a cooperação entre os países de origem e de trânsito das populações migrantes.

As vantagens da gestão da migração para os países de origem, trânsito e destino, bem como para as populações imigrantes, parecem ser maiores que no caso de uma ausência de gestão. Contudo, poucos países têm implementado uma gestão efectiva da migração (IOM, 2003). A migração globalizada representa por isso um dos maiores desafios internacionais pela necessidade de políticas de imigração que englobem países de origem, trânsito e destino, de forma a minimizar o impacto da migração e maximizar as suas contrapartidas, garantindo melhores condições no processo migratório e na integração das populações. Por outro lado, os movimentos migratórios tendem a mudar de direcção, aumentar ou diminuir em função da evolução das situações económicas e demográficas, tanto dos países de acolhimento como dos países de origem (CCE, 2000). Desta forma, é reafirmada a natureza mutável e flexível do processo migratório e a necessidade de considerar esta realidade na regulação dos fluxos migratórios e na redução da migração clandestina através de uma cooperação entre países.

Algumas estratégias desenvolvidas neste âmbito têm incidido na necessidade de redução dos factores de repulsão dos países de origem, através do seu desenvolvimento económico, como também no apoio a determinadas actividades como a promoção de reformas legislativas, aplicação da legislação e desenvolvimento de sistemas modernos de gestão das fronteiras (CCE, 2000). Por outro lado, tem sido também reconhecida a necessidade de desenvolver políticas que utilizem a migração em benefício mútuo dos países de origem e de acolhimento. Nomeadamente, através da promoção da manutenção e desenvolvimento das relações entre os migrantes e os seus países de origem poderá ser estimulada a sua participação no desenvolvimento económico destes países, tornando viável o seu regresso voluntário (IOM, 2005). É ainda reconhecido que esta cooperação, sendo

um dos elementos de base da política comum da UE, deve estar assente num diálogo entre os governos, os próprios migrantes e as respectivas associações de forma a assegurar que os movimentos migratórios são considerados nas estratégias de desenvolvimento económico e social dos países envolvidos. Tais estratégias de desenvolvimento podem igualmente minimizar os efeitos de brain drain e da perda dos elementos com mais iniciativa nas sociedades dos países de origem, contribuindo para o desenvolvimento sustentável destes países, o que pode traduzir-se numa redução do incentivo à emigração (CCE, 2000).

Por outro lado, devido ao contexto da transição demográfica presente na região europeia e à crescente falta de profissionais, diversos Estados Membros da UE têm desenvolvido políticas de recrutamento activo de nacionais dos países terceiros. Este panorama revela a necessidade do reconhecimento ao nível europeu de que o fenómeno migratório vai continuar a ocorrer e que o controlo adequado da imigração tem de passar pela cooperação entre países para uma maximização das suas vantagens para a UE, para os próprios imigrantes e para os seus países de origem.

No contexto do desenvolvimento de um regime europeu comum de asilo, no Conselho de Tampere foi ainda sublinhado o direito a requerer asilo e a importância de garantir que ninguém é obrigado a regressar ao país onde é sujeito a perseguição (CCE, 2000). Mais concretamente, foram definidos para os Estados Membros critérios mínimos para condições de recepção e de protecção temporária de migrantes refugiados ou apátridas.

Outro elemento identificado no Conselho de Tampere como fundamental para uma política comum de imigração foi a garantia de um tratamento equitativo dos imigrantes de países terceiros nos países de trânsito e de acolhimento, ao abrigo de quadros legais estabelecidos para além dos pressupostos presentes na carta dos Direitos Fundamentais (CCE, 2000). Neste sentido, têm vindo a ser desenvolvidas estratégias de promoção da integração dos migrantes residentes na UE ao nível dos regimes de protecção e segurança social, do estatuto legal (condições de regularização e direitos que a assistem), e da discriminação associada à condição de migrante, relativa às diferenças étnicas, religiosas, culturais e outras. Para além disso, há que considerar o impacto das políticas de migração nas sociedades de acolhimento e nas próprias populações imigrantes. As condições sociais e económicas que os migrantes enfrentam, as atitudes e opinião pública das populações de acolhimento face à imigração, e o posicionamento das políticas face aos benefícios da diversidade

cultural e das vantagens das sociedades pluralistas são determinantes para o êxito das políticas de imigração e de integração (CCE, 2000).

Por fim, no que respeita às prioridades enunciadas no Conselho de Tampere para uma política comum efectiva de imigração, foi sublinhada a necessidade de uma abordagem global e abrangente quanto à gestão ou regulação dos fluxos migratórios, incluindo os domínios legislativos, dos direitos humanos e do desenvolvimento para além do envolvimento dos países de origem, de trânsito e de destino (CCE, 2000). Neste sentido, o Conselho de Tampere sublinhou que a regulação dos fluxos migratórios inclui um diálogo intensivo entre os países de acolhimento, de trânsito, de origem e os próprios migrantes. Segundo a Comissão das Comunidades Europeias (CCE, 2000), a gestão eficiente dos fluxos migratórios “deve ser acompanhada de medidas para regular os movimentos. Este aspecto exige a tomada de medidas em todas as fases da circulação das pessoas a fim de não só salvaguardar os canais legais para a admissão dos migrantes e daqueles que procuram protecção por motivos humanitários, como também combater a imigração clandestina” (p. 12). Contudo, embora existam procedimentos a nível da UE para coordenar as políticas em determinadas áreas, de forma a facilitar a livre circulação de trabalhadores e outros cidadãos da UE, reconhece-se que ainda não foi atentamente considerado o papel dos nacionais de países terceiros no mercado do trabalho da UE nem a necessidade de acompanhar as medidas de apoio à integração de migrantes. Assim, a gestão eficaz da migração e a política comum da UE devem ser acompanhadas de programas de integração através de parcerias que envolvam as autoridades nacionais, locais e a sociedade civil, de forma a maximizar os efeitos positivos da migração ao nível do emprego, crescimento económico e coesão social, num quadro claro de direitos e obrigações (CCE, 2000).

Uma cooperação efectiva entre países de origem, de trânsito e de destino no que respeita às questões da migração pode permitir otimizar as vantagens da migração e reduzir as potenciais divergências de interesses entre os países envolvidos. O reconhecimento de interesses comuns na migração pode ainda permitir que entidades governamentais e decisores políticos negociem estratégias que garantam simultaneamente um desenvolvimento sustentado nos países de origem e uma resposta às necessidades do mercado de trabalho nos países de acolhimento, promovendo igualmente os direitos dos migrantes (IOM, 2003).

O desenvolvimento de uma política europeia comum de imigração, sendo uma necessidade e interesse partilhados, deve considerar uma abordagem holística e abrangente da migração como um fenómeno interdisciplinar que afecta áreas como o desenvolvimento e crescimento económico, saúde pública, direitos humanos e integração (IOM, 2005). Desta forma, através de um diálogo multilateral sobre a migração poderá ser possível desenvolver de forma coordenada políticas de imigração ajustadas aos desafios que o fenómeno migratório coloca. Tal cooperação e diálogo devem ainda abranger vários actores no desenvolvimento de uma política comum, como as organizações internacionais, grupos económicos e as organizações não-governamentais.

A cooperação para uma política comum implica, neste sentido, conhecer os desafios que o fenómeno da migração tem representado para os países envolvidos, assim como as políticas desenvolvidas e implementadas pelos mesmos como resposta às suas necessidades e preocupações. Neste sentido, importa conhecer a realidade do contexto português no que respeita às políticas de imigração e integração das populações migrantes.

Políticas de Imigração e Integração em Portugal

O fenómeno da migração irregular tem sido uma das preocupações partilhadas pela comunidade internacional e pelos países da UE. Pelas condições que caracterizam este tipo de migração as populações imigrantes em situação irregular tendem a estar especialmente vulneráveis a nível económico, social e em saúde. Por outro lado, existe uma constante dificuldade em avaliar a dimensão da migração irregular e controlar os seus fluxos. As estimativas acerca deste fenómeno baseiam-se nos dados obtidos através de processos de regularização que os países de acolhimento desenvolvem. Em particular, dados indicam que diversos países europeus, como Portugal, Espanha, França, Itália e Grécia, têm desenvolvido programas de regularização sucessivos, dirigidos principalmente a imigrantes laborais em situação irregular (IOM, 2005).

Neste contexto, em Portugal têm havido esforços para desenvolver e implementar uma política de imigração que, por um lado, permita um controlo e monitorização da migração em Portugal e, por outro, facilite a integração das populações imigrantes. A legislação portuguesa de imigração é actualmente considerada uma das menos restritivas da Europa. A lei da imigração é

regulamentada pelo Decreto-Lei nº34/2003 e regula as condições de entrada, permanência, saída e afastamento dos imigrantes do território nacional (ACIDI, 2007a).

A entrada de estrangeiros em Portugal é autorizada se forem portadores de um documento de viagem válido e reconhecido (passaporte), e titulares de um visto válido de entrada adequado à finalidade da deslocação. Os estrangeiros que não possuem qualquer visto podem entrar em território nacional se estiverem habilitados com um título de residência, autorização de permanência, prorrogação de permanência ou cartão de identidade emitido pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros (caso de agentes diplomáticos e consulares). Podem ainda entrar em Portugal os estrangeiros que, não possuindo visto de entrada, beneficiem de regimes nos termos e instrumentos internacionais nos quais Portugal esteja incluído.

Os vistos que constituem requisito para a entrada de estrangeiros em Portugal podem ser adquiridos nas embaixadas e consulados portugueses e nos postos de fronteira, determinando o período de validade e o fim para o qual a entrada temporária é autorizada. Assim, existem os vistos de escala, de trânsito, de curta duração, de residência, de estudo, de trabalho e de estada temporária. Pode ainda ser concedido um visto especial para entrada e permanência temporária em Portugal a estrangeiros que não reúnam os requisitos legais por razões humanitárias ou de interesse nacional. A autorização de permanência consistia num mecanismo legal para autorizar a permanência em Portugal de estrangeiros que não possuíssem um visto adequado e reuniam determinadas condições, como ter um contrato ou proposta de trabalho. Porém, este regime de autorizações de permanência foi revogado pela nova lei da imigração. Assim, a lei actual considera residente o estrangeiro que possua um título válido de autorização de residência. Este título de residência permite aos cidadãos estrangeiros permanecerem em Portugal durante um determinado ou indeterminado período de tempo. Neste sentido, existem os tipos de autorização de residência temporária e permanente. A autorização de residência permanente é concedida a estrangeiros que residam legalmente em Portugal há pelo menos 5 anos (no caso dos cidadãos de Países de Língua Oficial Portuguesa) ou 8 anos (cidadãos de outros países) (ACIDI, 2007a).

No que respeita à nacionalidade, a lei regula as formas de atribuição, aquisição e perda da nacionalidade portuguesa. Neste sentido, a atribuição de nacionalidade diz respeito a cidadãos que são portugueses de origem (nacionalidade originária), e

nesses estão incluídos por exemplo: os filhos de um progenitor português nascidos em território nacional; os filhos de um progenitor português, nascidos no estrangeiro e se tiverem o seu nascimento inscrito no registo civil português ou se declararem que querem ser portugueses; os indivíduos nascidos em território português e filhos de estrangeiros, se declararem que querem ser portugueses e desde que um dos progenitores resida legalmente em Portugal há pelo menos 5 anos (ACIDI, 2007a).

Relativamente aos direitos dos imigrantes perante a segurança social, “Portugal apresenta um elevado grau de protecção social – tanto em termos de segurança social como de saúde – da população imigrante, podendo considerar-se dentro dos melhores padrões internacionais” (Silva, 2005, p.37). Os imigrantes residentes em Portugal que estejam inscritos na Segurança Social têm direito a protecção social na doença, velhice, invalidez, morte, viuvez e orfandade, assim como no desemprego e noutras situações de falta de meios de subsistência. Mais especificamente, as prestações sociais que se destinam a proteger trabalhadores, famílias ou pessoas em situação de carência podem ser concedidas em contextos de encargo familiar, doença, maternidade, paternidade, adopção, desemprego, doenças profissionais, invalidez, velhice e morte. Por outro lado, as respostas de acção social têm como objectivos prevenir e reparar situações de carência, desigualdade sócio-económica, exclusão ou vulnerabilidade sociais, e promover a integração comunitária e desenvolvimento das pessoas, e a sua utilização pode incluir prestações, acesso à rede nacional de serviços e equipamentos sociais, e apoio de programas de combate à pobreza, marginalização e exclusão sociais (ACIDI, 2007a).

Quanto à Educação, e tal como regulado no Decreto-Lei nº34/2003, todas as crianças têm o direito a frequentar a escola independentemente da sua situação legal. Assim, os cidadãos estrangeiros menores, não legalizados, cuja idade é inferior à mínima permitida para a celebração de contrato de trabalho, têm acesso à Educação com os mesmos direitos que estão atribuídos aos menores em situação regular no território nacional. Ao nível do acesso ao Ensino Superior as inscrições são feitas através do concurso nacional e nas mesmas condições dos cidadãos nacionais. No que respeita às habilitações e competências de nível Superior, podem requerer a sua equivalência ou reconhecimento os cidadãos estrangeiros nacionais de países com os quais tenham sido firmados acordos de equivalência, ou de países em que se verifique o princípio de reciprocidade. Este princípio pressupõe que a legislação do país de origem do requerente de equivalência permite a um cidadão português

solicitar equivalência do seu diploma. Pode igualmente ser pedida equivalência de estudos dos níveis Básico e Secundário (ACIDI, 2007a).

Tal como a Lei da Imigração, da Nacionalidade e os direitos e deveres dos imigrantes estatuídos nos campos da segurança social e educação, a política referente à imigração em Portugal abrange também o Plano para a Integração dos Imigrantes (PII).

... esta realidade [do fenómeno migratório] acarreta (...) uma responsabilidade do Estado para a integração destes cidadãos, com particular destaque para o reforço da coesão social e uma melhor integração e gestão da diversidade cultural. O papel positivo dos imigrantes na sociedade portuguesa não se dissocia, assim, da necessidade de políticas e medidas concretas que promovam o seu acolhimento e integração, e que assumem, por esta via, um cariz prioritário no âmbito das políticas de imigração (ACIDI, 2007b, p. 5).

Este Plano define um conjunto de compromissos que afirma o Estado português como o principal aliado da integração dos imigrantes acentuando a actuação concertada de diferentes ministérios no lançamento de novas iniciativas, quer ao nível da consolidação das existentes, quer ao nível da simplificação e desburocratização de procedimentos. O PII identifica um conjunto de medidas distribuídas por diversas áreas verticais e transversais que têm como finalidade a integração dos imigrantes na sociedade portuguesa. As áreas abrangidas são referentes a: Acolhimento; Trabalho, Emprego e Formação Profissional; Habitação; Saúde; Educação; Solidariedade e Segurança Social; Cultura e Língua; Justiça; Sociedade de Informação; Desporto; Descendentes de Imigrantes; Reagrupamento Familiar; Racismo e Discriminação; Liberdade Religiosa; Associativismo Imigrante; Media; Relações com Países de Origem; Acesso à Cidadania e Direitos Políticos; Questões de Género; e Tráfico de Seres Humanos (ACIDI, 2007b).

O Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI) representa neste contexto um papel fundamental na promoção do acolhimento e da integração dos imigrantes e minorias étnicas em Portugal. Trata-se de um instituto público tutelado pela Presidência do Conselho de Ministros, cuja missão é colaborar na concepção, execução e avaliação das políticas públicas relevantes para a integração dos imigrantes e das minorias étnicas, e promover o diálogo entre as diversas culturas, etnias e religiões. Neste sentido, algumas atribuições do ACIDI são

o incentivo à participação cívica e cultural dos imigrantes e das minorias étnicas nas instituições portuguesas, a garantia do acesso destas populações a informação importante sobre os seus direitos e deveres, e o apoio a iniciativas da sociedade civil que visem o acolhimento e integração das populações imigrantes. O ACIDI é também responsável pela dinamização de centros de apoio ao imigrante, quer locais quer nacionais, através de parcerias com departamentos governamentais, serviços de administração pública, autarquias locais, organizações não governamentais (ONGs) e associações de imigrantes (ACIDI, 2007a).

No que respeita às associações representativas dos imigrantes, estas podem ter um importante papel na integração destas populações na sociedade de acolhimento. Os seus direitos estão regulamentados no Decreto-Lei nº75/2000 e incluem, entre outros, o de participar na definição da política de imigração e nos seus processos legislativos, intervir junto das autoridades públicas em defesa dos direitos dos imigrantes e participar junto das autarquias locais na definição e execução das políticas locais que digam respeito a estas populações.

2. Saúde

O fenómeno migratório, caracterizado pela actual diversidade e complexidade, tem inegavelmente impacto no desenvolvimento dos países e populações. Outro domínio igualmente influente no desenvolvimento das sociedades é a Saúde, e por ser um dos conceitos centrais deste trabalho o presente capítulo incide nesta temática.

Os conceitos de saúde e de doença têm sido modificados ao longo dos tempos, condicionados pelos contextos históricos, filosóficos, políticos, culturais, religiosos, sociais, económicos e científicos (Sousa, 2006). Uma definição de saúde generalizada é a “ausência de doença” (e vice-versa), sendo porém uma definição pouco clara e que descarta os componentes emocionais, psicológicos e sociais da saúde (Bolander, 1998, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002). O conceito de doença remeteria exclusivamente para as perturbações e sintomas ao nível físico, traduzindo uma perspectiva biomédica da saúde (Engel, 1977, citado por Albuquerque & Oliveira, 2002).

Para uma definição mais elaborada e completa do conceito, a OMS apresentou um conceito de saúde “as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 1948). Esta definição, globalmente aceite, tem em conta as várias dimensões da saúde, para além da componente física. Significa que para o estado de saúde contribuem vários aspectos além do bem estar físico, como o bem estar mental e social. Em 1986 a OMS reformulou esta definição, enunciando que “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” (OMS, 1986, citado por Sousa, 2006, p. 57). São considerados nesta definição os conceitos de grupo, sociedade e interacção com o ambiente, que se traduz numa visão holística e sistémica da saúde. Para além disso, a Saúde está actualmente consagrada como um direito humano fundamental, e portanto como requisito básico para uma vida de qualidade.

Sumariamente, o conceito de saúde pode ser conceptualizado segundo quatro conjuntos de ideias, sintetizados por Ferreira (1990, citado por Sousa, 2006). Na concepção médica de saúde, como simples ausência de doença, a integridade do organismo e o seu estado saudável é determinado pela ausência de sintomas, sinais

fisiológicos, psíquicos e sociais, que reflectem uma patologia. A concepção psico-social, por sua vez, considera a interacção entre os factores ecológicos e os diversos contextos em que os indivíduos se inserem, o que constitui o domínio da saúde pública. Numa concepção político-legal, a saúde é considerada um requisito básico para a manutenção do equilíbrio adaptativo da vida das pessoas e da sociedade. Esta noção promove os conceitos de cidadania e responsabilidade, em que a saúde pode ser desenvolvida em parceria com o indivíduo e a comunidade, com benefícios para ambos, e no sentido que o indivíduo pode ter um papel proactivo na melhoria da sua saúde e conseqüentemente das suas condições sociais. A saúde constitui também um factor de desenvolvimento e produtividade, sendo um recurso humano que afecta a capacidade de trabalho – concepção económica da saúde. De facto, ao longo do séc. XX a saúde tem sido um factor preponderante para o desenvolvimento económico (Nordhaus, 1999), o que permite considerar a noção dos ganhos em saúde como medida de desenvolvimento, além dos índices económicos tradicionais (PIB, dívida externa, etc.).

A saúde, enquanto estado físico, emocional, psicológico e até social, reflecte indubitavelmente a relação entre o indivíduo e o seu meio, caracterizada pela interdependência entre os vários factores e contextos. Esta visão holística introduz a saúde não só como resultado das condições ambientais e individuais, mas simultaneamente como determinante de condições de bem estar e melhoria de vida. De facto, se o estado de saúde pode ser influenciado por factores externos e internos ao indivíduo, de nível macro-social (contexto cultural, histórico, político, socio-económico), comunitário e individual (factores genéticos e biológicos), também a saúde pode constituir um factor determinante na melhoria das condições de vida ao nível da educação, emprego, cidadania e desenvolvimento. Como consta na Declaração de Alma Ata (WHO/UNICEF, 1978), a protecção da saúde das populações é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

2.1 Promoção da Saúde

As políticas de saúde, orientadoras das práticas em saúde, sempre foram determinadas e influenciadas pelas diversas abordagens aos cuidados de saúde. Contudo, o reconhecimento da influência dos factores sociais e ambientais na saúde

das pessoas sempre esteve presente ao longo da evolução das abordagens e práticas em saúde. As campanhas sanitárias desenvolvidas no séc. XIX reflectem o trabalho desenvolvido pelos antecedentes da saúde pública moderna, com base nos conhecimentos e nas suas novas orientações, e assente na consciência da forte relação entre o estatuto social dos indivíduos, as suas condições de vida e o seu estado de saúde (CSDH, 2005). Na Constituição da OMS, redigida em 1946, além de no conceito de saúde estar implícita a ideia de que se trata de um estado completo de bem estar mental, social e físico, está também presente o esforço na promoção da melhoria das condições de alimentação, habitação, sociais, sanitárias, económicas e de trabalho, o que evidencia um conceito de saúde diferente do que foi até aí definido. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (UN, 1948) evoca por outro lado o direito à saúde e bem estar de cada indivíduo e sua família, com um nível de vida que permita garantir alimentação, habitação, cuidados de saúde, serviços sociais, e o direito à segurança perante uma situação de desemprego, doença, incapacidade, viuvez, velhice, ou outras situações que inibam de viver plenamente.

A Constituição da OMS assegurou um espaço para um modelo social de saúde associado a um compromisso com os Direitos Humanos. Contudo, dadas as circunstâncias do contexto do pós-guerra e período de descolonização nos anos 50, os países descolonizados adoptaram políticas de saúde hospitalocêntricas, utilizando tecnologias dos países desenvolvidos. Neste tipo de políticas era favorecida uma abordagem centrada nas tecnologias como resposta para os problemas de saúde (CSDH, 2005). Adicionalmente, este tipo de políticas favorecia apenas as populações com mais recursos e residentes nos grandes centros urbanos. Neste sentido, a saúde pública internacional caracterizou-se neste período pela proliferação de programas “verticais”, campanhas orientadas pelos recursos e conhecimento tecnológico, focadas em doenças específicas como a malária e tuberculose. Apesar de estes programas apresentarem objectivos mensuráveis, fáceis de avaliar, e de em alguns casos serem eficientes, tendiam a ignorar os contextos sociais e o seu papel na saúde e doença, o que em muitos casos resultou em fracassos dispendiosos.

Em reacção à incapacidade dos modelos dominantes de saúde pública em dar resposta às necessidades básicas das populações (maioritariamente de países em desenvolvimento), surgiram abordagens alternativas, como os programas de saúde baseados na comunidade. Estas iniciativas abrangiam as comunidades locais e os profissionais de saúde, promovendo a participação e empowerment comunitário na

tomada de decisão quanto aos seus problemas, no diagnóstico das suas necessidades, análise das causas e planeamento de estratégias alternativas. Paralelamente, reemerge a preocupação com as dimensões sociais, económicas e políticas da saúde, e a educação para a saúde e a prevenção tornam-se nas principais estratégias de acção. A ideia de que os problemas de saúde têm múltiplas causas, como a pobreza, más condições de habitação ou défice de educação, confirma a importância de acções intersectoriais no combate às desigualdades sociais para garantir ganhos efectivos na saúde das populações (CSDH, 2005).

As questões dos determinantes da saúde e a necessidade e importância da participação comunitária começaram a estar presentes na agenda internacional, sendo tema central na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata (WHO/UNICEF, 1978). Esta conferência e as suas recomendações marcam uma viragem nas orientações de saúde pública. Neste sentido, surgiu a reflexão sobre a importância da visão holística da saúde tendo em conta a pertinência do desenvolvimento comunitário e responsabilidade da comunidade na sua própria saúde, desenvolvendo-se uma abordagem de saúde positiva. Assim, o termo “promoção da saúde” surge como nova corrente da saúde pública moderna, reconhecida na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa. A Promoção da Saúde, considerada um processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorarem, tem subjacente um conceito positivo de saúde que assenta nos recursos sociais e pessoais, para além das capacidades físicas, potencializando estes factores para a promoção da saúde individual e comunitária. Algumas metas da promoção da saúde apresentadas na Carta de Ottawa (WHO, 1986) remetem para o esforço necessário de tornar os factores externos e ambientais favoráveis à saúde; procurar reduzir as desigualdades em saúde e promover a equidade; promover a cooperação entre os intervenientes e parceiros sociais na melhoria da saúde. As estratégias propostas para atingir estas metas são a acção comunitária, criação de ambientes favoráveis a uma vida saudável e reorientação dos serviços de saúde para uma focalização nas necessidades do indivíduo considerado no seu contexto.

A Promoção da Saúde extravasa o próprio campo da Saúde. Implica considerar os contextos políticos, económicos e legais para além dos domínios da saúde e educação. Qualquer acção no sentido da promoção da saúde deve considerar e ter sempre presente em todos os programas a importância da diversidade cultural, o

respeito pela individualidade, a participação das comunidades e dos indivíduos nas acções e estratégias de promoção da saúde, incluindo as comunidades mais vulneráveis. Neste âmbito, a promoção da saúde considera igualmente a importância de intervir ao nível do risco e da vulnerabilidade à doença, e a necessidade de potenciar condições favoráveis à saúde e bem estar (WHO, 2004). Estas questões implicam o conhecimento dos determinantes da saúde de forma a poder intervir a este nível, no sentido de uma redução da vulnerabilidade à doença e de uma potencialização e aumento dos factores protectores, maximizando as condições de saúde e minimizando os factores de risco. Este conhecimento dos determinantes da saúde inclui o efeito das condições sociais na saúde e o impacto da saúde nas populações vulneráveis. Nesta abordagem será desejável que, a par do desenvolvimento económico potenciado pela globalização, possam ser concretizados esforços para permitir um igual acesso a oportunidades e recursos que garantam a saúde, o que significaria adoptar uma perspectiva de colaboração intersectorial para dar resposta a desafios como a pobreza, desemprego, discriminação e exclusão social.

2.2 Determinantes da Saúde

É actualmente consensual a noção de que o estado de saúde dos indivíduos é fortemente influenciado pelo contexto em que estão inseridos, nomeadamente pelas suas especificidades demográficas, epidemiológicas e sócio-económicas. De facto, existem vários determinantes da saúde que têm diferentes impactos nos indivíduos e populações. Segundo a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CSDH), as principais causas para os problemas em saúde prendem-se necessariamente com as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, designadas por determinantes sociais da saúde (CSDH, 2005).

Segundo a OMS, estes determinantes incluem o meio social e económico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais (WHO, 2003). Estes determinantes abrangem factores macro-sociais como as normas sociais e padrões culturais que orientam o comportamento e atitudes face à saúde/doença e às práticas de saúde, o que engloba também as questões de género. A nível socio-económico, os factores determinantes da saúde remetem para o estatuto social, educação, condições básicas de vida e de trabalho, existência de redes de suporte

social, disponibilização e acesso aos serviços de saúde. A nível individual, a predisposição genética e biológica determina também o estado de saúde dos indivíduos.

A multicausalidade que caracteriza os processos de saúde e doença torna necessária uma abordagem abrangente e sob uma perspectiva interdisciplinar dos problemas em saúde. De facto, são vários os factores determinantes da saúde, e a complexidade das suas interrelações conjugada com os diferentes níveis em que operam, torna pertinente a reflexão acerca das práticas eficazes e ajustadas a esta realidade. Uma sistematização dos múltiplos determinantes da saúde, nomeadamente as condições e sistemas influentes, apresenta como principais determinantes da saúde a relação entre ambiente e população, que é condicionada pelas características da organização social e do genoma (Frenk, Bobadilla, Stern, Freijka & Lozano, 1994). Estes quatro elementos delimitam a análise dos determinantes em saúde. O fenómeno da saúde ocorre numa população em que os indivíduos possuem uma determinada constituição genética e se organizam socialmente para se adaptarem ao seu meio. Este conjunto de determinantes, de nível sistémico, está simultaneamente interrelacionado com determinantes estruturais de nível social como sejam a cultura, estrutura económica, e instituições políticas, que vêm a reflectir-se por exemplo na estratificação social, nos mecanismos de redistribuição de recursos e no nível de riqueza. Por outro lado, determinantes como as condições de trabalho, estilos de vida, sistema de cuidados de saúde, produto das variáveis macro-sociais, são simultaneamente factores influentes no estado de saúde dos indivíduos e populações.

A saúde tem vindo a ganhar importância e protagonismo nas agendas internacionais na área do Desenvolvimento. Torna-se por isso pertinente e oportuna a reflexão sobre as abordagens, políticas e intervenções efectivas para uma melhoria da saúde, principalmente nos países em desenvolvimento e comunidades mais vulneráveis. A importância de actuar nas verdadeiras causas dos problemas em saúde tem sido consensualmente considerada nos esforços para melhorar a saúde em diferentes contextos comunitários. Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, definidos na Declaração do Milénio em 2000, reconhecem a interdependência entre saúde e as condições sociais, considerando que o desenvolvimento sustentável e o combate à pobreza passa obrigatoriamente pela redução da mortalidade infantil, melhoria da saúde materna, combate ao VIH/SIDA, malária e outras doenças, para além da promoção da igualdade de género, promoção da educação universal e

erradicação da fome e pobreza. Para estes objectivos poderem ser atingidos a longo prazo e a nível global, é reconhecida a importância de garantir as condições sócio-políticas e económicas necessárias, o que reflecte o reconhecimento da relação entre o desenvolvimento, nomeadamente em saúde, e os factores sociais.

3. Saúde e Migração

Tem surgido um consenso sobre a forte relação entre Saúde e Migração e a sua importância, tendo em conta a actual realidade da migração internacional. Com a intensificação dos fluxos migratórios, pelo maior número de pessoas a deslocarem-se com maior rapidez para novos destinos, a saúde dos migrantes torna-se uma preocupação cada vez mais pertinente no âmbito da Saúde Pública. Neste sentido, a mobilidade das populações pode ter implicações directas e indirectas na saúde, quer a nível individual ou colectivo, e quer nos países de origem como nos países de destino dessas populações.

Se, por um lado, a saúde pode incentivar, atrasar, evitar e modificar a migração, por outro, a própria migração pode trazer novos desafios à área da saúde. As evidências actuais têm demonstrado a crescente relação de interdependência entre a mobilidade das populações e a saúde, nomeadamente a emergência de doenças infecciosas (IOM, 2003). A relação de interdependência entre saúde e migração não é estática e ganha maior complexidade se considerarmos os diferentes tipos de movimentos migratórios, as suas condições e causas (IOM, 2003; 2004a). De facto, os vários tipos de migrações, caracterizados por determinadas especificidades e condições associadas ao processo migratório, têm como denominadores comuns alguns factores de risco que podem condicionar a vulnerabilidade em saúde das populações imigrantes.

Os contextos que condicionam e levam à migração podem ser um dos factores com forte impacto na saúde das populações migrantes. Nomeadamente, numa situação de conflito e guerra, de privação dos direitos humanos, de abuso ou de abandono de uma região com elevada prevalência de doenças com limitado acesso aos cuidados de saúde, a vulnerabilidade das populações imigrantes pode ser potenciada. Assim, existem situações que podem ser fortes preditores do impacto do processo migratório na saúde, quer para as populações que migram, quer para as populações de acolhimento (IOM, 2004a). A movimentação das populações pode ter igualmente um efeito negativo no bem estar e saúde mental dos migrantes (IOM, 2003). As precárias condições físicas (transporte, alimentação, higiene) e a insegurança, que podem influenciar ou determinar a vulnerabilidade das populações

e/ou a sua exploração e abuso, podem originar consequências graves para o seu estado de saúde, quer físico quer mental (IOM, 2004a).

Os migrantes, ao abandonarem ambientes aos quais estão adaptados e deslocarem-se para novos meios, podem ficar expostos a novos desafios em saúde, assim como as comunidades de acolhimento (IOM, 2003). A mobilização das populações, quer seja temporária ou permanente, permite o contacto entre factores individuais e ambientais de uma comunidade com outra. As crenças, conhecimentos e comportamentos dos migrantes face à saúde reflectem padrões culturais e sociais diferentes e podem ter impacto na saúde e serviços na comunidade de acolhimento (IOM, 2004a). Neste sentido, a migração torna-se igualmente um desafio para as estruturas e funcionamento dos sistemas de saúde e para as práticas de saúde pública. A movimentação de populações de regiões com elevada prevalência de doenças para áreas com prevalência inferior (e vice-versa) pode introduzir doenças nas regiões de destino, novas ou anteriormente erradicadas, para além de poderem ser contraídas doenças desconhecidas nas regiões de origem.

Por outro lado, o estado de saúde nos países de origem pode determinar a decisão de migrar, no sentido de obter melhores condições de cuidados e tratamento, por exemplo. Adicionalmente, o estado de saúde dos imigrantes pode condicionar a integração destas populações nos países de acolhimento. Uma população migrante saudável estará mais receptiva à educação, mais capacitada para emprego e estará em melhores condições de contribuir para o seu desenvolvimento, bem como para o desenvolvimento das sociedades de acolhimento (IOM, 2004a).

Ao longo da sua mobilização as populações migrantes atravessam fronteiras geográficas, culturais, sócio-económicas e interpessoais, e neste sentido é importante considerar esta realidade na compreensão do impacto que o processo migratório pode ter na vulnerabilidade destas populações em saúde.

3.1 Vulnerabilidade em saúde das populações imigrantes

Tem vindo a ser cada vez mais aceite o facto de que as populações migrantes encontram-se muitas vezes em maior risco de contraírem determinadas doenças quando comparadas com as populações nacionais dos países de acolhimento. Algumas populações migrantes, nomeadamente refugiados e vítimas de tráfico para

trabalho sexual, constituem a nível mundial alguns dos grupos mais vulneráveis à infecção pelo VIH/SIDA (IOM, 2003).

Estudos indicam que algumas populações migrantes estão igualmente em maior risco de contraírem doenças não comunicáveis, como as doenças cardiovasculares (McKay, Macintyre & Ellaway, 2003; Mehler et al., 2001; Rubia et al., 2002). No que respeita a doenças crónicas, tem vindo a ser demonstrado que algumas populações migrantes apresentam maiores taxas de prevalência de diabetes do que as populações autóctones, assim como maior taxa de mortalidade associada a cancro (DesMeules et al., 2005; Hyman, 2007; Ng et al., 2005). Vários estudos têm também confirmado o impacto que o processo migratório e as suas condições podem ter na saúde reprodutiva dos imigrantes, nomeadamente na mortalidade perinatal, no baixo peso dos recém-nascidos e no tipo de utilização de métodos contraceptivos (Essen et al., 2000; Kornosky, Peck, Sweeney, Adelson & Schantz, 2007; Mosher, Martinez, Chandra, Abma & Willson, 2004).

Atendendo ao impacto que o processo migratório pode ter na saúde das populações imigrantes e nas de acolhimento, não podemos contudo considerar que a migração é por si só um factor de vulnerabilidade em saúde destas populações. São antes as condições em que a migração se processa, bem como os determinantes associados ao processo migratório, que constituem factores condicionantes da vulnerabilidade destas populações (IOM, 2004a).

Mais concretamente, os determinantes da saúde associados à migração definem o nível de vulnerabilidade das populações imigrantes numa sociedade, podendo condicionar o seu acesso aos serviços sociais e de saúde (IOM, 2005). Estes determinantes podem estar relacionados com as condições de saúde nas regiões de origem, de trânsito e de destino (o que inclui a prevalência de doenças). Os determinantes em saúde podem também estar relacionados com o tipo de mobilização (legal, irregular), com o estatuto legal das populações imigrantes nos países de chegada, ou com a proximidade cultural e linguística relativamente à comunidade de acolhimento (IOM, 2005). O impacto da mobilidade das populações na sua saúde pode ainda depender do tipo de políticas de imigração adoptadas no país de chegada ou o contacto mantido com o país de origem (Jolly & Reeves, 2005; McKay, Macintyre & Ellaway, 2003). Por outro lado, a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde relativamente às populações imigrantes pode

influenciar fortemente a vulnerabilidade destas populações nos aspectos ligados à sua saúde.

Neste sentido, “os migrantes são geralmente reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável na área da saúde, estando esta vulnerabilidade associada a diversos factores, entre os quais a situação económica, a falta de conhecimentos sobre a acessibilidade dos serviços sociais e de saúde disponíveis, a situação de legalidade de residência, as barreiras legais aos sistemas prestadores de cuidados, assim como a sua residência geográfica” (Gonçalves et al., 2003, p.56).

A instabilidade da situação económica e laboral, a que algumas populações imigrantes estão vulneráveis, assim como o desemprego, as condições precárias de habitação ou níveis reduzidos de alfabetização, são factores que podem condicionar o seu estado de saúde e a sua utilização dos serviços de saúde (Fowler, 1998; Pécoud & Guchteneire, 2004; Scheppers et al., 2006; Stampino, 2007). De acordo com evidências, factores como a idade, o sexo e o nível educacional podem também estar associados ao acesso a cuidados de saúde por parte de populações imigrantes (Anson, 2001).

No que respeita à situação profissional, estudos apontam no sentido de que os trabalhadores imigrantes apresentam maior vulnerabilidade em saúde do que os nacionais que trabalham nas mesmas áreas profissionais, registando maior incidência de acidentes e doenças relacionados com actividades laborais (Taran, 2003, citado por IOM, 2005). Os imigrantes, especialmente os que se encontram em situação irregular, podem estar particularmente vulneráveis a situações de exploração laboral, tornando-os mais disponíveis para aceitar determinados tipos de trabalho, de maior risco e em condições precárias. Por outro lado, as populações imigrantes acabam muitas vezes por desenvolver actividades profissionais de maior risco e por estar sobre-representadas em sectores de actividade marginais ou semi-legais, como os trabalhos sazonais, serviços domésticos e indústria sexual (ILO, 2005; Narayanan & Lai, 2005). Este tipo de actividades garante muitas vezes reduzida protecção social e laboral aos trabalhadores imigrantes, com impacto para o seu estado de saúde (Pécoud & Guchteneire, 2004). A dificuldade que muitas vezes estas populações enfrentam em obter protecção social, para além dos reduzidos recursos económicos, pode impedir a procura de ajuda médica pelos custos associados (WHO, 2003). Neste sentido, a incerteza do processo migratório face à situação económica e

profissional pode condicionar a utilização e acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, o que representa uma situação de vulnerabilidade em saúde.

As populações imigrantes podem igualmente encontrar-se em situações de privação económica com impacto na precariedade das condições de habitação (sem saneamento básico e com sobrelotação), situação que potencia os riscos para a sua saúde e desta forma condiciona a sua vulnerabilidade (Thomas-Hoppe, 2003, citado por IOM, 2005; Scheppers et al., 2006). Por outro lado, a vulnerabilidade social e económica dos imigrantes coloca-os muitas vezes numa situação de capacidade limitada de exercerem os seus direitos (WHO, 2003; Wolffers, Verghis & Marin, 2003).

No que respeita à situação de legalidade dos imigrantes, esta pode ser um factor condicionante da utilização dos serviços sociais e de saúde existentes (Gonçalves et al., 2003; IOM, 2005). Existem muitas vezes por parte dos imigrantes indocumentados o sentimento de serem denunciada a sua situação de irregularidade pelos profissionais e serviços de saúde às autoridades para a imigração, o que pode condicionar a sua utilização dos serviços de saúde (Carta et al., 2005; CCHS, 1997; Hansen & Krasnik, 2007; Kullgren, 2003). Por outro lado, apesar de a saúde ser reconhecidamente um direito humano fundamental, persistem ainda determinadas restrições que determinam o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde, sobretudo dos que se encontram em situação irregular. É importante reforçar que no caso destes imigrantes a limitação da utilização de serviços, como os centros de saúde, pode levar a que muitas vezes estas populações recorram apenas a serviços em situações de emergência (como os hospitais) (Gonçalves et al., 2003), e outros serviços onde não seja exigida documentação (farmácias, unidades móveis). Nesta situação, em que a utilização não é previamente feita de forma regular e consistente, os aspectos da prevenção são em geral remetidos para segundo plano, levando conseqüentemente a um aumento dos custos de tratamento, muitas vezes associados a uma intervenção tardia. O recurso à auto-medicação, a pessoal não especializado da comunidade e a medicina alternativa é muitas vezes a solução encontrada pelos imigrantes para os seus problemas de saúde, podendo mais uma vez remeter para situações de risco para esta comunidade e para a população autóctone (WHO, 2003).

Também o tempo de residência dos imigrantes no país de chegada pode ser um factor associado à vulnerabilidade em saúde. Estudos indicam que o tempo de residência pode actuar como factor preditor do tipo de utilização dos serviços de

saúde por parte das populações imigrantes. Neste sentido, os imigrantes que residem há menos tempo no país de acolhimento, para além de estarem numa situação de maior vulnerabilidade, muitas vezes desconhecem os serviços existentes e os seus direitos, e têm dificuldade de compreensão e expressão ao nível linguístico, o que pode determinar uma sub-utilização dos serviços de saúde por parte destas populações (Neale, Ngeow, Skull & Biggs, 2007; Scheppers et al., 2006; Sonis, 1998). Por outro lado, em populações imigrantes que residem há mais tempo no país de acolhimento há uma maior tendência para um aumento da necessidade percebida em aceder aos serviços de saúde (Gonçalves et al., 2003).

A própria experiência de afastamento e ruptura das relações sociais e familiares, que pode caracterizar o processo migratório (especialmente quando o imigrante migra sozinho), pode influenciar o estado de saúde e bem estar dos imigrantes. Esta situação em geral implica uma diminuição do suporte social e emocional dos indivíduos, potenciando o seu isolamento (Scheppers et al., 2006; Stampino, 2007). Esta experiência pode ser ainda acentuada por um fraco suporte social disponibilizado pelo país de acolhimento, e por atitudes e comportamentos discriminatórios (UNAIDS/IOM, 2001). O abandono do ambiente familiar e o contacto com um contexto desconhecido e uma sociedade com diferentes valores, percepções e tradições, pode constituir um importante desafio à capacidade dos indivíduos de lidarem com a mudança (IOM, 2003). Neste contexto, o impacto negativo do processo migratório na saúde mental dos imigrantes tem vindo a ser estudado. Alguns factores de stress associados ao processo migratório, como a separação familiar, o isolamento, a discriminação, podem potenciar o risco das populações migrantes no que respeita a doenças mentais, nomeadamente depressão e stress pós-traumático (Carballo & Nerukar, 2001; Carta et al., 2005; Fox, Burns, Popovich, & Ilg, 2001; Hermansson, Timkpa, & Thyberg, 2002; Keyes, 2000; Maddern, 2004; Mollica et al., 2001; Pumariega, Rothe & Pumariega, 2005; Silove, 2004).

Face à vulnerabilidade das populações migrantes nos países de destino ou de trânsito, e considerando a opinião pública sobre a imigração presente nestes países, estas populações podem ser alvo de atitudes estigmatizantes e discriminatórias, com impacto na sua capacidade de integração e no seu bem estar físico e psicossocial (Scheppers et al., 2003; Stampino, 2007). Por outro lado, dada a vulnerabilidade das populações imigrantes, estas podem ver-se muitas vezes forçadas a adoptar

comportamentos de risco ou a secundarizar situações de doença, de forma a poderem sobreviver (IOM, 2003). Estudos indicam que, em contexto de separação dos parceiros, os trabalhadores migrantes encontram-se numa situação de maior vulnerabilidade a comportamentos de risco, resultando num maior risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis como o VIH/SIDA que no caso das mulheres pode ser acrescido de situações de exploração sexual (Estrella-Gust, 2001, citado por IOM, 2005). Desta forma, poderá haver uma maior vulnerabilidade para a doença nas populações imigrantes pela manutenção de factores de risco ou pela perpetuação de comportamentos de risco.

É geralmente aceite que aspectos culturais relacionados com questões de género, religião e crenças sobre saúde e doença, podem condicionar determinados comportamentos e atitudes das populações imigrantes face à utilização de serviços de saúde, podendo representar factores de risco acrescido para a saúde (Fenton et al., 2005; Gonçalves et al., 2003; IOM, 2004a; Marston & King, 2006; Scheppers et al., 2006).

A sub-utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes está relacionada com barreiras/obstáculos que condicionam a sua vulnerabilidade. Um factor importante a considerar na utilização dos serviços de saúde é o desconhecimento dos direitos das populações imigrantes, estatuídos nos países de acolhimento, no que respeita aos cuidados de saúde. As populações imigrantes podem muitas vezes desconhecer os seus direitos enquanto cidadãos, e independentemente da sua situação. Contudo, o desconhecimento do quadro legal pode igualmente verificar-se por parte dos serviços e profissionais de saúde. Esta situação pode condicionar a aplicabilidade da lei, com impacto na utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes.

Outras barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde podem estar associadas às condições estruturais dos próprios serviços, nomeadamente a sua localização, distância e horário de funcionamento (Gonçalves et al., 2003; Scheppers et al., 2006). Esta situação prende-se com o facto de que muitas vezes estes cidadãos dependem economicamente de vários empregos, o que os impossibilita de recorrer aos serviços de saúde, que em geral coincide com o seu horário de trabalho.

Alguns estudos apontam para a importância de considerar o impacto de outros factores, como os relacionados com etnicidade e diversidade cultural, que podem condicionar a relação entre utilizadores e profissionais dos serviços de saúde,

limitando a utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes (Maggi & Cattacin, 2003; Scheppers et al., 2006). Neste sentido, tem vindo a ser considerado fundamental que exista uma preparação formal dos profissionais para lidarem com a diversidade cultural que caracteriza os seus utilizadores, sendo que o facto de não existir essa preparação poderá condicionar o processo de comunicação e interacção entre profissional e paciente, com impacto no diagnóstico, tratamento e resultados em saúde. Considera-se assim relevante ter em conta as diferenças culturais e linguísticas inerentes a cada população imigrante nas práticas e cuidados de saúde, e garantir mecanismos capazes de dar resposta a estes desafios, sob pena de condicionar negativamente o acesso e utilização dos serviços de saúde por parte destas populações.

Apesar de o direito à saúde ser considerado universal deve ser tido em conta que este implica igualdade de tratamento no que respeita à etnia, sexo, língua, religião, opinião política, origem social, estado de saúde física ou mental, orientação sexual, estatuto civil, político ou social (UN, 2004). Contudo, na prática o estigma e as atitudes discriminatórias associadas à situação de imigrante constituem obstáculos significativos à igualdade de tratamento na saúde, e podem constituir uma barreira no acesso e utilização dos cuidados de saúde (IOM, 2004a; Maggi & Cattacin, 2003; Scheppers et al., 2006). Por exemplo, segundo a OMS, as políticas dos sistemas nacionais de saúde podem ser discriminatórias relativamente a imigrantes indocumentados, ao disponibilizarem a estes cidadãos apenas serviços de saúde de emergência (WHO, 2003).

Neste sentido, as políticas de saúde vigentes nos países de acolhimento podem reflectir muitas vezes determinadas atitudes face à imigração e às populações imigrantes (UNAIDS/IOM, 2001). A percepção de que os migrantes não são uma ameaça à saúde das comunidades de acolhimento pode contribuir para a redução da exposição ao estigma e discriminação, e dessa forma mais facilmente poderão passar a ser incluídos como iguais participantes na comunidade (IOM, 2004a).

Por outro lado, o desenvolvimento de políticas de saúde deve estabelecer como uma das suas prioridades o acesso universal dos serviços de saúde a todas as populações, nomeadamente imigrantes. Neste contexto, será importante atender à influência dos factores políticos, culturais e administrativos associados aos serviços de saúde, que podem condicionar o seu acesso e utilização por parte destas populações.

3.2 Política de Saúde no contexto da Migração

Atendendo a que as políticas de saúde podem ter um papel relevante no desenvolvimento das sociedades, por permitir implementar estratégias de redução da vulnerabilidade das populações à doença, de minimização do seu impacto e de promoção de condições favoráveis à saúde, importa analisar as políticas vigentes em Portugal relativamente ao acesso aos serviços de saúde no contexto da migração.

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde determina relativamente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) que são beneficiários deste Sistema todos os cidadãos portugueses, nacionais de Estados Membros da UE, e cidadãos apátridas ou estrangeiros residentes em Portugal em condições de reciprocidade (Lei nº48/90, citado por Silva, 2005).

Porém, em 2001 foi dado um importante passo na promoção do acesso universal aos serviços de saúde por parte das populações imigrantes, com a publicação do Despacho nº 25.360/2001 (Diário da República nº 286, II Série, de 12 de Dezembro). Neste documento foi deliberado que aos cidadãos estrangeiros a residir legalmente em Portugal é facultado o acesso, em igual tratamento, ao SNS, nomeadamente aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa. Para estes imigrantes poderem obter o cartão de utente do SNS devem apresentar o documento comprovativo da autorização de residência ou visto de trabalho. O referido despacho determinou ainda que aos cidadãos estrangeiros sem autorização de residência nem visto de trabalho, isto é, em situação não legal, é facultado o acesso aos serviços do SNS, mediante a apresentação de um documento comprovativo, emitido pelas juntas de freguesia, de que se encontram em Portugal há mais de 90 dias.

Também no Plano para a Integração dos Imigrantes está patente a preocupação em promover o acesso universal aos serviços de saúde, nomeadamente às populações imigrantes, como uma das estratégias de promoção da sua integração. Este Plano identifica determinadas medidas relativas à área da Saúde, estando incluídas, por exemplo, a promoção do acesso aos serviços de saúde por parte dos imigrantes e cidadãos estrangeiros em situação irregular, bem como o desenvolvimento de parcerias entre Organizações não governamentais, o SNS e outras entidades, para a promoção do acesso dos imigrantes à saúde. No Plano estão igualmente identificadas como medidas prioritárias em Saúde a implementação da integração dos hospitais portugueses na Rede Europeia «Hospitais Amigos dos Migrantes», o desenvolvimento de formação para a interculturalidade dos profissionais do SNS e o

desenvolvimento de um Programa de Mediação Sócio-Cultural na rede de hospitais e centros de saúde (ACIDI, 2007b).

Pelas iniciativas descritas, depreende-se que têm vindo a ser reunidos esforços para a promoção da utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes, atendendo a obstáculos e barreiras condicionantes do seu acesso. Deste modo, estas iniciativas podem contribuir para a redução da vulnerabilidade das populações imigrantes à doença e para a promoção da sua saúde e bem-estar, facilitando a sua integração na sociedade de acolhimento.

Considerando o impacto que o processo migratório pode ter na saúde das populações imigrantes, e atendendo à sua vulnerabilidade, é especialmente relevante abordar esta questão no contexto da infecção pelo VIH/SIDA. Dada a dimensão deste fenómeno a nível global e os aspectos epidemiológicos, sociais e culturais associados, importa analisar a sua relação com a mobilidade das populações e compreender os factores que podem condicionar a vulnerabilidade das populações migrantes ao VIH/SIDA.

4. VIH/SIDA

Os primeiros casos de SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) foram detectados em 1981, e dois anos depois o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) foi identificado como a causa primária da doença. Sob o ponto de vista epidemiológico, existe risco de infecção por VIH/SIDA quando há contacto com fluidos de indivíduos portadores da infecção, nomeadamente sangue, sémen e fluidos vaginais. Face aos conhecimentos actuais, as vias de transmissão da infecção estão bem identificadas, e são em geral a prática de relações sexuais desprotegidas com um parceiro portador da infecção (relações heterossexuais e homossexuais masculinas); utilização de agulhas e seringas não esterilizadas anteriormente usadas por indivíduos portadores da infecção (nomeadamente no contexto do consumo de drogas endovenosas); transfusão de sangue contaminado e derivados (enxertos de pele, transplante de órgãos); utilização accidental de materiais cirúrgicos ou contaminados; e transmissão vertical entre mãe e filho, durante a gravidez, no momento do parto e potencialmente na amamentação (Kamps & Hoffmann, 2006). Neste contexto, pode-se considerar que existem vários grupos considerados de maior risco, por tenderem a apresentar maior prevalência da infecção pelo VIH que a generalidade da população, devido a condições e factores individuais, sociais, económicos e culturais, que potenciam a sua vulnerabilidade ao VIH/SIDA. Neste sentido, devemos considerar, numa perspectiva preventiva, algumas populações associadas a estes factores de risco como alvos prioritários das estratégias preventivas e de combate à infecção, nomeadamente as pessoas que se prostituem, utilizadores de drogas endovenosas e reclusos, entre outros (UNAIDS, 2006a).

Se se considerar esta pandemia a nível global e as suas tendências actuais, pode-se observar que em 2003 o número estimado de pessoas que viviam com VIH/SIDA em todo o mundo era de 37,8 milhões de pessoas, e cerca de 4.8 milhões destas adquiriram a infecção nesse ano. Dados da UNAIDS estimaram que a infecção VIH/SIDA provocou cerca de 2,9 milhões de mortes em 2003 (UNAIDS, 2004). A mesma fonte referiu que os dados relativos ao ano de 2005 apontavam no sentido de que cerca de 38.6 milhões de pessoas viviam com VIH/SIDA, que 4.1 milhões de pessoas adquiriram a infecção nesse ano, sendo o número estimado de mortes provocadas por esta infecção de 2.8 milhões (UNAIDS, 2006a). Dados de 2006

referem que cerca de 39,6 milhões de pessoas viviam com VIH/SIDA, que cerca de 4.3 milhões de pessoas adquiriram a infecção nesse ano, e que ocorreram 2.9 milhões de mortes provocadas por esta doença neste ano (UNAIDS, 2006b). Estes dados leva-nos a constatar que existe um crescente aumento da prevalência da infecção VIH/SIDA a nível mundial (proporção da população que vive com VIH/SIDA). Apesar de estes dados também indicarem que a taxa de incidência (proporção de pessoas que adquiriram a infecção VIH) tem tido tendência a estabilizar depois dos anos 90, estes indicadores não podem ser aplicados a alguns países onde a taxa de incidência tem aumentado, nomeadamente nas regiões da Ásia Oriental, Central, e na Europa de Leste onde esta taxa aumentou nos últimos dois anos (UNAIDS, 2006b).

As alterações na incidência da infecção em algumas regiões, associadas ao aumento da mortalidade causada pelo VIH/SIDA, levaram a um aumento da prevalência global da epidemia (UNAIDS, 2006a). Atendendo às características epidemiológicas da doença, não se pode considerar que existam países ou regiões livres de risco. Contudo, tendo em conta as características de diferentes regiões e populações, pode considerar-se que existem países de maior e menor risco. Considerando a mesma região, pode haver variações dos níveis de infecção nas diferentes localidades, ou até entre os meios rurais e urbanos (UNAIDS, 2004). Porém, os dados referentes aos diferentes países e regiões revelam que o número de pessoas a viverem com VIH/SIDA tem aumentado, apesar das múltiplas estratégias internacionais e locais de prevenção.

Segundo dados dos organismos internacionais, a África sub-Sahariana permanece a região com a prevalência de VIH/SIDA mais elevada, sendo que em 2006 a prevalência em adultos com idades entre 15 e 49 anos era de 5.9% (UNAIDS, 2006b). Apesar da população nesta região representar cerca de 10% da população mundial, a população que vive com VIH/SIDA representa cerca de 2/3 da população mundial infectada (cerca de 25 milhões de pessoas) (UNAIDS, 2004). Estes dados apontam ainda para o facto de que 72% das mortes provocadas pela infecção VIH/SIDA em 2006 ocorreram nesta região, e cerca de 32% da população mundial infectada vive na região da África do Sul (UNAIDS, 2006b).

Nas questões ligadas ao género verifica-se ainda que, actualmente, o número de mulheres infectadas com VIH/SIDA nesta região é superior ao número de homens infectados (59% da população que vive com VIH/SIDA na África sub-Sahariana são

mulheres) (UNAIDS, 2006b). Atendendo à transmissão heterossexual, que nesta região é a via predominante de transmissão da infecção, constata-se que na maioria dos países africanos subsistem epidemias generalizadas e que a infecção pelo VIH/SIDA não está concentrada em populações de risco específicas mas está disseminada na população em geral. Neste contexto, o combate à infecção pelo VIH/SIDA e a sua prevenção implicam estratégias abrangentes à generalidade da população, e a sua implementação deve ser de nível nacional e local.

No que respeita à região da Ásia existiam em 2003 cerca de 7.4 milhões de pessoas que viviam com VIH/SIDA, número que aumentou em 2005 para 8.3 milhões, e em 2006 para 8.6 milhões de pessoas. Os dados referem ainda que cerca de 2/3 desta população reside na Índia, e que, se se considerar a população com idades entre 15 e 24 anos, cerca de 0.3% das mulheres e 0.4% dos homens vivem com VIH/SIDA nesta região (UNAIDS, 2006a). As principais vias de transmissão da infecção VIH/SIDA no continente asiático continuam a ser através da utilização de drogas endovenosas, transmissão homossexual masculina e heterossexual (principalmente através do trabalho sexual) (UNAIDS, 2004).

A nível das regiões da Ásia Central e Europa de Leste, dados da Organização das Nações Unidas indicam que os valores relativos à infecção VIH/SIDA têm registado um aumento substancial. Assim, em 1995 cerca de 160.000 pessoas viviam com VIH/SIDA, aumentando para cerca de 1,3 milhões em 2003 e para 1.5 milhões em 2005. Dados mais recentes revelam que no ano de 2006 o número estimado de pessoas infectadas com VIH/SIDA nestas regiões subiu para 1.7 milhões de pessoas. Estes dados revelam também que cerca de 30% da população infectada são mulheres e que 1/3 da população infectada está no grupo etário entre os 15 e os 24 anos. Os dados apontam ainda para o facto de que 90% da população infectada vive na Ucrânia e na Rússia, referindo ainda que nestas regiões a principal via de transmissão é o uso de drogas injectáveis e a não utilização de material esterilizado. (UNAIDS, 2006b).

Dados revelam que na região da América do Sul a prevalência da infecção VIH/SIDA tem vindo a estabilizar. Cerca de 1.6 milhões de pessoas viviam com VIH/SIDA em 2003, valor que se manteve em 2005 e aumentou para 1.7 milhões em 2006. Contudo, cerca de 2/3 da população infectada com VIH/SIDA na América do Sul residem nos 4 maiores países da região: Argentina, Brasil, Colômbia e México (UNAIDS, 2006b). Estima-se ainda que cerca de 1/3 da população que vive com

VIH/SIDA na América Latina reside no Brasil (UNAIDS, 2006a). Estima-se que 31% da população que vive com VIH/SIDA na América do Sul seja do sexo feminino. A infecção tende a estar concentrada em populações em risco, não sendo um fenómeno generalizado. Na maioria dos países sul-americanos grande parte das infecções de VIH/SIDA são causadas por material de injeção de drogas contaminado e transmissão homossexual masculina (UNAIDS, 2004).

Analisando os dados da evolução epidemiológica da infecção pelo VIH/SIDA relativos às regiões mais desenvolvidas, como a América do Norte e Europa Central e Ocidental, estima-se em que 2003 cerca de 1.6 milhões de pessoas viviam com VIH/SIDA. Quanto à população com idades entre 15 e 24 anos, cerca de 0.1% das mulheres e 0.2% dos homens viviam com VIH/SIDA. Nestes países, ao contrário dos restantes, a maioria das pessoas que necessita de medicamentos antiretrovirais tem acesso aos mesmos, o que significa que conseguem manter-se mais saudáveis e viver durante mais tempo que as outras populações infectadas. Neste contexto, os números de mortes associadas à infecção VIH/SIDA têm decrescido nestas regiões (UNAIDS, 2004). Contudo, o número total de pessoas que vivem com VIH/SIDA nestas regiões continua ainda a aumentar.

Relativamente aos países da UE, as evidências indicam que o número absoluto de casos de SIDA tem diminuído nesta região desde 1996, devido à introdução das terapêuticas anti-retrovíricas e à implementação de programas preventivos nos anos anteriores (Del Amo, Erwin, Fenton & Gray, 2001). Dados recentes indicam que em 2005 foram diagnosticados nos países da UE cerca de 77.500 novos casos de infecção VIH/SIDA, 30% dos quais reportam à zona da UE (EuroHIV, 2006). Os países com maior prevalência da infecção VIH/SIDA são Estónia, Portugal, Reino Unido, Luxemburgo e Bélgica. Estima-se que 12% da população com infecção adquirida em 2005 tem idades entre 15 e 24 anos, e que cerca de 34% são mulheres. Nos últimos anos a transmissão heterossexual do vírus tem registado um forte aumento. Na Europa Central e Ocidental, estima-se que 35% das infecções VIH/SIDA diagnosticadas em 2005 ocorreram via transmissão homossexual masculina, e 56% via transmissão heterossexual. Estima-se ainda que $\frac{3}{4}$ das infecções VIH/SIDA via transmissão heterossexual ocorreram em populações migrantes e imigrantes (UNAIDS, 2006b). Em alguns países o aumento das IST's (infecções sexualmente transmissíveis) tem sido predominante em populações originárias de regiões com epidemias generalizadas (como a África sub-Sahariana).

Também nas regiões desenvolvidas a utilização de drogas endovenosas constitui uma via predominante de transmissão do VIH/SIDA. Em 2002 representaram cerca de 10% das infecções do VIH/SIDA na Europa Ocidental, e em Portugal cerca de 50% das infecções do vírus estavam associadas a esta via de transmissão. Na América do Norte, no mesmo ano cerca de 25% das infecções VIH/SIDA foram atribuídas à utilização de drogas endovenosas (UNAIDS, 2004).

Em 2005 estima-se que Portugal foi o país da UE com maior incidência da infecção VIH/SIDA, registando-se nesse ano mais de 200 diagnósticos por 1.000.000 de pessoas (EuroHIV, 2006). Estima-se que a prevalência da infecção na população com idades entre 15 e 49 anos é de 0.4%. No final de 2006 encontravam-se diagnosticados 30.366 casos de infecção VIH/SIDA. Destes, 45% correspondem a infecção via consumo de drogas endovenosas. Os casos de infecção associada à transmissão heterossexual representam 37.5% dos casos diagnosticados, e os casos associados à transmissão homossexual representam 11.9%. A maioria dos casos diagnosticados de infecção VIH/SIDA correspondem a indivíduos com idades entre 25 e 49 anos (84.6%), e 82.2% são do sexo masculino (CVEDT, 2006).

4.1 Determinantes da infecção pelo VIH/SIDA

Inicialmente a investigação sobre VIH e SIDA centrava-se nas características e comportamentos individuais enquanto determinantes da infecção. Em contraste com esta abordagem individualista e biomédica, surge uma perspectiva mais abrangente que engloba a epidemiologia social, onde se começam a destacar as condições sociais, culturais e outras como factores associados a esta doença.

No contexto desta abordagem holística, os factores de risco da infecção pelo VIH/SIDA podem actuar a diversos níveis e condicionar de várias formas a vulnerabilidade dos indivíduos e populações, o que dificulta e torna complexa a compreensão do impacto dos vários determinantes na incidência e prevalência da infecção, bem como na doença e mortalidade associadas (Lewis et al., 2007). Neste sentido, é fundamental e prioritário conhecer os vários tipos de factores protectores e de risco a que os indivíduos podem estar expostos, analisar a sua relação com os factores individuais e compreender o seu impacto na saúde e doença das populações (Poundstone, Strathdee & Celentano, 2004).

Assim, os determinantes da infecção pelo VIH/SIDA podem ser sistematizados num quadro conceptual que combina as abordagens demográfica, epidemiológica, sócio-económica e operacional (Boerma & Weir, 2005). Nesta perspectiva, os factores de risco para a infecção VIH/SIDA podem ser agrupados em 3 tipos de determinantes: os determinantes imediatos (“proximate determinants”) que são influenciados por mudanças e intervenções em variáveis contextuais designadas por determinantes indirectos (“underlying determinants”), e que têm um efeito directo em factores e mecanismos biológicos (“biological determinants”), com impacto na saúde e demografia das populações.

Mais concretamente, os determinantes indirectos referem-se a estruturas e redes da comunidade que possibilitam a interligação entre os indivíduos e a sociedade. Tais estruturas são centrais para compreender a disseminação e distribuição diferenciada da infecção pelo VIH/SIDA nos subgrupos da população e incluem os contextos sociais, económicos, culturais e operacionais. (Poundstone, Strathdee & Celentano, 2004) Estes factores estão associados ao capital social (suporte), valores, normas e tradições culturais, redes sociais (de apoio ou ilegais, como exploração sexual e tráfico de drogas), meio sócio-económico (educação, situação profissional, rendimentos) e social (segregação, isolamento social, ambiente físico). Por outro lado, os determinantes indirectos, de nível macro-social, incluem factores sócio-políticos (conflitos, guerra, instabilidade, mobilização das populações), legislativos, operacionais (redes de recursos, características dos programas de intervenção no âmbito da prevenção e controlo da infecção VIH/SIDA) e associados a políticas económicas, de protecção social, de saúde pública e de acesso aos serviços de saúde, e ainda a estigma, discriminação e violência ligados a questões de género e etnicidade (Poundstone, Strathdee & Celentano, 2004).

De acordo com o quadro conceptual acima descrito, estes determinantes indirectos podem condicionar os determinantes imediatos, que englobam os factores de risco demográficos e epidemiológicos. Estes incluem as características próprias do individuo no que respeita à sua predisposição genética, susceptibilidade biológica, sexo, idade e outras IST's, bem como factores associados a comportamentos individuais de risco (transusão de sangue e utilização de drogas endovenosas com material não esterilizado, não utilização de métodos-barreira nas práticas sexuais).

Desta forma, estes determinantes imediatos podem condicionar directamente os determinantes biológicos da infecção (exposição ao risco de infecção, eficiência da

transmissão da infecção), com impacto na incidência e prevalência da infecção pelo VIH/SIDA, o que pode determinar a doença e morte prematura (Boerma & Weir, 2005).

Muitos investigadores têm abordado as questões associadas aos sistemas de saúde e migração a partir dos seus componentes isolados. Contudo, é importante desenvolver esta abordagem holística acerca da infecção VIH/SIDA nas populações migrantes, especialmente no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde e métodos preventivos, assim como os *settings* e contextos que o condicionam (Burns & Fenton, 2006).

Num estudo sobre a infecção pelo VIH/SIDA numa região africana, resultados indicaram que alguns determinantes influentes no declínio da taxa de prevalência da infecção VIH/SIDA estavam associados a factores comportamentais, como a recorrência a métodos preventivos (uso de preservativo, abstinência, monogamia) (Lugalla et al., 2004). Outro estudo demonstrou que a precariedade das condições laborais, o défice de educação, as dificuldades no acesso a cuidados de saúde e a carência de recursos sociais podem perpetuar desigualdades económicas, o que pode promover inequidades em saúde e mais especificamente no que respeita à infecção pelo VIH/SIDA (Doherty, Leone & Aral, 2007). Uma análise do declínio tendencial da taxa de prevalência da infecção VIH/SIDA numa região africana indicou como possíveis determinantes sócio-culturais a mudança de normas, valores e costumes tradicionais (poligamia, redes sexuais, etc.), considerados factores de risco para a transmissão da infecção (Lugalla et al., 2004). Noutra análise da situação epidemiológica de mulheres que trabalhavam no comércio sexual, resultados indicaram que a taxa de incidência de VIH/SIDA aumentava nestas populações, principalmente devido a factores associados à utilização de métodos preventivos e de drogas endovenosas com material não esterilizado, assim como às condições sócio-económicas (MAP, 1998).

Noutro estudo sobre determinantes sociais da infecção VIH/SIDA, factores como a pobreza, racismo e desigualdade de poder nas relações interpessoais e íntimas foram considerados determinantes influentes nos comportamentos em saúde nas mulheres. Para além disso, foram apontados como factores de risco as práticas discriminatórias em serviços de saúde e a dificuldade no acesso aos métodos preventivos (Tolson, Kellington, Perchal & Summers, 2000). Num outro estudo, sobre determinantes da prevalência de VIH/SIDA em Moçambique, os resultados

reforçaram a hipótese da movimentação das populações como um determinante da disseminação da infecção VIH/SIDA (Barreto et al., 2002).

Considerando esta abordagem holística, para além de identificar a variedade de determinantes e factores de risco que podem estar associados à infecção pelo VIH/SIDA, é igualmente importante compreender as consequências e o impacto desta doença, quer ao nível individual, quer comunitário.

4.2 Impacto da infecção pelo VIH/SIDA

O impacto da epidemia VIH/SIDA não é ainda totalmente conhecido, principalmente os seus efeitos a longo prazo. A epidemia surge em sucessivas fases, desde a infecção pelo VIH/SIDA, aparecimento das doenças oportunistas, e mortalidade associada à SIDA (UNAIDS, 2006a). A fase final da epidemia afecta as sociedades e economia a vários níveis, desde familiar e comunitário, até a nível nacional e internacional. Em contextos com reduzida e elevada taxa de prevalência a infecção pelo VIH/SIDA prejudica o desenvolvimento humano, e por isso é premente explorar as dinâmicas da epidemia e o seu impacto.

Nos países desenvolvidos, o progresso económico, social e em saúde têm sido desafiado pelo impacto da infecção por VIH/SIDA, abrandando o seu crescimento económico, aumentando a pobreza e reduzindo a esperança de vida das populações. Nos países com elevada prevalência, os efeitos negativos da infecção VIH/SIDA no desenvolvimento económico (a nível familiar, laboral e em determinados sectores de actividade) tendem a ter um impacto considerável na macro-economia, ao contrário de países com menor prevalência da infecção, onde o impacto económico é menor (UNAIDS, 2004). A infecção VIH/SIDA tem colocado igualmente vários desafios aos sectores de serviço público, como a educação, saúde e administração pública, comprometendo a continuidade e qualidade destes serviços (UNAIDS, 2006a).

A nível macro-económico, em países com elevada prevalência da infecção tem-se assistido a um decréscimo anual no seu crescimento económico. É actualmente aceite que a infecção VIH/SIDA tem condicionado o desenvolvimento económico e social, pois afecta principalmente a população mais jovem, em idade activa. Esta realidade traz implicações para a sobrevivência de comunidades, empresas e sectores económicos, por ser comprometida a capacidade produtiva das populações (UNAIDS, 2004; 2006a). Através do impacto da epidemia no sector laboral e em

vários serviços básicos, a infecção pelo VIH/SIDA pode comprometer o crescimento económico das regiões onde esta doença tem taxas de prevalência preocupantes, considerando que os indivíduos portadores da infecção VIH/SIDA vêem debilitada a sua capacidade laboral e produtiva, com impacto nos seus recursos económicos a todos os níveis e no desenvolvimento global.

Nos países com maior taxa de prevalência da infecção, em particular países da África sub-Sahariana, tem-se verificado também um forte impacto da epidemia na sociedade, especialmente ao nível demográfico, social e económico. Nestes países tende-se a gerar um ciclo vicioso entre carência de produtos alimentares, subnutrição e infecção VIH/SIDA, sendo que a epidemia intensifica a necessidade de alimentos por comprometer a capacidade das famílias adquirirem recursos financeiros para obterem alimentação (UNAIDS, 2004). A carência de produtos alimentares antecipa o progresso da infecção para o estado de doença, e adicionalmente, a doença implica a necessidade de cuidados e tratamento específicos, o que leva muitas vezes os indivíduos e famílias a abdicarem de outros bens e serviços, podendo implicar também a opção de alguns membros da família em migrar. Desta forma, torna-se premente considerar a importância de programas de combate à fome e subnutrição nas medidas de promoção dos cuidados e tratamento da infecção VIH/SIDA, de forma a torná-las eficazes (UNAIDS, 2004).

Nos países onde se verificam maiores taxas de prevalência da infecção (principalmente os países africanos) ocorrem também outro tipo de problemas, nomeadamente uma crise de recursos humanos. O fenómeno brain drain, tendencial nas regiões subdesenvolvidas, tem vindo a ser potenciado por esta epidemia. Por outro lado, o receio de infecção devido à ausência de práticas de controlo, a par das condições laborais precárias nos serviços de saúde, leva a que os profissionais optem por abandonar a sua actividade ou o seu país (UNAIDS, 2006a). Consequentemente, a capacidade destes países em providenciar respostas efectivas ao nível dos serviços sociais e de saúde é comprometida, por não terem disponíveis profissionais especializados e recursos adequados. A eficiência das estratégias de combate à infecção VIH/SIDA implica sistemas de saúde flexíveis e eficazes. Porém, em países onde há um reduzido investimento nos serviços públicos, de forma a poderem dar resposta a exigências e dívidas externas, a eficiência destas estratégias fica comprometida (UNAIDS, 2004). A perda de profissionais de saúde, devido às consequências de um estado de saúde precário e mortalidade, implica o recrutamento

e treino de novos profissionais, constituindo maiores despesas e com impacto na situação macro-económica (UNAIDS, 2006a).

O impacto da epidemia nos sistemas de saúde não é apenas visível nos países mais afectados pela infecção. Em países com menor prevalência a problemática da infecção VIH/SIDA absorve parte do investimento em saúde pública. Este investimento é visível quer no sistema público, quer no sistema privado de saúde, contudo os serviços públicos disponíveis tendem a ter escassos recursos económicos e humanos para dar resposta às populações mais empobrecidas, no que respeita às terapêuticas anti-retrovíricas (UNAIDS, 2006a).

A infecção VIH/SIDA tem consequentemente um forte impacto a nível familiar e comunitário. O impacto da infecção no contexto laboral e económico da família afecta o tipo de recursos existentes e disponíveis. A infecção VIH/SIDA de um membro familiar causa a perda de força produtiva e consequentemente de recursos para a família. As famílias afectadas pela epidemia dependem de sistemas de suporte público, comunitários e familiares para fazer face ao impacto desta situação. Contudo, principalmente em países em desenvolvimento, os sistemas de suporte são precários e não estão disponíveis nem acessíveis a populações com falta de meios. Em geral, são as famílias e as comunidades mais desenvolvidas e com maior riqueza e recursos que têm maior acesso a redes sociais de apoio (UNAIDS, 2006a). O impacto desta epidemia também tem um efeito negativo na educação, com implicações no desenvolvimento dos países e regiões, quer a médio quer a longo prazo. Segundo a UNESCO, a infecção VIH/SIDA nos países em desenvolvimento constitui um dos maiores obstáculos no acesso a uma educação universal e de qualidade (UNESCO, 2005, citado por UNAIDS, 2006a). Uma vez que nos países em desenvolvimento assiste-se a uma elevada taxa de mortalidade de população activa, a infecção pelo VIH/SIDA pode também afectar os professores resultando muitas vezes no abandono da área profissional.

O impacto da epidemia pode ser visível na redução e deterioração do capital humano nos países onde existem maiores taxas de prevalência da doença, contudo deve ser tido em conta que a distribuição desta infecção nas populações não é homogénea (UNAIDS, 2006a). Atendendo que afecta principalmente as populações mais jovens, sobretudo as mulheres, esta infecção pode determinar alterações dramáticas na demografia dos países mais afectados pela epidemia, alterando também as estruturas familiares. Este impacto da infecção VIH/SIDA a nível

demográfico pode ser visível na mudança da pirâmide demográfica, com uma redução tendencial da população jovem-adulta e do número de mulheres em comparação com o número de homens (UNAIDS, 2004). A região da África sub-Sahariana, apresentando a maior taxa de prevalência da infecção, enfrenta um maior impacto demográfico. Nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento a mortalidade de indivíduos portadores da infecção VIH/SIDA com idades entre os 15 e 49 anos é marcadamente superior, comparativamente à mortalidade do mesmo grupo em países desenvolvidos. Esta realidade é considerada como um reflexo da desigualdade no acesso a terapêuticas anti-retrovíricas. Alguns dados apontam no sentido de que a infecção pelo VIH/SIDA tem também impacto na esperança de vida das populações dos países com maior prevalência (UNAIDS, 2004; 2006a).

Vários estudos indicam ainda que a infecção pelo VIH/SIDA pode ter impacto na saúde mental dos indivíduos (depressão, psicose), no desenvolvimento de doenças não comunicáveis, como as doenças cardiovasculares, e de doenças crónicas (diabetes), para além de ter impacto no aumento da vulnerabilidade a outras infecções sexualmente transmissíveis (Hoffmann & Mulcahy, 2006; Krings & Neumann, 2006; Lorenzen & Graefe, 2006; Tabrizian & Mittermeier, 2006).

A infecção VIH/SIDA pode ter impacto no indivíduos portadores e afectados pela epidemia, não apenas a nível físico e mental, como também no seu bem estar social. O estigma e discriminação associados ao VIH/SIDA são determinantes do estado de saúde dos indivíduos, por constituírem sérios obstáculos à prevenção, cuidados e tratamento. Por outro lado, as atitudes negativas e discriminatórias associadas a VIH/SIDA, quer em relação aos portadores da infecção, quer em relação a determinados grupos associados à infecção e transmissão, constitui uma das mais graves consequências da epidemia. Estudos revelam que, para evitar atitudes discriminatórias e estigmatizantes, alguns indivíduos portadores da infecção VIH/SIDA recusam procurar informação sobre a doença e outras infecções sexualmente transmissíveis, afastando-se dos profissionais e serviços de saúde (Lieber et al., 2006). “Inaccurate beliefs could foster fear and discrimination, which could further stigmatize people with HIV/AIDS and therefore pose a practical barrier to HIV testing and prevention” (Klein et al., 2002, citado por Dias et al., 2006, p.208). O estigma e discriminação associados à infecção VIH/SIDA podem ainda ser reforçados por sistemas legais que desrespeitam direitos humanos básicos, como o igual acesso a prevenção, cuidados e tratamento, com impacto na utilização dos

serviços de saúde pelas populações mais vulneráveis (Paxton et al., 2005; Shapiro et al., 2003).

Dado o carácter global da epidemia, as tendências de incidência e prevalência da infecção na generalidade das populações, e o seu inegável impacto no desenvolvimento e bem estar individual e comunitário, é importante reconhecer e reforçar a urgência de travar a evolução da epidemia e de minimizar os seus efeitos. Este é aliás um dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio propostos pelas Nações Unidas, pelo impacto sério que tem no desenvolvimento das sociedades actuais e futuras (UN, 2005b).

Neste sentido, a minimização do impacto da infecção pelo VIH/SIDA nos indivíduos e nas comunidades tem vindo a ser considerada uma das prioridades no combate da epidemia. Atendendo à transversalidade das suas consequências nas sociedades, a nível demográfico, social, económico e estrutural, e tal como as Nações Unidas têm vindo a reforçar, a redução do impacto da infecção pelo VIH/SIDA depende de outras iniciativas de desenvolvimento, como o combate à pobreza, garantia de educação universal e de qualidade, promoção da igualdade de géneros e de uma parceria global para o desenvolvimento (UNAIDS, 2006). Mais concretamente, tais medidas devem incidir na promoção dos factores protectores e redução dos factores de risco da infecção pelo VIH/SIDA nas populações, através da melhoria das condições sociais e económicas, promoção do acesso a educação e saúde, e combate ao estigma e discriminação socialmente construídos e associados a esta infecção. Por outro lado, estas estratégias podem ser vitais para o sucesso da prevenção e tratamento da doença, possibilitando a disponibilização, generalização e acessibilidade de informação, métodos preventivos e serviços a todas as populações. Considerando a importância do diagnóstico precoce, do tratamento, dos cuidados e da prevenção no combate à infecção pelo VIH/SIDA, o acesso universal a estes serviços e recursos podem ter um papel fundamental na minimização do impacto desta doença nas comunidades.

5. VIH/SIDA e Migração

Considerando que existe um quadro epidemiológico conhecido e que a infecção pelo VIH/SIDA assume diferentes características conforme os contextos geográficos e as populações envolvidas, tem sido evidente a necessidade de compreender a relação complexa entre esta doença e a mobilidade das populações, bem como os factores a ela associados (UNAIDS, 2004; 2006a). A relação entre a infecção VIH/SIDA e a migração, pela sua complexidade e interdependência, tem constituído um dos maiores desafios para a comunidade internacional e entidades governamentais, a par da questão da saúde dos migrantes (IOM, 2005).

A ideia de que a movimentação das populações provoca a disseminação do vírus, como muitas vezes é afirmada, não deve ser assumida como uma regra, mas é importante ter em conta que determinados tipos de migração podem influenciar e aumentar a disseminação desta pandemia. Neste sentido, a vulnerabilidade ao VIH/SIDA das populações migrantes pode ser determinada pelas condições em que o fenómeno da migração se processa e as desigualdades sociais presentes, e não pelo país de origem ou de destino (Decosas et al., 1995). Mais concretamente, a migração e a infecção pelo VIH/SIDA interligam-se pelas condições e estrutura do processo migratório, incluindo a pobreza, exploração, separação familiar e afastamento das normas socio-culturais que determinam o comportamento em comunidade.

Algumas populações migrantes encontram-se em maior risco de infecção pelo VIH/SIDA, e grupos específicos destas populações constituem alguns dos grupos mais vulneráveis em todo o mundo, como populações refugiadas, vítimas de insegurança física e social ou pessoas vítimas de tráfico para trabalho sexual (IOM, 2003). É reconhecida a ligação entre os diversos tipos de mobilidade das populações e o risco da infecção VIH/SIDA, contudo, muitos migrantes movimentam-se de regiões com reduzida prevalência da infecção para regiões com maior prevalência, o que aumenta o seu risco de exposição ao vírus (IOM, 2003; UNAIDS, 2004). Dados recentes indicam que na África do Sul a prevalência da infecção é duas vezes maior entre migrantes laborais do que entre trabalhadores não migrantes (Lurie et al., 2003). Estimativas acerca da incidência da infecção pelo VIH/SIDA na população filipina indicam que cerca de 32% da população infectada é representada por

trabalhadores migrantes. No Bangladesh este grupo representa 41% da população que vive com VIH/SIDA no país (IOM, 2005).

Muitas vezes as populações migrantes vêm de determinados contextos sócio-económicos que podem influenciar a disseminação da infecção. Dados relativos ao número de pessoas que em 2003 viviam com VIH/SIDA indicam que a grande maioria (cerca de 32 milhões de pessoas num total de 38 milhões de pessoas infectadas) residia em países em desenvolvimento (continente africano e sudeste asiático). Nestes países, a existência de condições de pobreza, fracos recursos económicos, baixa escolaridade, sistemas de saúde carenciados e escassos recursos para prevenção e cuidados, favorece e influencia a disseminação do vírus VIH (UNAIDS, 2004). Estas “doenças e sintomas de pobreza” incluem também doenças contagiosas como a tuberculose e hepatites, infecções sexualmente transmissíveis, doenças respiratórias associadas a más condições de habitação e higiene (sobrelotação é um caso típico), problemas nutricionais e falta de acesso a tratamento, cuidados e prevenção.

As condições envolvidas na disseminação do vírus VIH são complexas e têm de ser identificadas e estratificadas em cada contexto, no sentido de determinar a vulnerabilidade de cada comunidade concreta. Esta vulnerabilidade pode contribuir para a adopção de comportamentos de risco e para condições de fraco acesso a cuidados e serviços de saúde, constituindo factores de risco à infecção pelo VIH/SIDA (CNLCS, 2006). Num estudo realizado por Lydié e colaboradores (2004) numa região nos Camarões concluiu-se que a associação entre a mobilidade masculina e o VIH/SIDA estava relacionada com comportamentos sexuais de risco. Noutro estudo, realizado na África do Sul, os resultados indicaram que a migração pode ter um papel importante na disseminação do VIH/SIDA, mas sobretudo que pode criar uma vulnerabilidade à exposição do VIH/SIDA nos dois sentidos, tanto para o parceiro que migra como para a companheira que permanece no país de origem (Lurie et al., 2003).

O estado de saúde, e em particular a situação da infecção pelo VIH/SIDA, pode também ser a causa da mobilidade. Estes indivíduos podem ser levados a deixar as suas comunidades devido ao estigma e discriminação, fraco acesso aos cuidados de saúde, indisponibilidade ou fraco acesso a tratamento, e falta de confiança na confidencialidade dos testes VIH.

No que respeita ao risco de VIH/SIDA em populações imigrantes nos países de acolhimento, as evidências têm apontado para o facto de estas estarem especialmente vulneráveis à infecção, em comparação com as populações autóctones (IOM, 2005). Alguns estudos referem que, em vários países europeus, existe uma maior prevalência da SIDA nas populações imigrantes e minorias étnicas, indicador que tem aumentado, e apontam para o facto de que estas populações têm um acesso reduzido a diagnóstico e tratamento da doença (Clarke & Broring, 2000, citados por Del Amo, Erwin, Fenton & Gray, 2001). Outros dados apontam também no sentido de que as taxas de incidência de doenças infecciosas tendem a ser maiores em populações imigrantes do que em populações autóctones (Fennely, 2004). Segundo Coker (2003) as populações imigrantes apresentam taxas de incidência de tuberculose e de infecção pelo VIH superiores às das populações dos países de destino. Saracino e colaboradores (2005) referem que apesar de a taxa de prevalência da infecção VIH/SIDA ter diminuído em Itália, tem registado um aumento significativo nas populações imigrantes.

Constata-se que a reemergência da Tuberculose em países desenvolvidos, a rápida disseminação do VIH e da SARS (Síndrome Respiratório Agudo Severo) são apenas alguns exemplos do impacto de vários factores na relação que se pode estabelecer entre a saúde e a mobilidade das populações. É assim pertinente observar que quando esta movimentação existe, os indivíduos colocam em contacto factores de saúde individuais e ambientais da comunidade de onde vieram com factores da comunidade onde se estabelecem. A comunidade que migra tem as suas próprias visões de saúde e as suas crenças, reflexo da sua cultura, formação e desenvolvimento sócio-económico. Por outro lado, os imigrantes podem transportar doenças das suas comunidades de origem para os seus novos destinos (IOM, 2004b). Associados a estes factores existem todas as dificuldades de adaptação da comunidade migrante e da efectividade de comunicação, diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças infecciosas, que podem limitar ou ser impostas aos imigrantes, nomeadamente no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde (CCHS, 1997).

As condições que caracterizam o processo migratório podem ser em si determinantes para a saúde das populações migrantes. Considerando que o fenómeno da infecção pelo VIH/SIDA é global e pode ser condicionado pelo processo migratório, é pertinente conhecer os vários determinantes que condicionam a saúde

das populações migrantes, e concretamente a sua vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA.

5.1 Vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA das populações migrantes

A evolução da infecção pelo VIH/SIDA pode ser determinada por factores sociais, económicos e culturais e é por isso relevante considerar o impacto destes factores, para além dos factores individuais e comportamentais, na dinâmica da epidemia. A caracterização das condições que favorecem a infecção, bem como os factores protectores, pode contribuir para a identificação dos grupos mais vulneráveis, bem como as razões da sua vulnerabilidade (CNLCS, 2006).

Considera-se actualmente que as populações migrantes são grupos especialmente vulneráveis à infecção pelo VIH/SIDA, dadas as condições que caracterizam o processo migratório (IOM, 2003). As pessoas diagnosticadas com VIH e que se encontram num processo de migração têm de lidar com duas grandes incertezas: a incerteza de viver com VIH (e questões associada à saúde, ao sucesso do tratamento e à percepção da doença) e a incerteza face à imigração (quanto à legalização, situação económica, integração). Simultaneamente, um diagnóstico de VIH – positivo pode dificultar a integração destas populações nas sociedades de acolhimento.

As condições em que a migração se processa podem reflectir desigualdades sociais e influenciar a vulnerabilidade para a doença, nomeadamente para a infecção VIH/SIDA. Os homens e as mulheres, na sua condição de migrantes, não constituem em si um factor de risco para a transmissão do VIH/SIDA. São as situações que envolvem o processo de migração – como a pobreza, exploração, e ruptura com famílias e parceiros – que podem contribuir para o aumento de factores de risco. Para além disso, contribuem para a vulnerabilidade da infecção pelo VIH/SIDA o impacto das diferenças socio-culturais, a disponibilidade e acessibilidade reduzida dos serviços de saúde, pela dificuldade sentida pelo sistemas de saúde dos países de acolhimento em lidar com a diversidade cultural, nomeadamente no que respeita às práticas e tradições dos imigrantes (Dias et al., 2002)

As questões do VIH remetem para a necessidade de ter em conta o indivíduo e o seu meio, e não apenas a doença. Segundo esta abordagem global da saúde, o problema da SIDA nas populações imigrantes envolve vários factores. Isto inclui a

infecção em si, mas também o contexto em que a contaminação ocorre, e o acesso à informação, educação, prevenção, tratamento e cuidados. Para além dos factores de vulnerabilidade das populações imigrantes para o VIH/SIDA, a sua prevenção e tratamento podem ser comprometidos pelas barreiras associadas aos serviços e cuidados de saúde.

Num panorama macro-social, o contexto sócio-político que caracteriza o processo migratório pode ser um determinante em saúde, e em particular da infecção pelo VIH/SIDA. As políticas de imigração têm uma influência considerável na integração das populações imigrantes, mais especificamente no que diz respeito às políticas de saúde nas áreas da prevenção e controlo da infecção, quando descumrem a igual disponibilidade e acessibilidade de serviços e cuidados de saúde a todas as populações. Neste sentido, as políticas de saúde no contexto da migração podem ser consideradas eficazes quando as populações migrantes têm um igual acesso aos cuidados em VIH/SIDA e aos mesmos factores protectores que as populações nacionais, e quando as condições sociais que potenciam a sua vulnerabilidade à infecção VIH/SIDA são alteradas (IOM, 2003).

Num contexto em que os direitos humanos das populações imigrantes não são priorizados, podem estar criadas condições para a manifestação de comportamentos e atitudes discriminatórias face a determinados grupos. O estigma e discriminação podem conseqüentemente levar à segregação e isolamento das populações, condições favoráveis à potenciação dos factores de risco e perpetuação de comportamentos de risco para a infecção VIH/SIDA.

A nível do contexto nacional, grande parte das populações imigrantes residentes em Portugal são naturais de países africanos, e estão particularmente vulneráveis a problemas em saúde, nomeadamente à infecção VIH/SIDA (Decosas et al., 1995; Dias et al., 2004). Vários factores aumentam a vulnerabilidade destas populações, como a precariedade da situação económica e laboral, a falta de conhecimento e informação acerca da disponibilidade e acessibilidade dos serviços sociais e de saúde existentes, estigma e discriminação (associadas à condição de imigrante e também às zonas geográficas de residência, em bairros periféricos), e barreiras culturais e legais (Burns et al., 2007; Dias et al., 2004; Fenton, 2001).

Alguns dados indicam que as populações imigrantes podem ter um estado de saúde deficiente, comparativamente com as populações autóctones, e podem apresentar uma maior prevalência de infecção por VIH/SIDA (Del Amo, Erwin,

Fenton & Gray, 2001). Apesar desta situação, que implica uma maior necessidade de utilização de serviços de saúde, estima-se que os imigrantes africanos em Portugal estão sub-representados entre os utentes dos serviços de saúde (Dias et al., 2004; Gonçalves et al., 2003).

No contexto internacional também se verifica uma subutilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes. Segundo Stronks e colaboradores (2001), a utilização dos cuidados de saúde especializados por populações imigrantes residentes na Holanda é menor comparativamente com as populações nacionais. As condições sócio-económicas parecem explicar parcialmente a fraca utilização dos serviços de saúde e, segundo sugerem os autores, pode revelar a influência que os factores culturais podem ter nas práticas de saúde e utilização dos serviços. Por outro lado, mesmo num contexto em que os serviços de saúde estão disponíveis, as barreiras linguísticas, a situação irregular e receio de denúncia às autoridades, a localização e falta de transporte, ou atitudes negativas por parte dos serviços e profissionais de saúde podem constituir obstáculos à utilização destes serviços por parte das populações migrantes (IOM, 2005; Dias et al., 2004; Kaukinen & Fulcher, 2006; Kullgren, 2003; Scheppers et al., 2006; Solorio, Currier & Cunningham, 2004; Yu, Huang & Singh, 2004). Alguns estudos revelam ainda que as populações imigrantes tendem a recorrer pouco a serviços e profissionais de saúde para procurar informação sobre VIH/SIDA, e que preferem procurar este tipo de informação junto de fontes não convencionais, como os amigos e meios de comunicação social (Lazarus, Himedan, Ostergaard & Liljestrang, 2006; Steffan, Kerschel & Sokolowski, 2005).

A pobreza, falta de protecção social e carência de recursos podem levar os indivíduos a adoptar comportamentos que noutro contexto não adoptariam, o que pode influenciar a sua vulnerabilidade ao VIH. Devido à sua falta de poder, consequente da situação económica e social vulnerável, os imigrantes são frequentemente sujeitos a todos os tipos de exploração, incluindo a exploração sexual. A violência e abuso sexual, sendo importantes factores de risco na infecção e disseminação de VIH/SIDA, aumentam a vulnerabilidade das populações, especialmente das mulheres migrantes (Bandyopadhyay & Thomas, 2002).

A capacidade para trabalhar das populações migrantes (quer em situação legal, quer irregularmente) é essencial para a sua sobrevivência. Contudo, sendo seropositivo colocam-se algumas limitações a essa capacidade (AHPN, 2006).

Adicionalmente, os migrantes que vivem com VIH/SIDA (nomeadamente de países africanos) tendem a ser diagnosticados num estado mais avançado da doença, o que resulta num estado de saúde mais debilitado do que os restantes grupos de pessoas com a infecção (Weatherburn et al., 2003, citados por AHPN, 2006).

O desenraizamento e ruptura, inerentes à migração, podem igualmente ter impacto na saúde e vulnerabilidade ao VIH/SIDA. Para além do impacto na saúde mental, a ruptura das relações sociais e familiares e o conflito de culturas no contacto com a sociedade de acolhimento influenciam determinados comportamentos na área da sexualidade, em que as normas, identidades e valores tradicionais são de grande importância. Estas barreiras culturais podem impedir as pessoas que vivem com VIH/SIDA de acederem a tratamento e prevenção (Fikremariam, 2004).

Os migrantes com VIH/SIDA enfrentam várias formas de discriminação e estigmatização, dentro e fora das suas comunidades, devido à sua condição de seropositivos, para além da sua origem étnica, crenças e práticas religiosas, condição socio-económica e situação de migração. O estigma e discriminação podem ser uma barreira no acesso a serviços de saúde e outros serviços sociais, mesmo em países desenvolvidos, em que estão disponíveis estruturas para tratamento e cuidados. Considerando especificamente as populações africanas infectadas pelo VIH/SIDA, estas têm sido significativamente estigmatizadas quer nas suas próprias comunidades, quer a nível global (AHPN, 2006), o que compromete a utilização dos serviços de saúde, nomeadamente no âmbito do diagnóstico, tratamento, cuidados e prevenção por parte destas populações. Um estudo sobre a utilização de serviços de saúde no contexto do VIH/SIDA, por populações imigrantes africanas residentes no Reino Unido, revela que o estigma é uma das principais barreiras no acesso aos serviços de saúde por parte destas populações (Burns et al., 2007).

Considerando as consequências a longo termo das desigualdades e inequidades sociais associadas à migração e à infecção pelo VIH/SIDA para as populações imigrantes, a sua vulnerabilidade tende a reproduzir-se ciclicamente. Neste sentido, a prevenção e controlo da infecção pelo VIH/SIDA representa uma via para a redução da vulnerabilidade das populações imigrantes e pode permitir e facilitar a sua integração nos países de acolhimento, promovendo o seu desenvolvimento.

5.2 Prevenção, Diagnóstico e Cuidados de Saúde relativos ao VIH/SIDA em populações imigrantes

A não existência de uma cura ou vacina para o VIH/SIDA torna relevante centrar esforços na prevenção da infecção, que inclui cuidados de saúde primários, diagnóstico e tratamento, áreas de intervenção consideradas prioritárias do Plano Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS, 2006).

Nas estratégias de implementação da monitorização e controlo desta doença, e pelas suas características epidemiológicas próprias, deve ser tido em conta que as sociedades tendem a desaprovar e muitas vezes punir determinados comportamentos, como a utilização de drogas ilícitas, relação sexual entre homens e o trabalho sexual, e consequentemente tendem a marginalizar determinados grupos de populações. Esta situação poderá ter forte impacto na eficácia das medidas de prevenção e tratamento, bem como no controlo e monitorização epidemiológica em determinados grupos considerados de risco de infecção pelo VIH/SIDA (UNAIDS, 2004). Por outro lado, é fundamental ter presente a existência dos múltiplos obstáculos e dificuldades no acesso a estes serviços e cuidados por parte de algumas populações, nomeadamente imigrantes. O conhecimento dos tipos de barreiras associadas à utilização dos serviços de saúde no contexto do VIH/SIDA, por parte das populações imigrantes, coloca novos desafios no desenvolvimento de estratégias eficazes de combate à infecção pelo VIH/SIDA nestas populações. É por isso importante equacionar estratégias adequadas de prevenção, promoção de cuidados, diagnóstico e tratamento para que sejam abrangentes e adaptadas a todas as populações, e em particular aos imigrantes.

Prevenção

Numa doença em que a taxa de letalidade é de 100%, a prevenção constitui uma das mais fortes estratégias de combate à infecção pelo VIH/SIDA, podendo contribuir significativamente para a redução da incidência da doença nas populações (UNAIDS, 2004). Nos primórdios da discussão acerca da relação entre a mobilidade das populações e a infecção VIH/SIDA era pouco considerada a população migrante como recurso e alvo da prevenção e cuidados, focando-se nos cidadãos nacionais. A prevenção da infecção VIH/SIDA centrava-se predominantemente em determinados grupos de risco, como os utilizadores de drogas endovenosas, homens que tinham

relações sexuais com homens ou trabalhadores sexuais, bem como na população em geral (IOM, 2003).

No contexto da migração, dada a vulnerabilidade das populações imigrantes à infecção pelo VIH/SIDA e o impacto no seu desenvolvimento e integração, a prevenção tem um papel extremamente relevante. É reconhecido que o desenvolvimento e implementação de estratégias de prevenção à infecção pelo VIH/SIDA podem ter um papel importante na redução da vulnerabilidade das populações imigrantes à infecção pelo VIH/SIDA, assim como na redução da estigmatização e discriminação nestas comunidades.

A eficácia da prevenção pode ser determinada por três estratégias, interrelacionadas entre si: a minimização do risco de infecção de forma a reduzir a evolução epidémica, a redução da vulnerabilidade de forma a diminuir o risco e impacto da infecção, e a minimização do impacto para a redução da vulnerabilidade à infecção (UNAIDS, 2004).

As medidas de prevenção da infecção VIH/SIDA estar orientadas para a conscientização e conhecimento das causas, riscos e impacto da infecção VIH/SIDA; a mudança de comportamentos de risco; a promoção da utilização dos métodos preventivos; a promoção da utilização dos serviços de aconselhamento e diagnóstico da infecção; a prevenção e tratamento de outras infecções sexualmente transmissíveis; a prevenção junto de grupos de risco e populações específicas; a educação comunitária e mudanças legislativas para combater o estigma e discriminação associados à infecção; e a redução da vulnerabilidade através da melhoria de condições sociais, económicas e legais (UNAIDS, 2004).

Considerando que a epidemia VIH/SIDA apresenta características diversas, ao longo do tempo e em diferentes regiões, a monitorização e controlo da doença implica estratégias de prevenção diferenciadas. Neste sentido, o desenvolvimento de estratégias de prevenção requer respostas e medidas diferentes de acordo com a evolução epidémica e ajustados tanto a grupos específicos como à população em geral.

A designação de *Grupos Específicos*, no âmbito do desenvolvimento de estratégias preventivas, deriva da avaliação do perfil epidemiológico da população infectada, relevando o conjunto de dados de incidência e prevalência para as respectivas categorias de transmissão, conjugadas com a avaliação de situações de risco decorrentes de práticas sexuais não seguras, ou de evidente

situação de discriminação e vulnerabilidade social. Por este motivo, devem beneficiar de projectos específicos as seguintes sub-populações: pessoas que se prostituem, minorias étnicas, migrantes e grupos profissionais com elevada mobilidade, toxicodependentes e meio prisional (CNLCS, 2006, p. 36).

No contexto da migração, as estratégias de prevenção devem considerar as especificidades de cada população migrante e o contexto em que está inserida, devendo ter em conta determinados factores, como a situação sócio-económica, as normas culturais ou as questões de género (UNAIDS, 2004). Estes factores podem representar obstáculos à redução dos comportamentos de risco e à adopção de comportamentos protectores por parte destas populações, podendo desta forma condicionar a sua vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA. Por outro lado, a vulnerabilidade das populações imigrantes pode ser reduzida através do acesso ao mesmo tipo de factores protectores de que a população em geral beneficia, através de um acesso universal aos serviços de saúde em VIH/SIDA e da mudança das condições sociais que tornam as populações imigrantes mais vulneráveis.

Apesar de os programas de intervenção e as respostas eficazes à infecção VIH/SIDA estarem intrinsecamente interligadas com o desenvolvimento sócio-económico dos países ou regiões, é fundamental que as políticas públicas permitam a redução da vulnerabilidade, criando condições sociais, legislativas e económicas favoráveis à prevenção (UNAIDS, 2004). Por outro lado, políticas de saúde que garantam o seu acesso aos serviços e cuidados de saúde e promovam a integração das populações imigrantes, combatendo o estigma e discriminação e fazendo respeitar os direitos perante a Saúde destas populações, podem assim contribuir para a eficácia da prevenção da infecção pelo VIH/SIDA nestas populações.

A eficácia da prevenção da infecção pelo VIH/SIDA depende igualmente da resposta a vários desafios, como sejam o financiamento, a acção multisectorial (colaboração entre parceiros económicos, sociais, políticos, ONG's e outras organizações da comunidade), a capacidade de resposta aos desafios que a mudança da evolução epidémica coloca (alterações da incidência em diferentes grupos), e o investimento na investigação científica para o desenvolvimento de vacinas e novas terapêuticas universalmente acessíveis, para além da disponibilidade e acessibilidade de serviços e cuidados a todas as populações (UNAIDS, 2004).

As estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA junto das populações imigrantes podem ter resultados positivos se tiverem como um dos princípios orientadores o envolvimento destas populações nos processos de melhoria da sua saúde. Segundo Dias e colaboradores (2002), “a prevenção de VIH implica uma reflexão acerca das normas sociais e padrões culturais de cada comunidade, que reflectem valores colectivos, bem como a compreensão do modo como se poderão envolver as comunidades no seu processo de mudança” (p. 91).

A capacidade que as populações têm de controlarem o seu risco à infecção é influenciada por múltiplos factores, o que implica estratégias e medidas de prevenção abrangentes e diversificadas. Nos programas de intervenção específicos as estratégias de prevenção podem ser aplicadas em vários contextos e podem incluir actividades de acordo com cada realidade, como nas escolas através da educação sexual, e nas comunidades através da promoção do acesso a informação e conhecimentos sobre a infecção pelo VIH/SIDA (CNLCS, 2006).

Diagnóstico

O conhecimento e diagnóstico do estado da epidemia permite monitorizar a disseminação do vírus, bem como determinar o impacto das intervenções e estratégias de prevenção na evolução da prevalência e incidência da infecção pelo VIH/SIDA (CNLCS, 2006). O diagnóstico é por isso uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de combate à epidemia. Por outro lado, o diagnóstico precoce da infecção junto das populações mais vulneráveis pode ter um importante impacto nas estratégias de tratamento e prevenção (UNAIDS, 2004). De facto, o impacto do VIH/SIDA só poderá ser reduzido se a infecção for diagnosticada adequadamente. Um diagnóstico precoce da infecção pelo VIH pode permitir o acesso atempado a cuidados e tratamento, minimizando os seus custos e optimizando os resultados em saúde, e pode facilitar a adopção de estratégias individuais de prevenção para reduzir progressivamente a transmissão da infecção (Burns et al., 2007). Adicionalmente, a melhoria do estado de saúde individual pode trazer benefícios ao nível dos serviços de saúde, pois pode ter impacto na redução dos custos de apoio social e na minimização dos encargos dos hospitais (Burns et al., 2005; Burns & Fenton, 2006).

Em vários países, a generalização do acesso a tratamento tem sido coincidente com um forte aumento da utilização dos serviços de aconselhamento e diagnóstico

do VIH/SIDA (UNAIDS, 2006a). Contudo, a utilização dos serviços que disponibilizam o diagnóstico da infecção ainda é reduzida, devendo-se em parte ao receio de atitudes estigmatizantes e discriminatórias por parte dos profissionais, dos serviços de saúde e dos próprios utentes (UNAIDS, 2004). Considerando a influência das diferenças de género na utilização e acesso aos serviços de saúde, dados indicam que uma maior probabilidade de diagnóstico do VIH está associada à chegada recente ao país de destino, no caso dos imigrantes do sexo masculino, e ao nível educacional superior e reduzida percepção de risco de infecção no caso das mulheres imigrantes (Burns et al., 2005).

Neste sentido, as prioridades das medidas de diagnóstico da infecção pelo VIH/SIDA devem ser, por um lado, o combate a atitudes discriminatórias, e por outro a generalização do diagnóstico do VIH junto das populações imigrantes. Adicionalmente, devem ser considerados como princípios orientadores das estratégias de diagnóstico a confidencialidade, aconselhamento (centrado na prevenção, suporte psico-social e médico) e consentimento (diagnóstico voluntário).

Assim, as estratégias de saúde pública, orientadas para um melhor conhecimento da evolução epidémica e promoção dos direitos humanos, devem permitir o desenvolvimento de os programas de intervenção integrados de prevenção, cuidados, tratamento e diagnóstico, para um maior impacto na redução da infecção pelo VIH/SIDA nas populações imigrantes e na melhoria da sua qualidade de vida (UNAIDS, 2004).

Cuidados de Saúde e SIDA

O conhecimento actual sobre o VIH/SIDA permite encarar esta doença de forma diferente daquela que prevalecia nos anos 80, quando se identificaram os primeiros casos. Desde então até à actualidade, a infecção pelo VIH/SIDA tem vindo a ser considerada uma doença crónica tratável (Hoffmann & Mulcahy, 2006). Actualmente, existem recursos terapêuticos que permitem manter os doentes com a infecção relativamente controlada e com uma esperança média de vida mais elevada, podendo ser possível controlar e minimizar os efeitos da doença. O desenvolvimento da terapêutica anti-retrovírica é um dos principais factores para esta situação (Kamps & Hoffmann, 2006). As terapêuticas anti-retrovíricas implicam a utilização de medicamentos por períodos longos e o seu reajuste durante o desenvolvimento da doença e o aparecimento dos seus efeitos secundários.

Com o desenvolvimento e utilização da terapêutica anti-retrovírica a taxa de mortalidade por SIDA diminuiu drasticamente, assim como a incidência de doenças oportunistas associadas à infecção (Hoffmann & Mulcahy, 2006). Esta situação tem estado associada a crescentes esforços para a promoção do acesso generalizado das terapêuticas anti-retrovíricas, quer nos países desenvolvidos, quer nos países mais afectados pela infecção VIH/SIDA, e para um envolvimento das organizações internacionais, governos, parceiros económicos e sociedade civil (UNAIDS, 2004).

Têm sido feito esforços para a generalização do acesso a tratamento em VIH/SIDA a várias populações especialmente vulneráveis, como o caso de populações imigrantes (UNAIDS, 2006a). A generalização das terapêuticas anti-retrovíricas pode reduzir o risco de transmissão da infecção pelo VIH/SIDA, para além de estar associada a reduções dramáticas da mortalidade relacionada com VIH (Burns & Fenton, 2006). Porém, apesar dos esforços desenvolvidos na promoção da saúde e na disponibilidade de terapêuticas eficazes na infecção pelo VIH/SIDA, resultados de estudos revelam que os imigrantes infectados pelo VIH acedem tardiamente aos serviços de tratamento e quando o fazem apresentam um estado mais avançado da doença do que outros grupos sociais, ou mesmo as populações autóctones (Burns, Fakoya, Copas, & French, 2001; Sinka, Mortimer, Evans, & Morgan, 2003, citados por Burns & Fenton, 2006; Burns et al., 2007; Levy et al., 2007).

Neste sentido, é importante ter presente que existem vários obstáculos e dificuldades no acesso a tratamento e cuidados de saúde, nomeadamente de populações nos países em desenvolvimento e mais afectados pela epidemia, e de populações vulneráveis como o são as populações imigrantes (Kamps & Hoffmann, 2006; Solorio, Currier & Cunningham, 2004; UNAIDS, 2004; 2006a). Factores que podem constituir barreiras no acesso e utilização destes recursos são o estigma e discriminação, associados à infecção VIH/SIDA. Estes factores são frequentes obstáculos na prevenção e podem igualmente condicionar o acesso a tratamento e cuidados de saúde. Contudo, devem ser desenvolvidos esforços para a redução de atitudes discriminatórias nos serviços de saúde e junto dos profissionais, de forma a permitir um melhor acesso a tratamento e em particular uma maior utilização das terapêuticas anti-retrovíricas por parte das populações. Por outro lado, a generalização da utilização e acesso aos cuidados em VIH/SIDA pode contribuir para

a redução do estigma e discriminação, pela redefinição da doença como tratável e prevenível (e não associada a morte) (UNAIDS, 2006).

Outros factores que constituem obstáculos no acesso a tratamento e cuidados por parte das populações com infecção VIH/SIDA estão associados à falta de recursos económicos (ligada ao impacto da infecção VIH/SIDA na capacidade e produtividade laboral), comprometendo a continuidade do tratamento (UNAIDS, 2004; 2006a). Também os esforços desenvolvidos para generalizar o acesso a tratamento e cuidados não são por vezes ajustados às necessidades específicas das populações mais vulneráveis, o que pode constituir um obstáculo no acesso universal e utilização adequada dos cuidados em VIH/SIDA. As populações imigrantes estão inseridas em contextos sociais e económicos diversos, e como tal têm diferentes necessidades. Enquanto que na população em geral muitas pessoas com VIH podem não ter SIDA devido a uma boa monitorização e tratamento, esta não é muitas vezes a situação de algumas populações imigrantes com infecção pelo VIH/SIDA. Isto deve-se principalmente ao facto de não poderem aceder aos serviços de tratamento e teste tão rápida e eficazmente quanto a generalidade da população.

Por outro lado, a situação dos imigrantes face ao estatuto pode condicionar o tipo de utilização dos serviços de saúde ao nível dos cuidados, diagnóstico e tratamento no âmbito do VIH/SIDA por parte destas populações (Dias et al., 2004; Levy et al., 2007). Um estudo desenvolvido no Reino Unido sobre o impacto da condição de imigrante em indivíduos que vivem com VIH/SIDA revela que um dos principais problemas associados à sub-utilização dos serviços de saúde por estas populações, para além do estigma associado à infecção, é também o dilema ético sentido pelos profissionais de saúde entre prestar cuidados a um indivíduo com VIH/SIDA ou recusar o seu tratamento devido ao estatuto irregular (Coker, 2003).

A eficácia do tratamento e cuidados em VIH/SIDA depende das respostas a determinado tipo de necessidades das populações afectadas, como sejam a prevenção e tratamento de tuberculose e doenças oportunistas, minimização dos efeitos secundários das terapêuticas anti-retrovíricas, cuidados paliativos e suporte psico-social (UNAIDS, 2006a). As abordagens e estratégias de combate à infecção VIH/SIDA que promovem um maior investimento em tratamento têm sido confrontadas por argumentos que realçam o custo-benefício da prevenção (UNAIDS, 2004). Esta análise comparativa de custo-benefício representa uma perspectiva simplista da relação entre prevenção e tratamento, como duas estratégias mutuamente

exclusivas. Contudo, a eficácia de ambas no combate à infecção pelo VIH/SIDA pode ser optimizada pela sua integração e sinergia. O acesso generalizado às terapêuticas anti-retrovíricas permitiria a utilização dos serviços de saúde por milhares de pessoas, o que constituiria novas oportunidades para os profissionais de saúde intervirem ao nível da prevenção (UNAIDS, 2004; 2006a). Vários modelos preditivos da evolução epidémica demonstram que uma resposta que combine a generalização do acesso a prevenção e tratamento terá um maior impacto na epidemia do que uma resposta centrada apenas numa destas estratégias (UNAIDS, 2006a).

Sintetizando, um dos principais desafios que actualmente se coloca no combate à infecção VIH/SIDA está na generalização de tratamento e cuidados de saúde a todas as populações. Mais concretamente, devem ser consideradas nas estratégias de generalização do acesso e utilização de serviços de tratamento e cuidados (assim como de prevenção) a redução das barreiras no acesso a estes serviços por parte das populações imigrantes o desenvolvimento de respostas alternativas adaptadas às especificidades de cada população, e a promoção da igualdade de tratamento e cuidados em VIH/SIDA. As estratégias de promoção do acesso universal dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes devem incluir a redução do estigma associado à infecção e à imigração, o envolvimento das comunidades e populações na promoção dos seus direitos e o desenvolvimento de serviços integrados de resposta à infecção pelo VIH/SIDA no que respeita ao seu tratamento, cuidados assim como ao nível das doenças oportunistas. Por outro lado, as estratégias de promoção da saúde devem incluir a generalização do diagnóstico do VIH, bem como a promoção da utilização voluntária dos serviços de informação e aconselhamento sobre a doença (UNAIDS, 2006a).

II. ESTUDO EMPÍRICO

Este estudo está enquadrado no Projecto “EU Partnerships to Reduce HIV & Public Health Vulnerabilities Associated with Population Mobility”, promovido pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA e desenvolvido pela Organização Internacional para a Migração (OIM). O projecto foi desenvolvido em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (UNAIDS) e as Coordenações Nacionais para a SIDA de Portugal, Bulgária, Hungria, Estónia, Malta e Holanda.

Este projecto tem como principais objectivos a redução do VIH e das vulnerabilidades em Saúde Pública associadas à mobilidade das populações. Os objectivos específicos incidem no diagnóstico das vulnerabilidades à infecção pelo VIH/SIDA ligadas à mobilidade das populações a nível europeu, e no desenvolvimento de uma parceria entre membros da UE no sentido de, por um lado, promover o diálogo sobre políticas importantes e necessárias nestas áreas, e por outro desenvolver acções coordenadas capazes de dar resposta a estes desafios.

1. Objectivos do Estudo

Vários estudos têm apontado para o facto de que as populações imigrantes estão especialmente vulneráveis à infecção pelo VIH/SIDA. Esta situação de vulnerabilidade nestas populações pode ser influenciada pelas desigualdades e inequidades associadas à combinação de determinantes sociais e económicos. Por outro lado, estes factores podem condicionar a utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes ao nível da procura de informação sobre VIH/SIDA, do seu diagnóstico precoce e dos cuidados em saúde. Neste sentido, devem ser reconhecidas como importantes estratégias em saúde a minimização do impacto dos determinantes sociais associados ao VIH/SIDA e a garantia do acesso universal e generalizado dos serviços de saúde às populações imigrantes, para ganhos efectivos em saúde no que respeita à prevenção e controlo do VIH/SIDA junto destas populações e redução da sua vulnerabilidade.

Neste contexto, um importante passo será conhecer a realidade actual das populações imigrantes no que respeita à utilização dos serviços de saúde no âmbito do VIH/SIDA, à procura de informação sobre a infecção e ao seu diagnóstico. Tendencialmente têm havido esforços no sentido de conhecer melhor esta realidade, porém a informação sobre as condições de utilização destes serviços por parte das populações imigrantes é ainda incipiente. Neste sentido, o presente estudo pretende contribuir para o desenvolvimento do conhecimento nesta área. O conhecimento dos contextos sociais que caracterizam a utilização dos serviços de saúde no âmbito do VIH/SIDA por parte das populações imigrantes pode contribuir para a reflexão sobre áreas importantes a aprofundar ao nível da investigação. Neste sentido, poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias eficazes e adequadas de prevenção e controlo da infecção pelo VIH/SIDA junto das populações imigrantes, assim como para a reflexão sobre respostas inovadoras aos desafios colocados pela imigração.

Neste contexto, o presente estudo tem como objectivo descrever o tipo de utilização de serviços de saúde no contexto do VIH/SIDA, a procura de informação sobre a doença e o seu diagnóstico por parte de imigrantes residentes em Portugal, tendo em conta determinadas características sócio-demográficas como o seu nível educacional, situação profissional, situação económica, estatuto e tempo de residência.

2. Método

2.1 Amostra

Para o presente estudo procedeu-se a uma amostragem não probabilística ou não-aleatória por conveniência. Os inquiridos que constituem a amostra são imigrantes residentes em Portugal que frequentaram o local onde foi aplicado o questionário, o Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI) no Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, anteriormente designado ACIME), durante o período da sua aplicação.

A amostra do estudo referente ao projecto em que este se enquadra abrange imigrantes de diversas nacionalidades. Contudo, para o presente estudo foi seleccionada uma amostra de 522 participantes, correspondente ao grupo de

imigrantes originários de países africanos. Como foi já referido, a maioria dos imigrantes residentes em Portugal são naturais destes países, sendo que as populações imigrantes a residir há mais tempo no país são originárias de Cabo Verde, Angola e Guiné Bissau. Por outro lado, estas populações imigrantes podem estar especialmente vulneráveis à infecção por diversos factores sociais, económicos e culturais, como vários estudos indicam. Neste sentido, considerou-se pertinente analisar o tipo de utilização dos serviços de saúde no contexto do VIH/SIDA por parte destas populações.

2.2 Instrumento e Variáveis

Neste estudo foi utilizado o método quantitativo de recolha de dados através da realização de um inquérito por questionário. O instrumento de recolha de dados foi estruturado com questões abertas (por exemplo, *Profissão, País de Origem*) e questões com categorias de resposta (*Situação Profissional, Estatuto, Fonte de Informação Privilegiada sobre VIH/SIDA*). No Quadro I estão sistematizadas as variáveis em análise e as respectivas categorias incluídas no questionário.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	VARIÁVEIS	CATEGORIAS	
Sexo	Feminino	País de Origem	(resposta aberta)	
	Masculino		Portuguesa	
Idade (anos)	≤ 25	Nacionalidade	Não portuguesa	
	26-30		Legal	
	31-40	Estatuto	Irregular	
	41-50		Processo de regularização	
	≥ 51		≤ 3	
Nível educacional	Nenhum	Anos de residência em Portugal	4-8	
	Primário		9-15	
	Preparatório		≥ 16	
	Secundário	≤ 3		
Situação profissional	Superior	Anos de residência fora do país de origem	4-8	
	Desempregado		9-15	
	Estudante		≥ 16	
	Doméstica	Serviços de saúde a que recorreria no contexto do VIH/SIDA	Centro de Saúde	
Reformado	Hospital			
Empregado	Coordenação Nacional para a SIDA			
	(Classificação Nacional de Profissões)		Medicina tradicional	
Condições habitacionais: Propriedade	Própria ou da família Arrendada Social Sem Abrigo Outra	Fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA	Medicina Privada	
			Unidades Móveis - ONGs	
			Não sabe	
			Não conhece a doença	
			Outros	
Tipo de habitação	Prédio Moradia Pensão Estaleiro de obra Barraca Outro	Procura de informação sobre VIH/SIDA (no SNS)	Médicos	
			Enfermeiros	
			Farmácia	
			TV, Rádio, Jornais	
			Internet	
			Organizações na comunidade, ONGs	
			Amigos, família	
			Não consegue obter informação	
Com quem a habitação é partilhada	Sozinho Família nuclear Família alargada Outros imigrantes Colegas de trabalho Outros	Problemas encontrados na procura de informação	Não precisa de informação	
			Outras	
			Sim	
			Não	
			Nenhum	
Número de pessoas que vivem na habitação	1-2 3-5 6-9 ≥ 10	Diagnóstico VIH: Teste	Língua	
			Custo	
			Informação desadequada	
			Informação confusa	
			Informação errada	
Número de divisões da habitação	1-2 3-5 ≥ 6	Data (último teste)	Menos de 2 anos/Mais de 2 anos	
			País (último teste)	Portugal/Fora de Portugal
Situação económica	Insuficiente			
	Suficiente			

Quadro I – Variáveis e categorias incluídas no questionário

2.3 Procedimento

Os questionários foram aplicados no CNAI-ACIDI durante 1 mês, em todos os dias úteis e durante o horário de atendimento ao público, isto é, das 8h30 às 16h30. Os questionários foram aplicados oralmente e preenchidos pelos inquiridores, tendo por vezes sido necessário colocar as questões em língua inglesa. A participação dos respondentes no inquérito foi anónima, confidencial e voluntária.

O CNAI (existente em Lisboa e no Porto), é um serviço integrado de apoio e resposta a problemas que os imigrantes residentes em Portugal por vezes enfrentam. Nomeadamente, algumas dificuldades relativas ao processo de legalização, como a disfunção e complexidade de interacção entre os imigrantes e os diferentes serviços públicos. Estes serviços operam em diferentes locais e com diferentes tipos de funcionamento e horários. Esta dispersão e fragmentação dos serviços pode contribuir para a sua ineficácia junto das populações imigrantes, levando a que muitos imigrantes desistam do processo de legalização e impedindo consequentemente a sua integração social. Neste contexto, os CNAIs surgiram como uma resposta inovadora disponibilizando um espaço comum para os vários serviços e departamentos, com a presença de mediadores sócio-culturais (de forma a facilitar a comunicação com o público), e registando numa base comum os aspectos relativos ao percurso dos imigrantes nos vários serviços (para uma melhor coordenação entre departamentos e procura de soluções combinadas para os problemas). Os CNAIs foram assim concebidos para maximizar a eficácia e eficiência do resolução de problemas, tendo em conta as necessidades específicas dos imigrantes, num ambiente amigável e centrado no utilizador.

As instituições e entidades públicas representadas no CNAI em Lisboa são a Inspeção Geral do Trabalho, Segurança Social, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Ministério da Educação e Ministério da Saúde. No que respeita ao fluxo do atendimento do serviço, em 2006 foram atendidos cerca de 300.000 imigrantes, dos quais a maior parte (26%) de origem brasileira. Outros imigrantes utilizadores do CNAI eram originários da Ucrânia (21%), Cabo-Verde (13%), Angola (9%), Roménia e Moldávia (8% cada), São Tomé e Príncipe (5%), Guiné Bissau (4%), China e Rússia (3% cada). A maioria dos utilizadores do CNAI em Lisboa são homens (57%) e 43% são mulheres. Relativamente à sua idade, a maioria (41%) tem idades entre 25 e 35 anos, sendo que 29% tem entre 35 e 45 anos, 15 % tem entre 45 e 65 anos de idade e igual percentagem representa os utilizadores com idades

inferiores a 25 anos. De referir que 43% dos imigrantes que utilizaram o CNAI pela primeira vez em 2006 residiam em Lisboa (ACIDI, 2007c).

2.4 Tratamento e Análise de Dados

Na análise de dados foi utilizado o método quantitativo recorrendo-se ao programa de análise estatística SPSS. Numa primeira fase foi realizada a análise descritiva das características sócio-demográficas dos indivíduos constituintes da amostra, nomeadamente o sexo, idade, nível educacional, situação profissional, condições habitacionais, situação económica, país de origem, estatuto, tempo de residência em Portugal e tempo de residência fora do seu país de origem. Posteriormente foi realizada uma análise descritiva dos dados sobre a utilização dos serviços de saúde no contexto do VIH/SIDA por parte dos respondentes, a procura de informação sobre a doença e seu diagnóstico. Mais concretamente, foram analisadas as respostas dos inquiridos sobre o serviço de saúde que utilizariam para obter cuidados em VIH/SIDA caso necessitassem, a fonte privilegiada de informação sobre a infecção, a procura efectiva deste tipo de informação no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e problemas encontrados, assim como a realização do seu diagnóstico. Estes dados foram analisados considerando o nível educacional dos respondentes, a sua situação profissional e económica, o seu estatuto e tempo de residência em Portugal.

De forma a averiguar se a utilização dos serviços de saúde no contexto do VIH/SIDA (para obtenção de cuidados, informação ou para realização de diagnóstico) está relacionada com as variáveis sócio-demográficas consideradas, foram realizados testes estatísticos do Qui-Quadrado de independência. Considerou-se uma probabilidade de erro de tipo I (α) de 0.05 em todas as análises inferenciais (Maroco, 2007). Foi ainda avaliado o grau de associação entre variáveis, nomeadamente nas situações em que se verificaram associações estatisticamente significativas.

3. Resultados e Análise

3.1 Caracterização Sócio-Demográfica

A amostra analisada neste estudo é constituída por 522 respondentes, dos quais 47,1% ($n=246$) são mulheres e 52,9% ($n=276$) são homens (Tabela 1).

Os respondentes têm idades compreendidas entre os 15 e 69 anos, sendo a média de idades de 33 anos ($s'=9.3$). A grande maioria dos respondentes tem idades inferiores a 40 anos, sendo que 36,6% ($n=191$) tem entre 31 e 40 anos, 19% ($n=99$) tem entre 26 e 30 anos e 22.2% ($n=116$) tem menos de 25 anos. Os respondentes com idades superiores a 41 anos representam cerca de 22% da amostra ($n=116$).

Para uma descrição do nível educacional dos respondentes foi averiguado o número de anos escolares concluídos e foi feita uma correspondência com os graus de ensino existentes. Assim, entre 1 e 4 anos de estudo concluídos correspondeu o nível primário, entre 5 e 9 anos correspondeu o nível preparatório (actualmente, o nível de ensino obrigatório em Portugal), entre 10 e 12 anos correspondeu o nível secundário, e 13 anos de estudo ou mais correspondeu ao nível superior. Nesta amostra verifica-se que a maioria dos respondentes tem nível educacional preparatório (38.6%, $n=201$), e cerca de 32% ($n=169$) tem nível secundário. Os respondentes com nível educacional primário e superior representam sensivelmente a mesma porção da amostra, 13.8% e 13.6% respectivamente. Apenas 8 respondentes (1,6%) revelaram não ter concluído nenhum ano escolar.

Analisando a situação profissional dos respondentes, a grande maioria encontra-se empregada (70.3%, $n=367$). O grupo de respondentes em situação de desemprego representa 17% ($n=89$) e cerca de 12% ($n=63$) dos respondentes são estudantes.

		n	%
Sexo	Mulheres	246	47.1
	Homens	276	52.9
Idade (anos)	≤ 25	116	22.2
	26-30	99	19.0
	31-40	191	36.6
	41-50	94	18.0
	≥ 51	22	4.2
Nível Educacional	Nenhum	8	1.6
	Primário	72	13.8
	Preparatório	201	38.6
	Secundário	169	32.4
<i>Missings=1</i>	Superior	71	13.6
Situação Profissional	Desempregado	89	17.0
	Estudante	63	12.1
	Doméstica	1	0.2
	Reformado	2	0.4
	Empregado	367	70.3

Tabela 1: Sexo, idade, nível educacional e situação profissional dos inquiridos

Para além da situação profissional dos inquiridos foi também analisada a área profissional dos que se encontram empregados, com base na Classificação Nacional de Profissões, definida pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP, 2001). Neste sentido, os dados indicam que a maioria dos respondentes que se encontram em situação de emprego têm uma actividade profissional na área da construção civil (40.6%, $n=148$) e cerca de 22% ($n=80$) dos respondentes trabalham em limpezas e serviços domésticos (Tabela 2). Outras áreas profissionais identificadas foram a de serviços (por exemplo, administrativo, assistente familiar, vigilante) representada por 15.3% da amostra ($n=56$), e a de hotelaria e restauração (10%, $n=37$).

Área profissional (n=367)	n	%
Comércio	21	5.8
Construção Civil	148	40.6
Hotelaria e Restauração	37	10.1
Indústria	23	6.3
Limpezas e Serviços Domésticos	80	21.9
Serviços	56	15.3
<i>Missing=2</i>		

Tabela 2: Área profissional dos inquiridos empregados

Para a análise das condições habitacionais dos inquiridos foram considerados cinco indicadores: propriedade, tipo de habitação, coabitantes, número de coabitantes e número de divisões. Assim, verifica-se que a maioria dos respondentes residem numa casa arrendada (63%, $n=325$), em prédio (83.5%, $n=436$), com a sua família nuclear (70.1%, $n=366$) (Tabela 3). Na maioria dos casos coabitam entre 3 e 5 pessoas (61.8%, $n=322$) numa casa com 3 a 5 divisões (68.4%, $n=357$).

Condições Habitacionais		n	%
Propriedade	Própria/Família	157	30.4
	Arrendada	325	63.0
	Social	33	6.4
	<i>Missings=6</i> Sem Abrigo	1	0.2
Tipo de habitação	Prédio	436	83.5
	Moradia	68	13.0
	Pensão	3	0.6
	Estaleiro de obra	0	0.0
	Barraca	11	2.1
	Outros	4	0.8
Com quem a habitação é partilhada	Sozinho	27	5.2
	Família nuclear	366	70.1
	Família alargada	61	11.7
	Outros imigrantes	44	8.4
	Colegas de trabalho	10	1.9
Número de pessoas que vivem na habitação	Outros	14	2.7
	1-2	118	22.6
	3-5	322	61.8
	6-9	76	14.6
<i>Missings=1</i>	≥ 10	5	1.0
Número de divisões da habitação	1-2	150	28.7
	3-5	357	68.4
	≥ 6	15	2.9

Tabela 3: Condições habitacionais em que vivem os inquiridos

Para a avaliação da situação económica foi averiguada a percepção que os indivíduos tinham dos seus rendimentos e verifica-se que a maioria dos inquiridos considerou-os insuficientes (68.4%, $n=357$) (Tabela 4).

Sendo a amostra deste estudo constituída por imigrantes provenientes de países africanos, foram identificados os seus países de origem. A maioria dos respondentes provém de Cabo Verde (31.6%, $n=165$), Angola (25.9, $n=135$), Guiné Bissau (20.4%, $n=107$) e São Tomé e Príncipe (11.3%, $n=59$), o que reflecte os dados relativos às populações imigrantes naturais destes países residentes em Portugal.

No que respeita ao estatuto, verifica-se que a maioria dos respondentes encontra-se em situação legal (66.9%, $n=325$) e 29.2% tem a sua situação em processo de regularização ($n=142$). Uma minoria encontra-se em situação irregular (3.9%, $n=19$), contudo é interessante verificar que 36 inquiridos não indicaram o seu estatuto. Considerando a nacionalidade dos respondentes, apenas 7.9% tem nacionalidade portuguesa ($n=41$), sendo que a grande maioria não tem (92.1%, $n=480$).

		n	%
Situação Económica (subjectivo)	Insuficiente	357	68.4
	Suficiente	165	31.6
País de Origem	Angola	135	25.9
	Argélia	1	0.2
	Cabo Verde	165	31.6
	Camarões	1	0.2
	Gambia	1	0.2
	Guiné	19	3.6
	Guiné Bissau	107	20.4
	Guiné Conakri	2	0.4
	Marrocos	5	1.0
	Moçambique	16	3.1
	Nigéria	2	0.4
	São Tomé e Príncipe	59	11.3
	Senegal	8	1.5
	Serra Leoa	1	0.2
Estatuto <i>Missings=36</i>	Legal	325	66.9
	Irregular	19	3.9
	Processo de regularização	142	29.2
Nacionalidade <i>Missings=1</i>	Não Portuguesa	480	92.1
	Portuguesa	41	7.9

Tabela 4: Situação económica (percebida), país de origem, estatuto e nacionalidade dos inquiridos

Considerando o tempo de residência, verifica-se que os respondentes residem em Portugal em média há 11 anos, e o maior tempo de residência registado foi de 37 anos. A maior parte dos inquiridos reside em Portugal entre 4 a 8 anos (38.9%, $n=203$), sendo que cerca de 29% reside entre 9 e 15 anos ($n=152$) e 23.2% reside no país há 16 ou mais anos ($n=121$) (Tabela 5). Uma minoria dos respondentes reside há menos de 3 anos (8.8%, $n=46$).

No que respeita ao tempo de residência dos respondentes fora do seu país de origem, verifica-se para cada categoria sensivelmente a mesma percentagem que a referente aos anos de residência em Portugal. Estes dados levam a sugerir que na

generalidade os inquiridos emigraram do seu país de origem directamente para Portugal.

		n	%
Anos de residência em Portugal	≤ 3	46	8.8
	4-8	203	38.9
	9-15	152	29.1
	≥ 16	121	23.2
Anos de residência fora do país de origem	≤ 3	35	6.7
	4-8	199	38.1
	9-15	148	28.4
	≥ 16	140	26.8

Tabela 5: Tempo de residência em Portugal

Na análise das características sócio-demográficas dos inquiridos considerando o sexo, verifica-se que os respondentes com idades inferiores a 30 anos são maioritariamente do sexo feminino (≤ 25 59.5%, n=69; 26-30 54.5%, n=54), e que os respondentes com mais de 31 anos de idade são na sua maioria do sexo masculino (31-40 61.8%, n=118; 41-50 55.3%, n=52; ≥ 51 63.6%, n=14) (Tabela 6).

Sexo	Idade (Anos)				
	≤ 25	26-30	31-40	41-50	≥ 51
Feminino	69 (59.5%)	54 (54.5%)	73 (38.2%)	42 (44.7%)	8 (36.4%)
Masculino	47 (40.5%)	45 (45.5%)	118 (61.8%)	52 (55.3%)	14 (63.6%)

Tabela 6: Idade dos inquiridos por sexo

Relativamente ao nível educacional verifica-se que os respondentes com nível primário (51.4%, n=37), preparatório (52.2%, n=105), secundário (52.7%, n=89) e superior (57.7%, n=41) são na sua maioria do sexo masculino, sendo que os inquiridos que revelaram não ter concluído nenhum ano escolar são na maioria mulheres (62.5%, n=5) (Tabela 7).

Sexo	Nível Educacional (n=521)				
	Nenhum	Primário	Preparatório	Secundário	Superior
Feminino	5 (62.5%)	35 (48.6%)	96 (47.8%)	80 (47.3%)	30 (42.3%)
Masculino	3 (37.5%)	37 (51.4%)	105 (52.2%)	89 (52.7%)	41 (57.7%)

Tabela 7: Nível educacional dos inquiridos por sexo

Os dados indicam que os respondentes que se encontram em situação de desemprego são maioritariamente do sexo feminino (51.7%, $n=46$), assim como os respondentes que são estudantes (60.3%, $n=38$) (Tabela 8). Por outro lado, verifica-se que os inquiridos que estão empregados são na maioria homens (56.1%, $n=206$).

Sexo	Situação profissional				
	Desempregado	Estudante	Doméstica	Reformado	Empregado
Feminino	46 (51.7%)	38 (60.3%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	161 (43.9%)
Masculino	43 (48.3%)	25 (39.7%)	0 (0.0%)	2 (100.0%)	206 (56.1%)

Tabela 8: Situação profissional dos inquiridos por sexo

No que respeita à situação económica (percebida) dos respondentes, tanto a maioria dos homens (66.7%, $n=184$) como a maioria das mulheres (70.3%, $n=173$) consideraram-na insuficiente (Tabela 9).

Situação económica (subjectivo)	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Insuficiente	173	70.3	184	66.7
Suficiente	73	29.7	92	33.3

Tabela 9: Sexo dos inquiridos por situação económica (percebida)

Considerando o estatuto verifica-se que a maioria dos inquiridos em situação legal são do sexo masculino (56.3%, $n=183$), enquanto que a maioria dos que se encontram em processo de regularização (51.4%, $n=73$) e em situação irregular (52.6%, $n=10$) são mulheres (Tabela 10).

Sexo	Estatuto ($n=486$)		
	Legal	Irregular	Processo de Regularização
Feminino	142 (43.7%)	10 (52.6%)	73 (51.4%)
Masculino	183 (56.3%)	9 (47.4%)	69 (48.6%)

Tabela 10: Estatuto dos inquiridos por Sexo

Analisando a situação profissional dos respondentes e a percepção da sua situação económica, verifica-se que a maioria dos inquiridos em situação de desemprego (87.6%, $n=78$) e empregados (67.6%, $n=248$) considera os seus rendimentos insuficientes (Tabela 11). Porém, a maioria dos respondentes que são estudantes considera os seus rendimentos suficientes (54%, $n=34$).

Situação económica (subjectivo)	Situação Profissional				
	Desempregado	Estudante	Doméstica	Reformado	Empregado
Insuficiente	78 (87.6%)	29 (46.0%)	1 (100.0%)	1 (50.0%)	248 (67.6%)
Suficiente	11 (12.4%)	34 (54.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	119 (32.4%)

Tabela 11: Situação profissional dos inquiridos por situação económica (percebida)

Foram também analisadas as características sócio-demográficas dos respondentes tendo em conta o seu estatuto (Tabela 12). Assim, verifica-se que a maioria dos inquiridos em situação legal (40.1%, $n=130$) e em processo de regularização (39.4%, $n=56$) tem nível educacional equivalente ao nível preparatório, e que a maioria dos que se encontram em situação irregular tem nível secundário (42.1%, $n=8$).

Considerando a situação profissional, a maioria dos respondentes encontram-se empregados, quer se encontrem em situação legal (71.7%, $n=233$), irregular (57.9%, $n=11$) ou em processo de regularização (71.8%, $n=102$). Contudo, verifica-se que a percentagem de respondentes em situação de desemprego é superior no caso do estatuto irregular (42.1%, $n=8$), comparativamente aos outros tipos de estatuto (*Legal* 15.4%, $n=50$; *Processo de Regularização* 14.1%, $n=20$).

No que respeita à situação económica, verifica-se que a maioria dos respondentes consideram-na insuficiente independentemente do seu estatuto (*Legal* 71.1%, $n=231$; *Irregular* 78.9%, $n=15$; *Processo de Regularização* 63.4%, $n=90$).

Nível educacional (n=485)	Estatuto		
	Legal	Irregular	Processo de Regularização
Nenhum	4 (1.3%)	0 (0.0%)	3 (2.1%)
Primário	43 (13.3%)	7 (36.8%)	17 (12.0%)
Preparatório	130 (40.1%)	3 (15.8%)	56 (39.4%)
Secundário	96 (29.6%)	8 (42.1%)	54 (38.0%)
Superior	51 (15.7%)	1 (5.3%)	12 (8.5%)
Situação Profissional (n=486)	Legal	Irregular	Processo de Regularização
Desempregado	50 (15.4%)	8 (42.1%)	20 (14.1%)
Estudante	41 (12.6%)	0 (0.0%)	20 (14.1%)
Doméstica	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Reformado	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Empregado	233 (71.7%)	11 (57.9%)	102 (71.8%)
Situação económica (subjectivo) (n=486)	Legal	Irregular	Processo de Regularização
Insuficiente	231 (71.1%)	15 (78.9%)	90 (63.4%)
Suficiente	94 (28.9%)	4 (21.1%)	52 (36.6%)

Tabela 12: Estatuto dos inquiridos por nível educacional, situação profissional e situação económica (percebida)

3.2 Utilização de Serviços de Saúde no contexto da infecção pelo VIH/SIDA

Para conhecer o tipo de utilização dos serviços de saúde no contexto do VIH/SIDA por parte dos inquiridos foram analisadas as suas respostas acerca do serviço de saúde a que recorreriam se tivessem problemas relacionados com a infecção.

Assim, verifica-se que neste contexto a maioria dos respondentes recorreria ao Hospital (45.8%, $n=239$) e 38.5% recorreria ao Centro de Saúde ($n=201$) (Tabela 13). Uma minoria dos inquiridos indicou que recorreria à medicina privada (2.8%, $n=15$) ou à Coordenação Nacional para a SIDA (1.5%, $n=8$). Cerca de 1% dos respondentes ($n=4$) referiu que utilizaria outro tipo de serviços, como CAD (Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH), CNAI ou linhas telefónicas.

Os dados revelam ainda que cerca de 7% ($n=36$) dos respondentes não sabe a que serviço de saúde recorreria se precisasse, e que nenhum inquirido recorreria a uma unidade móvel no contexto do VIH/SIDA. Apenas um respondente referiu que recorreria à medicina tradicional e nenhum revelou desconhecer a doença. Alguns

respondentes referiram ainda que recorreriam a mais do que um serviço, representando contudo uma minoria (3.5%, $n=18$).

Serviços de saúde a que recorreria no contexto do VIH/SIDA	n (%)
Centro de Saúde	201 (38.5)
Hospital	239 (45.8)
Coordenação Nacional para a SIDA	8 (1.5)
Medicina tradicional	1 (0.2)
Medicina Privada	15 (2.8)
Unidades móveis - ONG's	0 (0.0)
Não sabe	36 (6.9)
Não conhece a doença	0 (0.0)
Outros	4 (0.8)
Centro de Saúde e Hospital	14 (2.7)
Centro de Saúde e Medicina Privada	1 (0.2)
Centro de Saúde e outros	1 (0.2)
Hospital e Medicina Privada	2 (0.4)

Tabela 13: Serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam para cuidados em VIH/SIDA

A utilização dos serviços de saúde no contexto do VIH/SIDA foi também analisada considerando algumas variáveis sócio-demográficas como o nível educacional dos respondentes, a sua situação profissional e económica, o estatuto e o tempo de residência em Portugal. Para esta análise foram consideradas as respostas que indicaram apenas um serviço de saúde e foi excluída a categoria referente a outros serviços.

A estatística inferencial permite afirmar que o tipo de serviço de saúde a que os respondentes recorreriam, caso tivessem problemas relacionados com VIH/SIDA, não é independente do nível educacional ($\chi^2(20)=37.835$; $p=0.026$). Verifica-se que existe uma associação fraca estatisticamente significativa entre o nível educacional dos respondentes e o serviço de saúde a que recorreriam ($V=0.138$; $p=0.009$). Os resultados indicam que a maioria dos respondentes com nível educacional primário (41.2%, $n=28$) ou que nunca concluíram um ano escolar (75%, $n=6$) recorreria ao Centro de Saúde (Tabela 14). Por outro lado, verifica-se que a maioria dos inquiridos com nível educacional preparatório (56.5%, $n=109$), secundário (45.1%, $n=73$) e superior (42.6%, $n=29$) recorreria ao Hospital se tivessem problemas relacionados com VIH/SIDA.

Os resultados indicam ainda que nenhum inquirido com nível educacional primário ou sem nenhum nível referiu que recorreria à Coordenação Nacional para a

SIDA, apenas os inquiridos com níveis educacionais superiores (*Preparatório* 0.5%, $n=1$; *Secundário* 2.5%, $n=4$; *Superior* 4.4%, $n=3$). Verifica-se também que os respondentes com nível educacional equivalente ao secundário e superior têm uma maior representação no grupo de inquiridos que recorreriam a medicina privada (*Secundário* 4.9%, $n=8$; *Superior* 5.9%, $n=4$), comparativamente aos inquiridos com níveis educacionais inferiores. Considerando os respondentes que referiram não saber a que serviços de saúde recorreriam, verifica-se que os inquiridos com níveis educacionais inferiores têm maior representação neste grupo (*Nenhum* 12.5%, $n=1$; *Primário* 16.2%, $n=11$).

Serviços de saúde a que recorreria no contexto do VIH/SIDA (n=499)						
Nível Educacional	Centro de Saúde	Hospital	Coordenação Nacional para a SIDA	Medicina tradicional	Medicina Privada	Não sabe
Nenhum	6 (75.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)
Primário	28 (41.2%)	27 (39.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (2.9%)	11 (16.2%)
Preparatório	75 (38.9%)	109 (56.5%)	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	7 (3.6%)
Secundário	63 (38.9%)	73 (45.1%)	4 (2.5%)	1 (0.6%)	8 (4.9%)	13 (8.0%)
Superior	28 (41.2%)	29 (42.6%)	3 (4.4%)	0 (0.0%)	4 (5.9%)	4 (5.9%)

$\chi^2=37.835$, $df=20$, $p=0.026$

Tabela 14: Serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam por nível educacional

No que respeita à situação profissional dos inquiridos, verifica-se que a maioria dos que se encontram em situação de desemprego (51.2%, $n=44$) recorreriam ao Hospital se tivesse problemas relacionados com VIH/SIDA, tal como grande parte dos respondentes empregados (48.2%, $n=169$) (Tabela 15). Por outro lado, os resultados indicam que a maioria dos inquiridos estudantes recorreriam ao Centro de Saúde (46.7%, $n=28$). Verifica-se ainda que este grupo tem maior representação no grupo de inquiridos que recorreriam à Coordenação Nacional para a SIDA (*Estudante* 5%, $n=3$), em comparação com os respondentes em situações profissionais diferentes (*Desempregado* 1.2%, $n=1$; *Empregado* 1.1%, $n=4$). Relativamente aos inquiridos que referiram não saber a que serviço de saúde recorreriam no contexto do VIH/SIDA, verifica-se que têm maior representação neste grupo os inquiridos desempregados (9.3%, $n=8$). Os resultados indicam ainda que o tipo de serviço a que os inquiridos recorreriam, caso precisassem de cuidados em VIH/SIDA, é independente da sua situação profissional ($\chi^2(20)=25.224$; $p=0.166$).

Serviços de saúde a que recorreria no contexto do VIH/SIDA (n=500)						
Situação Profissional	Centro de Saúde	Hospital	Coordenação Nacional para a SIDA	Medicina tradicional	Medicina Privada	Não sabe
Desempregado	31 (36.0%)	44 (51.2%)	1 (1.2%)	0 (0.0%)	2 (2.3%)	8 (9.3%)
Estudante	28 (46.7%)	24 (40.0%)	3 (5.0%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	4 (6.7%)
Doméstica	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Reformado	0 (0.0%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)
Empregado	142 (40.5%)	169 (48.2%)	4 (1.1%)	1 (0.3%)	11 (3.1%)	24 (6.8%)

$$\chi^2=25.224, df=20, p=0.166$$

Tabela 15: Serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam por situação profissional

No que respeita à situação económica dos respondentes, verifica-se que a maioria dos que a consideram insuficiente recorreria ao Hospital se tivesse problemas relacionados com VIH/SIDA (49.6% $n=168$) (Tabela 16). Por outro lado, a maior parte dos inquiridos que consideram os seus rendimentos suficientes referiu que recorreria ao Centro de Saúde (43.4%, $n=70$). Verifica-se também que este grupo de inquiridos tem maior representação no grupo de respondentes que recorreriam à Coordenação Nacional para a SIDA (2.5%, $n=4$) e a medicina privada (5%, $n=8$), comparativamente aos inquiridos que consideram os seus rendimentos insuficientes (*Coordenação Nacional para a SIDA* 1.2%, $n=4$; *Medicina Privada* 2.1%, $n=7$). Relativamente aos respondentes que consideram a sua situação económica insuficiente, verifica-se ainda que estes têm maior representação no grupo de inquiridos que revelaram não saber a que serviço de saúde recorreriam (8.2%, $n=28$), em comparação com os restantes inquiridos (*Suficiente* 5%, $n=8$).

Porém, os resultados da estatística inferencial permitem afirmar que o tipo de serviço que os respondentes utilizariam no contexto do VIH/SIDA não está associado à sua situação económica (percebida) ($\chi^2(5)=7.661$; $p=0.162$).

Serviços de saúde a que recorreria no contexto do VIH/SIDA (n=500)						
Situação Económica (subjectivo)	Centro de Saúde	Hospital	Coordenação Nacional para a SIDA	Medicina tradicional	Medicina Privada	Não sabe
Insuficiente	131 (38.6%)	168 (49.6%)	4 (1.2%)	1 (0.3%)	7 (2.1%)	28 (8.2%)
Suficiente	70 (43.4%)	71 (44.1%)	4 (2.5%)	0 (0.0%)	8 (5.0%)	8 (5.0%)

$$\chi^2=7.661, df=5, p=0.162$$

Tabela 16: Serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam por situação económica (percebida)

No que respeita à situação legal dos respondentes, os resultados da estatística inferencial indicam que o tipo de serviço a que os respondentes recorreriam no contexto do VIH/SIDA é independente do seu estatuto ($X^2(10)=6.323$; $p=0.731$). Contudo, verifica-se que a maioria dos que se encontram em situação legal recorreria ao Hospital (49.4%, $n=152$), tal como os que se encontram em situação irregular (50%, $n=9$) e em processo de regularização (44.9%, $n=62$) (Tabela 17). Os resultados indicam ainda que nenhum respondente em situação irregular referiu a Coordenação Nacional para a SIDA ou a medicina privada como serviços aos quais recorreria no contexto do VIH/SIDA. É interessante verificar que no grupo de respondentes que não sabem a que serviço recorreriam se precisassem, têm maior representação os inquiridos em situação irregular (11.1%, $n=2$) ou em processo de regularização (10.2%, $n=14$), comparativamente aos inquiridos em situação legal (6.2%, $n=19$).

Serviços de saúde a que recorreria no contexto do VIH/SIDA (n=464)						
Estatuto	Centro de Saúde	Hospital	Coordenação Nacional para a SIDA	Medicina tradicional	Medicina Privada	Não sabe
Legal	122 (39.6%)	152 (49.4%)	5 (1.6%)	0 (0.0%)	10 (3.2%)	19 (6.2%)
Irregular	7 (38.9%)	9 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (11.1%)
Processo de Regularização	56 (40.6%)	62 (44.9%)	2 (1.4%)	1 (0.7%)	3 (2.2%)	14 (10.2%)

$X^2=6.323$, $df=10$, $p=0.731$

Tabela 17: Serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam por estatuto

Foram também analisadas as respostas dos inquiridos acerca dos serviços de saúde a que recorreriam, considerando o tempo de residência em Portugal. Neste caso, a estatística inferencial indica que o tipo de serviço de saúde que os respondentes utilizariam, caso precisassem de cuidados em VIH/SIDA, está associada ao tempo de residência no país ($X^2(15)=27.273$; $p=0.029$). Os resultados indicam ainda que existe uma associação fraca entre as duas variáveis sendo estatisticamente significativa ($V=0.135$; $p=0.027$). Assim, verifica-se que a maior parte dos respondentes que residem em Portugal há menos de 3 anos recorreriam ao Centro de Saúde para obter cuidados em VIH/SIDA (43.5%, $n=20$), tal como grande parte dos inquiridos que residem há 16 anos ou mais no país (48.3%, $n=57$) (Tabela 18). Por outro lado, a maioria dos respondentes que reside em Portugal entre 4 a 15 anos referiu que recorreria ao Hospital (4-8 51.8%, $n=100$; 9-15 51%, $n=73$).

Verifica-se que nenhum inquirido residente no país há menos de 3 anos recorreria à Coordenação Nacional para a SIDA nem a medicina privada se tivesse

problemas relacionados com VIH/SIDA. Verifica-se ainda que os respondentes que residem há mais tempo em Portugal (há 16 anos ou mais) têm maior representação no grupo de inquiridos que recorreriam a medicina privada (5.9%, $n=7$), em comparação com os inquiridos que residem há menos tempo no país (4-8 2.1%, $n=4$; 9-15 2.8%, $n=4$). Analisando o grupo de respondentes que revelou não saber a que serviço recorreria no contexto do VIH/SIDA, os resultados revelam que têm maior representação neste grupo os inquiridos que residem em Portugal há menos de 8 anos (≤ 3 15.2%, $n=7$; 4-8 9.8%, $n=19$).

Serviços de saúde a que recorreria no contexto do VIH/SIDA (n=500)						
Anos de residência em Portugal	Centro de Saúde	Hospital	Coordenação Nacional para a SIDA	Medicina tradicional	Medicina Privada	Não sabe
≤ 3	20 (43.5%)	19 (41.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (15.2%)
4-8	67 (34.7%)	100 (51.8%)	3 (1.6%)	0 (0.0%)	4 (2.1%)	19 (9.8%)
9-15	57 (39.9%)	73 (51.0%)	4 (2.8%)	1 (0.7%)	4 (2.8%)	4 (2.8%)
≥ 16	57 (48.3%)	47 (39.8%)	1 (0.9%)	0 (0.0%)	7 (5.9%)	6 (5.1%)

$\chi^2=27.273$, $df=15$, $p=0.029$

Tabela 18: Serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam por tempo de residência em Portugal

3.3 Procura de informação sobre VIH/SIDA

Para conhecer o tipo de procura de informação sobre a infecção VIH/SIDA por parte dos respondentes, foram analisadas as suas respostas acerca da fonte de informação a que recorreriam em primeiro lugar, da procura de informação no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos problemas encontrados.

Fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA

No que respeita à principal fonte de informação a que os respondentes recorreriam para obter informação sobre VIH/SIDA, a grande maioria revelou que recorreria primeiramente aos médicos (71%, $n=368$) (Tabela 19). A segunda fonte de informação mais mencionada foi a Internet (14.3%, $n=74$). Uma minoria referiu que recorreria a enfermeiros (0.8%, $n=4$) ou à farmácia (0.8%, $n=4$). Os amigos e família foram considerados a fonte de informação privilegiada de 4.6% dos respondentes ($n=24$), sendo que 1.9% ($n=10$) considerou ser as organizações na comunidade e ONGs. Uma minoria dos respondentes referiu a televisão, rádio e jornais como fonte de informação a que recorreria para obter informação sobre VIH/SIDA (2.3%, $n=12$)

e 2.5% ($n=13$) referiu outro tipo de fontes de informação, como o CNAI e a linha telefónica “Saúde 24”.

Verifica-se que 1.4% dos respondentes revelou não conseguir obter informação sobre VIH/SIDA ($n=7$), valor superior ao dos respondentes que revelaram não precisar dessa informação (0.4%, $n=2$).

Fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA	n (%)
Médicos	368 (71.0%)
Enfermeiros	4 (0.8%)
Farmácia	4 (0.8%)
TV, Rádio, Jornais	12 (2.3%)
Internet	74 (14.3%)
Organizações na comunidade, ONGs	10 (1.9%)
Amigos, família	24 (4.6%)
Não consegue obter informação	7 (1.4%)
Não precisa de informação	2 (0.4%)
Outras	13 (2.5%)
<i>Missings=4</i>	

Tabela 19: Fonte de informação sobre VIH/SIDA privilegiada pelos inquiridos

As respostas dos inquiridos sobre as suas fontes de informação privilegiadas no contexto do VIH/SIDA foram também analisadas tendo em conta o seu nível educacional, a situação profissional e económica, o estatuto e tempo de residência em Portugal. Para esta análise foram consideradas todas as fontes de informação definidas, excepto a categoria referente a outras fontes, o grupo de respondentes que referiram não conseguir obter informação e o grupo que referiu não precisar de informação sobre VIH/SIDA.

Assim, no que respeita ao nível educacional os resultados indicam que existe uma associação fraca estatisticamente significativa entre este indicador e a fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA ($V=0.179$; $p=0.000$). A estatística inferencial permite afirmar que a fonte de informação privilegiada dos inquiridos está relacionada com o seu nível educacional ($X^2(24)=63.374$; $p=0.003$). Verifica-se que a maioria dos inquiridos procuraria informação sobre VIH/SIDA preferencialmente junto de médicos, independentemente do seu nível educacional (*Nenhum* 100%, $n=7$; *Primário* 80.9%, $n=55$; *Preparatório* 83.6%, $n=158$; *Secundário* 66.9%, $n=109$; *Superior* 56%, $n=38$) (Tabela 20). Verifica-se que os respondentes com nível educacional superior têm menor representação no grupo de inquiridos que

privilegiam os médicos como fonte de informação sobre VIH/SIDA, em comparação com os inquiridos com níveis educacionais inferiores. Por outro lado, os resultados indicam que este grupo de respondentes tem maior representação no grupo de inquiridos que privilegiam como fontes de informação as organizações na comunidade e ONGs (2.9%, $n=2$). Verifica-se também que os inquiridos com níveis educacionais mais elevados têm maior representação no grupo de respondentes que recorreriam a televisão, rádio, jornais (*Secundário* 3.1%, $n=5$; *Superior* 2.9%, $n=2$) e a Internet (*Secundário* 22.1%, $n=36$; *Superior* 35.3%, $n=24$) para obterem informação sobre VIH/SIDA.

Os resultados indicam que os inquiridos que nunca concluíram um ano escolar não recorreriam a nenhuma outra fonte de informação para além dos médicos. Verifica-se ainda que os inquiridos com nível educacional primário têm maior representação no grupo de respondentes que indicaram como fonte de informação privilegiada os amigos e família (10.3%, $n=7$) e a farmácia (2.9%, $n=2$), em comparação com os restantes inquiridos (*Amigos, família: Preparatório* 3.7%, $n=7$; *Secundário* 4.9%, $n=8$; *Superior* 2.9%, $n=2$; *Farmácia: Preparatório* 1.1%, $n=2$).

Fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA (n=495)							
Nível Educacional	Médicos	Enfermeiros	Farmácia	TV, Rádio, Jornais	Internet	Organizações na comunidade, ONGs	Amigos, família
Nenhum	7(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
Primário	55(80.9%)	0(0.0%)	2(2.9%)	1(1.5%)	2(2.9%)	1(1.5%)	7(10.3%)
Preparatório	158(83.6%)	2(1.1%)	2(1.1%)	4(2.1%)	12(6.3%)	4(2.1%)	7(3.7%)
Secundário	109(66.9%)	2(1.2%)	0(0.0%)	5(3.1%)	36(22.1%)	3(1.8%)	8(4.9%)
Superior	38(56.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	2(2.9%)	24(35.3%)	2(2.9%)	2(2.9%)

$\chi^2=63.374$, $df=24$, $p=0.003$

Tabela 20: Fonte de informação privilegiada pelos inquiridos por nível educacional

Considerando a situação profissional dos respondentes, a estatística inferencial indica que a fonte de informação sobre VIH/SIDA privilegiada pelos inquiridos é independente da sua situação profissional ($\chi^2(24)=32.313$; $p=0.183$). Verifica-se que a maioria dos inquiridos empregados indicam como fonte de informação privilegiada os médicos (76.2%, $n=263$), assim como a maioria dos respondentes desempregados (78.4%, $n=69$) e estudantes (56.7%, $n=34$) (Tabela 21).

Contudo, os resultados indicam que os inquiridos em situação de emprego têm maior representação no grupo de respondentes que recorreriam a televisão, rádio e

jornais para obterem informação sobre VIH/SIDA (2.6%, $n=9$), em comparação com os inquiridos em situações profissionais diferentes (*Desempregado* 2.3%, $n=2$; *Estudante* 1.7%, $n=1$). Verifica-se também que os respondentes estudantes têm maior representação no grupo de inquiridos que privilegiam a Internet como fonte de informação sobre VIH/SIDA (35%, $n=21$), comparativamente aos inquiridos empregados (12.8%, $n=44$) e desempregados (9.1%, $n=8$). É interessante verificar que os inquiridos em situação de desemprego têm maior representação nos grupos de respondentes que recorreriam a organizações na comunidade, ONGs (3.4%, $n=3$), amigos e família (5.7%, $n=5$) para obterem informação sobre VIH/SIDA.

Situação Profissional	Fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA (n=496)						
	Médicos	Enfermeiros	Farmácia	TV, Rádio, Jornais	Internet	Organizações na comunidade, ONGs	Amigos, família
Desempregado	69(78.4%)	0(0.0%)	1(1.1%)	2(2.3%)	8(9.1%)	3(3.4%)	5(5.7%)
Estudante	34(56.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(1.7%)	21(35.0%)	1(1.7%)	3(5.0%)
Doméstica	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
Reformado	2(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
Empregado	263(76.2%)	4(1.2%)	3(0.9%)	9(2.6%)	44(12.8%)	6(1.7%)	16(4.6%)

$\chi^2=32.313$, $df=24$, $p=0.183$

Tabela 21: Fonte de informação privilegiada pelos inquiridos por situação profissional

Relativamente à situação económica dos respondentes e a fonte de informação privilegiada, verifica-se que existe uma associação fraca estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($V=0.192$; $p=0.005$). A estatística inferencial permite afirmar que a fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA não é independente da situação económica (percebida) dos inquiridos ($\chi^2(6)=18.335$; $p=0.005$). Os resultados indicam que tanto a maioria dos respondentes que consideram a sua situação económica insuficiente (76.5%, $n=260$) como a maioria dos que a consideram suficiente (69.3%, $n=108$) privilegiam os médicos como fonte de informação sobre VIH/SIDA (Tabela 22). Contudo, verifica-se que os inquiridos que consideram a sua situação económica suficiente têm maior representação no grupo de respondentes que privilegiam a Internet (23.1%, $n=36$), os amigos e a família (5.8%, $n=9$) como fontes de informação sobre VIH/SIDA. Por outro lado, verifica-se que os respondentes que consideram os seus rendimentos insuficientes têm maior representação nos grupos de inquiridos que preferencialmente procurariam

informação sobre VIH/SIDA junto das organizações na comunidade e ONGs (2.6%, $n=9$), e na televisão, rádio e jornais (3.2%, $n=11$).

Situação Económica (subjectivo)	Fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA (n=496)						
	Médicos	Enfermeiros	Farmácia	TV, Rádio, Jornais	Internet	Organizações na comunidade, ONGs	Amigos, família
Insuficiente	260(76.5%)	3(0.9%)	4(1.2%)	11(3.2%)	38(11.2%)	9(2.6%)	15(4.4%)
Suficiente	108(69.3%)	1(0.6%)	0(0.0%)	1(0.6%)	36(23.1%)	1(0.6%)	9(5.8%)

$$X^2=18.335, df=6, p=0.005$$

Tabela 22: Fonte de informação privilegiada pelos inquiridos por situação económica (percebida)

Quanto à fonte de informação sobre VIH/SIDA privilegiada, a estatística inferencial indica que esta é independente do estatuto dos inquiridos ($X^2(12)=14.910$; $p=0.232$). Os resultados revelam que em todos os grupos a grande maioria dos inquiridos indicaram os médicos como a fonte a que recorreriam para obter informação sobre VIH/SIDA (*Legal* 74.4%, $n=230$; *Irregular* 61.1%, $n=11$; *Processo de Regularização* 73.3%, $n=99$) (Tabela 23). Contudo, verifica-se que os respondentes que privilegiam a farmácia como fonte de informação sobre VIH/SIDA estão na sua totalidade em situação legal ($n=4$). Verifica-se também que apenas os respondentes em situação legal e em processo de regularização referiram que recorreriam a enfermeiros para obterem informação sobre VIH/SIDA (*Legal* 0.7%, $n=2$; *Processo de Regularização* 1.5%, $n=2$), bem como a televisão, rádio e jornais (*Legal* 3.2%, $n=10$; *Processo de Regularização* 1.5%, $n=2$). Por outro lado, os resultados indicam que os inquiridos em situação irregular têm maior representação no grupo de respondentes que privilegiam a Internet (16.7%, $n=3$), organizações na comunidade, ONGs (11.1%, $n=2$), amigos e família (11.1%, $n=2$) como fontes de informação sobre VIH/SIDA.

Estatuto	Fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA (n=462)						
	Médicos	Enfermeiros	Farmácia	TV, Rádio, Jornais	Internet	Organizações na comunidade, ONGs	Amigos, família
Legal	230(74.4%)	2(0.7%)	4(1.3%)	10(3.2%)	46(14.9%)	5(1.6%)	12(3.9%)
Irregular	11(61.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	3(16.7%)	2(11.1%)	2(11.1%)
Processo de Regularização	99(73.3%)	2(1.5%)	0(0.0%)	2(1.5%)	20(14.8%)	3(2.2%)	9(6.7%)

$$X^2=14.910, df=12, p=0.232$$

Tabela 23: Fonte de informação privilegiada pelos inquiridos por estatuto

De acordo com a estatística inferencial, a fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA não está relacionada com o tempo de residência dos respondentes em Portugal ($X^2(18)=27.495; p=0.073$).

Os resultados indicam que a maioria dos inquiridos recorreria primeiramente aos médicos para obter informação sobre VIH/SIDA, independentemente do seu tempo de residência em Portugal (≤ 3 61%, $n=25$; 4-8 76.5%, $n=146$; 9-15 71.2%, $n=104$; ≥ 16 78.8%, $n=93$) (Tabela 24). Contudo, verifica-se que os inquiridos que residem há mais de 16 anos no país têm maior representação no grupo de respondentes que procurariam informação sobre VIH/SIDA junto de médicos e na televisão, rádio e jornais (5%, $n=6$). Por outro lado, verifica-se que nenhum inquirido que reside no país há menos de 3 anos indicou os meios de comunicação social e a farmácia como fontes de informação a que recorreria para obter informação sobre VIH/SIDA. Os resultados indicam ainda que os respondentes a residir há menos tempo em Portugal têm maior representação no grupo de inquiridos que recorreriam a organizações na comunidade, ONGs (≤ 3 4.9%, $n=2$; 4-8 2.1%, $n=4$), amigos e família (≤ 3 14.6%, $n=6$).

Fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA (n=496)							
Anos de residência em Portugal	Médicos	Enfermeiros	Farmácia	TV, Rádio, Jornais	Internet	Organizações na comunidade, ONGs	Amigos, família
≤ 3	25(61.0%)	1(2.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)	7(17.1%)	2(4.9%)	6(14.6%)
4-8	146(76.5%)	1(0.5%)	2(1.0%)	5(2.6%)	24(12.6%)	4(2.1%)	9(4.7%)
9-15	104(71.2%)	2(1.4%)	1(0.7%)	1(0.7%)	28(19.2%)	3(2.0%)	7(4.8%)
≥ 16	93(78.8%)	0(0.0%)	1(0.9%)	6(5.0%)	15(12.7%)	1(0.9%)	2(1.7%)

$X^2=27.495$, $df=18$, $p=0.073$

Tabela 24: Fonte de informação privilegiada pelos inquiridos por tempo de residência em Portugal

Procura de informação sobre VIH/SIDA no SNS

Para além da fonte de informação privilegiada, foi analisada a procura efectiva de informação sobre VIH/SIDA, outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ou Tuberculose (TB) no SNS, por parte dos respondentes. Assim, verifica-se que a grande maioria revela nunca ter recorrido a este Serviço para obter informação sobre estas doenças (85.2%, $n=445$) (Tabela 25).

Procura de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB (no SNS)	n	%
Não	445	85.2
Sim	77	14.8

Tabela 25: Procura de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS pelos inquiridos

Considerando o grupo de respondentes que já procuraram informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS (14.8%, $n=77$), a grande maioria revela não ter encontrado problemas na procura dessa informação (86.8%, $n=66$) (Tabela 26). Contudo, os problemas mais referidos pelos respondentes estavam relacionados com informação confusa (6.7%, $n=5$) e inadequada (2.6%, $n=2$).

Problemas encontrados na procura de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB ($n=77$)	n	%
Nenhum	66	86.8
Custo	1	1.3
Informação inadequada	2	2.6
Informação confusa	5	6.7
Informação errada	1	1.3
Língua, custo e informação confusa	1	1.3
<i>Missings=1</i>		

Tabela 26: Problemas encontrados pelos inquiridos na procura de informação no SNS

A procura de informação sobre VIH/SIDA, ISTs e TB no SNS por parte dos respondentes foi analisada tendo em conta o seu nível educacional, situação profissional e económica, estatuto e tempo de residência em Portugal.

No que respeita ao nível educacional, verifica-se que a maioria dos respondentes nunca procurou informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS independentemente do seu nível educacional (*Nenhum* 62.5%, $n=5$; *Primário* 93.1%, $n=67$; *Preparatório* 85.6%, $n=172$; *Secundário* 81.7%, $n=138$; *Superior* 87.3%,

$n=62$) (Tabela 27). Considerando a estatística inferencial, esta indica que a procura de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS não está associada ao nível educacional dos inquiridos ($X^2(4)=8.761$; $p=0.067$). Contudo, verifica-se que os inquiridos com nível educacional primário têm menor representação no grupo de respondentes que já procuraram aquele tipo de informação no SNS (6.9%, $n=5$), tal como os inquiridos com nível educacional superior (12.7%, $n=9$). Por outro lado, é interessante verificar que os respondentes que nunca concluíram um ano escolar têm maior representação no grupo de inquiridos que afirmaram já ter procurado informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS (37.5%, $n=3$), comparativamente aos inquiridos com um nível educacional.

Procura de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB (no SNS)		
Nível Educacional ($n=521$)	Não	Sim
Nenhum	5 (62.5%)	3 (37.5%)
Primário	67 (93.1%)	5 (6.9%)
Preparatório	172 (85.6%)	29 (14.4%)
Secundário	138 (81.7%)	31 (18.3%)
Superior	62 (87.3%)	9 (12.7%)
$X^2=8.761$, $df=4$, $p=0.067$		
Situação Profissional	Não	Sim
Desempregado	76 (85.4%)	13 (14.6%)
Estudante	55 (87.3%)	8 (12.7%)
Doméstica	1 (100.0%)	0 (0.0%)
Reformado	1 (50.0%)	1 (50.0%)
Empregado	312 (85.0%)	55 (15.0%)
$X^2=2.378$, $df=4$, $p=0.608$		
Situação Económica (subjectivo)	Não	Sim
Insuficiente	302 (84.6%)	55 (15.4%)
Suficiente	143 (86.7%)	22 (13.3%)
$X^2=0.386$, $df=1$, $p=0.535$		

Tabela 27: Procura de informação no SNS por nível educacional, situação profissional e situação económica (percebida)

Comparando o tipo de procura de informação no SNS e a situação profissional dos respondentes, verifica-se que em todos os casos a maioria dos respondentes nunca recorreu a este Serviço para obter informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB (*Desempregado* 85.4%, $n=76$; *Estudante* 87.3%, $n=55$; *Doméstica* 100%, $n=1$; *Reformado* 50%, $n=1$; *Empregado* 85%, $n=312$) (Tabela 27). Os resultados da

estatística inferencial permitem afirmar que a procura de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS é independente da situação profissional dos respondentes ($X^2(4)=2.378$; $p=0.608$). Verifica-se ainda que os inquiridos empregados tiveram semelhante representação no grupo de respondentes que já procuraram informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS (15%, $n=55$), comparativamente ao grupo de inquiridos em situação de desemprego (14.6%, $n=13$).

Relativamente à situação económica (percebida) dos respondentes, verifica-se que a maioria dos que a consideram insuficiente nunca procurou informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS (84.6%, $n=302$), tal como a maioria dos que consideram a sua situação económica suficiente (86.7%, $n=143$). Também neste caso a estatística inferencial indica que a procura de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS por parte dos inquiridos não está relacionada com a sua situação económica (percebida) ($X^2(1)=0.386$; $p=0.535$).

Analisando a procura de informação sobre VIH/SIDA, ISTs e TB no SNS por parte dos respondentes e o seu estatuto, a estatística inferencial permite afirmar que estas duas variáveis não estão associadas ($X^2(2)=1.759$; $p=0.415$). Verifica-se que a maioria dos inquiridos nunca recorreu ao SNS para obter esse tipo de informação, independentemente do seu estatuto (*Legal* 84%, $n=273$; *Irregular* 94.7%, $n=18$; *Processo de Regularização* 85.9%, $n=122$) (Tabela 28). Contudo, verifica-se que os respondentes em situação irregular têm menor representação no grupo de inquiridos que já procuraram informação sobre VIH/SIDA, ISTs e TB no SNS (5.3%, $n=1$), em comparação com os respondentes em situação legal (16%, $n=52$) e em processo de regularização (14.1%, $n=20$).

Estatuto	Procura de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB (no SNS) (n=486)	
	Não	Sim
Legal	273 (84.0%)	52 (16.0%)
Irregular	18 (94.7%)	1 (5.3%)
Processo de Regularização	122 (85.9%)	20 (14.1%)

$X^2=1.759$, $df=2$, $p=0.415$

Tabela 28: Procura de informação no SNS por estatuto

No que respeita ao tempo de residência dos respondentes em Portugal, a estatística inferencial indica que este não está relacionado com a procura de

informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS ($X^2(3)=6.963$; $p=0.073$). Verifica-se que a maioria dos inquiridos nunca recorreu a este Serviço para obter informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB, independentemente do seu tempo de residência no país (≤ 3 87.%, $n=40$; 4-8 89.2%, $n=181$; 9-15 84.9%, $n=129$; ≥ 16 78.5%, $n=95$) (Tabela 29). Contudo, verifica-se que os inquiridos residentes em Portugal há mais de 9 anos têm maior representação no grupo de respondentes que já procuraram informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS (9-15 15.1%, $n=23$; ≥ 16 21.5%, $n=26$), relativamente aos inquiridos que residem há menos tempo no país (≤ 3 13%, $n=6$; 4-8 10.8%, $n=22$).

Anos de residência em Portugal	Procura de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB (no SNS)	
	Não	Sim
≤ 3	40 (87.0%)	6 (13.0%)
4-8	181 (89.2%)	22 (10.8%)
9-15	129 (84.9%)	23 (15.1%)
≥ 16	95 (78.5%)	26 (21.5%)

$X^2=6.963$, $df=3$, $p=0.073$

Tabela 29: Procura de informação no SNS por tempo de residência em Portugal

3.4 Diagnóstico do VIH

Para além de conhecer o tipo de serviços que os respondentes utilizariam no contexto do VIH/SIDA em caso de necessidade, a fonte de informação a que recorreriam para saber mais sobre a doença e a sua procura efectiva no SNS, é também importante conhecer o comportamento dos inquiridos face ao diagnóstico do VIH. Mais concretamente, pretende-se saber se os respondentes já realizaram o diagnóstico VIH, assim como a data e o país do último teste que efectuaram.

Assim, verifica-se que 51.7% ($n=270$) dos respondentes já efectuaram o teste VIH e 48.3% ($n=252$) nunca o fizeram (Tabela 30). Os diagnósticos VIH mais recentes realizaram-se em média há 3 anos, sendo que o último teste efectuado há mais tempo foi em 1987. Os dados indicam que a maioria dos respondentes que já realizaram o diagnóstico do VIH efectuaram o último teste há menos de 2 anos (63.6%, $n=171$). Por outro lado, os dados indicam também que a maioria dos

respondentes que realizaram o diagnóstico do VIH fizeram o último teste em Portugal (83.3%, $n=225$).

Teste VIH	n	%	
Não	252	48.3	
Sim	270	51.7	
	Média	s'	Q3-Q1
Data do último teste	3	3.6	1-4
	n	%	
Menos de 2 anos	171	63.6	
Mais de 2 anos	98	36.4	
<i>Missings = 1</i>			
País (último teste)	n	%	
Portugal	225	83.3	
Fora de Portugal	45	16.7	

Tabela 30: Realização do diagnóstico do VIH pelos inquiridos, e data e país em que foi efectuado o último teste

Analisando a data do último teste VIH efectuado tendo em conta o país onde foi feito, verifica-se que a maioria dos respondentes que realizaram o diagnóstico do VIH em Portugal fizeram-no há menos e 2 anos (67.9%, $n=152$) (Tabela 31). Verifica-se também que a maioria dos inquiridos que efectuaram o último teste VIH fora de Portugal fizeram-no há mais de 2 anos (57.8%, $n=26$).

Data do último teste	País (último teste) ($n=269$)	
	Portugal	Fora de Portugal
Menos de 2 anos	152 (67.9%)	19 (42.2%)
Mais de 2 anos	72 (32.1%)	26 (57.8%)

Tabela 31: País onde foi efectuado o último teste VIH por data

Como já foi referido, as populações imigrantes estão especialmente vulneráveis à infecção pelo VIH/SIDA. Outros grupos que também têm vindo a ser reconhecidos como particularmente vulneráveis a esta infecção, por diversos factores, são as mulheres e os jovens. Neste sentido, será interessante analisar o grupo de inquiridos que já realizaram o diagnóstico do VIH tendo em conta o seu sexo e idade.

Assim, verifica-se que a maioria dos respondentes do sexo feminino revelaram ter já efectuado o teste VIH (56.9%, $n=140$), enquanto que a maioria dos

respondentes homens não o fizeram (52.9%, $n=146$) (Tabela 32). Neste caso, e de acordo com a estatística inferencial, afirma-se que a realização do diagnóstico do VIH está associada ao sexo dos inquiridos ($X^2=5.012$, $df=1$, $p=0.025$). Verifica-se ainda que existe uma associação fraca estatisticamente significativa ($\phi=-0.098$; $p=0.025$).

Sexo	Teste VIH	
	Não	Sim
Feminino	106 (43.1%)	140 (56.9%)
Masculino	146 (52.9%)	130 (47.1%)

$X^2=5.012$, $df=1$, $p=0.025$

Tabela 32: Sexo por realização do diagnóstico do VIH

Quanto à idade, os resultados indicam que nos grupos de respondentes com idade inferior a 25 anos a maioria nunca realizou o diagnóstico do VIH (65.5%, $n=76$) (Tabela 33). Esta situação verifica-se igualmente no grupo de inquiridos com idades superiores a 51 anos (68.2%, $n=15$). No entanto, os respondentes com idades entre os 26 e 50 anos revelaram na sua maioria ter já efectuado o teste VIH (26-30 63.6%, $n=63$; 31-40 50.8%, $n=97$; 41-50 67%, $n=63$). No que respeita à estatística inferencial, esta permite afirmar que a realização do diagnóstico do VIH está relacionada com a idade dos inquiridos ($X^2(4)=31.803$; $p=0.000$). Os dados indicam ainda que existe uma associação fraca estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($V=0.247$, $p=0.000$).

Idade (Anos)	Teste VIH	
	Não	Sim
≤ 25	76 (65.5%)	40 (34.5%)
26-30	36 (36.4%)	63 (63.6%)
31-40	94 (49.2%)	97 (50.8%)
41-50	31 (33.0%)	63 (67.0%)
≥ 51	15 (68.2%)	7 (31.8%)

$X^2=31.803$, $df=4$, $p=0.000$

Tabela 33: Idade por realização do diagnóstico do VIH

A realização do diagnóstico do VIH pelos respondentes foi também analisada tendo em conta seu o nível educacional, a situação económica e profissional, o estatuto e tempo de residência em Portugal.

Quanto ao nível educacional dos respondentes, os resultados da estatística inferencial permitem afirmar que este está associado à realização do diagnóstico do VIH ($X^2(4)=14.963$; $p=0.005$), existindo uma associação fraca estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($V=0.169$; $p=0.005$). Verifica-se que a maioria dos inquiridos com nível educacional equivalente ao preparatório (56.7%, $n=114$) e superior (63.4%, $n=45$) revelou já ter efectuado o teste VIH (Tabela 34). Por outro lado, a maioria dos inquiridos que nunca concluíram um ano escolar (75%, $n=6$), e que têm nível educacional equivalente ao primário (62.5%, $n=45$) e secundário (52.1%, $n=88$) revelou nunca ter realizado esse diagnóstico.

No que respeita à situação profissional dos respondentes, os resultados indicam que a maioria dos que se encontram em situação de desemprego (57.3%, $n=51$) como a maioria dos que se encontram empregados (52.3%, $n=192$) revelaram já ter efectuado o teste VIH. Por outro lado, verifica-se que a maioria dos inquiridos estudantes referiu nunca ter realizado este diagnóstico (60.3%, $n=38$). Contudo, a estatística inferencial permite afirmar que a realização do diagnóstico do VIH é independente da situação profissional dos respondentes ($X^2(4)=5.755$; $p=0.182$).

Quanto à situação económica, verifica-se que a maioria dos respondentes que a considera insuficiente (52.4%, $n=187$) tal como a maioria dos que a considera suficiente (50.3%, $n=83$) já efectuaram o teste VIH. De acordo com a estatística inferencial verifica-se que a realização do diagnóstico do VIH não está associada à situação económica (percebida) dos inquiridos ($X^2(1)=0.195$; $p=0.659$).

Teste VIH		
Nível Educacional (n=521)	Não	Sim
Nenhum	6 (75.0%)	2 (25.0%)
Primário	45 (62.5%)	27 (37.5%)
Preparatório	87 (43.3%)	114 (56.7%)
Secundário	88 (52.1%)	81 (47.9%)
Superior	26 (36.6%)	45 (63.4%)
$X^2=14.963$, $df=4$, $p=0.005$		
Situação Profissional	Não	Sim
Desempregado	38 (42.7%)	51 (57.3%)
Estudante	38 (60.3%)	25 (39.7%)
Doméstica	0 (0.0%)	1 (100.0%)
Reformado	1 (50.0%)	1 (50.0%)
Empregado	175 (47.7%)	192 (52.3%)
$X^2=5.755$, $df=4$, $p=0.182$		
Situação Económica (subjectivo)	Não	Sim
Insuficiente	170 (47.6%)	187 (52.4%)
Suficiente	82 (49.7%)	83 (50.3%)
$X^2=0.195$, $df=1$, $p=0.659$		

Tabela 34: Realização do diagnóstico do VIH por nível educacional, situação profissional e situação económica (percebida)

Considerando o estatuto dos respondentes, verifica-se que a maioria dos que se encontram em situação legal revelou já ter efectuado o teste VIH (52.6%, $n=171$) (Tabela 35). Por outro lado, verifica-se que a maioria dos respondentes em situação irregular e em processo de regularização indicaram nunca ter realizado o diagnóstico do VIH (*Irregular* 52.6%, $n=10$; *Processo de Regularização* 54.9%, $n=78$). Porém, os resultados da estatística inferencial indicam que a realização do diagnóstico do VIH por parte dos respondentes é independente do seu estatuto ($X^2(2)=2.314$; $p=0.314$).

Estatuto	Teste VIH (n=486)	
	Não	Sim
Legal	154 (47.4%)	171 (52.6%)
Irregular	10 (52.6%)	9 (47.4%)
Processo de Regularização	78 (54.9%)	64 (45.1%)

$X^2=2.314$, $df=2$, $p=0.314$

Tabela 35: Realização do diagnóstico do VIH por estatuto

Analisando a realização do diagnóstico do VIH tendo em conta o tempo de residência dos respondentes em Portugal, a estatística inferencial indica igualmente que estas duas variáveis não estão associadas ($X^2(3)=3.511$; $p=0.319$). Contudo, verifica-se que a maioria dos inquiridos que residem no país há mais de 9 anos revelou já ter efectuado o teste VIH (9-15 53.3%, $n=81$; ≥ 16 57.9%, $n=70$) (Tabela 36). Por outro lado, os resultados indicam que a maioria dos respondentes residentes em Portugal há menos tempo referiu nunca ter realizado o diagnóstico do VIH (≤ 3 52.2%, $n=24$; 4-8 52.2%, $n=106$).

Anos de residência em Portugal	Teste VIH	
	Não	Sim
≤ 3	24 (52.2%)	22 (47.8%)
4-8	106 (52.2%)	97 (47.8%)
9-15	71 (46.7%)	81 (53.3%)
≥ 16	51 (42.1%)	70 (57.9%)

$X^2=3.511$, $df=3$, $p=0.319$

Tabela 36: Realização do diagnóstico do VIH por tempo de residência em Portugal

4. Discussão

É actualmente reconhecido que no contexto da migração um dos maiores desafios para os países de acolhimento e para as próprias populações é o impacto que este processo pode ter no seu desenvolvimento e saúde. Devido a vários factores e determinantes sociais, económicos e culturais, as populações imigrantes apresentam uma maior vulnerabilidade à doença, e em particular à infecção pelo VIH/SIDA (Del Amo, Erwin, Fenton & Gray, 2001; Fenton, 2001; Stronks et al., 2001; Bandyopadhyay & Thomas, 2002; Dias et al., 2002; Dias et al., 2004; Fikremariam, 2004; Weatherburn et al., 2003, citados por AHPN, 2006; Burns et al., 2007). Esta vulnerabilidade, com impacto na integração e bem estar das populações imigrantes, pode ser ainda potenciada por factores associados ao acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, determinados factores que caracterizam os contextos em que as populações imigrantes estão inseridas, como os factores sócio-económicos ou ligados ao estatuto legal, podem influenciar o tipo de utilização dos serviços de saúde no âmbito do VIH/SIDA por parte destas populações ao nível da sua prevenção, diagnóstico e cuidados.

Neste contexto, no presente estudo pretendeu-se descrever o tipo de utilização de serviços de saúde no âmbito do VIH/SIDA por parte de uma população imigrante considerando determinadas características sócio-demográficas. Assim, foram aferidos o tipo de serviços a que estes imigrantes recorreriam em caso de necessidade se tivessem problemas associados à infecção pelo VIH/SIDA, as suas fontes de informação privilegiadas para a procura de informação sobre a doença, a procura efectiva dessa informação no SNS e a realização do diagnóstico do VIH.

Serviços de Saúde a que recorreriam no contexto do VIH/SIDA

Os resultados do estudo indicaram que grande parte dos imigrantes inquiridos recorreria ao Hospital para obter cuidados de saúde se tivessem problemas relacionados com VIH/SIDA (45.8%). Estes resultados estão em conformidade com as evidências que apontam para o facto de que os imigrantes tendem a recorrer preferencialmente a serviços de saúde de emergência, como os hospitais (Gonçalves et al., 2003). Contudo, verificou-se que nenhum imigrante inquirido referiu que recorreria a unidades móveis se precisasse de cuidados no âmbito do VIH/SIDA. É

também interessante verificar que uma parte dos imigrantes inquiridos, apesar de minoritária (6.9%), revelou não saber a que serviço recorreria se precisasse de cuidados ao nível do VIH/SIDA. As questões associadas à disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde têm vindo a ser reconhecidas como factores importantes da utilização destas serviços por parte das populações imigrantes, com impacto na sua vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA (Dias et al., 2002; Dias et al., 2004; Gonçalves et al., 2003; IOM, 2003; Stronks et al., 2001). Contudo, é fundamental reforçar que o desconhecimento por parte destas populações acerca dos serviços existentes pode também determinar a sua sub-utilização (Dias et al., 2004).

Fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA

No que respeita às fontes de informação a que os respondentes recorreriam para obter informação sobre VIH/SIDA, os resultados indicaram que a grande maioria recorreria a médicos (71%), sendo que a segunda fonte de informação mais mencionada foi a Internet (14.3%).

Procura de informação sobre VIH/SIDA no SNS

Relativamente à procura efectiva de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS por parte dos imigrantes inquiridos, os resultados indicaram que a grande maioria nunca o fez (85.2%). Estes dados parecem estar em consonância com estudos que indicam que as populações imigrantes, especialmente africanas, tendem a estar sub-representadas nos serviços de saúde (Dias et al., 2004; Gonçalves et al., 2003). É interessante verificar que, apesar da reduzida utilização do SNS por parte destes imigrantes para procura de informação sobre VIH/SIDA, a maioria da amostra referiu que recorreria a médicos caso precisasse de informação sobre a doença.

Diagnóstico do VIH

No que respeita à realização do diagnóstico do VIH por parte dos imigrantes inquiridos, os resultados indicaram que a maioria já efectuou o teste (51.7%). Destes, verificou-se que a maioria realizou o último teste há menos de 2 anos (63.6%) e que grande parte realizou-o em Portugal (83.3%). Por outro lado, a maioria dos respondentes que efectuaram o último teste VIH em Portugal realizou-o há menos de 2 anos (67.9%). Estes resultados apontam para uma situação positiva quanto ao diagnóstico do VIH dos imigrantes inquiridos.

Atendendo que determinados grupos populacionais apresentam uma maior vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA, nomeadamente as mulheres e os jovens, para além das populações imigrantes (UNAIDS, 2006b), interessa observar os resultados acerca da realização do teste VIH por parte destes grupos. Os resultados indicam que a realização do diagnóstico do VIH por parte dos imigrantes inquiridos está relacionada com o sexo ($p=0.025$), e verifica-se que existe uma associação fraca estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($p=0.025$). Os resultados revelam que a maioria dos imigrantes inquiridos homens nunca efectuaram o teste VIH (52.9%) e que a maioria dos respondentes do sexo feminino já o realizaram (56.9%).

Verificou-se também que a realização do diagnóstico do VIH por parte dos imigrantes inquiridos está associada com a idade ($p=0.000$), existindo uma associação fraca estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($p=0.000$). Os resultados revelaram que a maioria dos imigrantes com idades inferiores a 25 anos nunca efectuou o teste VIH (65.5%), enquanto que a maioria dos imigrantes com idades entre os 26 e 50 anos já o fizeram (26-30 63.6%; 31-40 50.8%; 41-50 67%).

O tipo de utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes inquiridos no âmbito dos cuidados, informação e diagnóstico do VIH/SIDA, foi também analisado considerando o nível educacional dos respondentes, a sua situação profissional e económica, o estatuto e tempo de residência em Portugal.

Nível Educacional

Os resultados indicaram que a maioria dos imigrantes tem nível educacional equivalente ao preparatório (38.6%) e secundário (32.4%). No que respeita ao tipo de serviços que os imigrantes inquiridos utilizariam no contexto do VIH/SIDA, verificou-se que este está relacionado com o nível educacional ($p=0.026$). Estes dados estão em conformidade com evidências que apontam no sentido de que o nível educacional dos imigrantes pode estar associado ao acesso e utilização dos serviços de saúde por parte destas populações (Anson, 2001; Scheppers et al., 2006).

Os resultados indicaram que grande parte dos imigrantes com níveis educacionais inferiores (*Primário* 41.2%, *Nenhum* 75%) recorreria ao Centro de Saúde, enquanto que a maioria dos imigrantes com níveis educacionais superiores recorreriam ao Hospital se tivessem problemas relacionados com VIH/SIDA. (*Preparatório* 56.5%, *Secundário* 45.1%, *Superior* 42.6%). Os resultados indicaram

ainda que os imigrantes com níveis educacionais mais elevados têm maior representação no grupo de inquiridos que recorreriam à Coordenação Nacional para a SIDA e a medicina privada, do que os restantes imigrantes com níveis educacionais inferiores (primário ou nenhum). É relevante verificar que os respondentes com nível educacional equivalente ao primário ou que nunca concluíram um ano escolar tiveram maior representação no grupo de inquiridos que revelou não saber a que serviço de saúde recorreria no contexto do VH/SIDA.

Analisando a fonte de informação sobre VIH/SIDA privilegiada pelos imigrantes inquiridos, verificou-se que esta está relacionada com o seu nível educacional ($p=0.003$). Os resultados indicaram que a maioria dos imigrantes privilegiam os médicos como fonte de informação sobre VIH/SIDA, independentemente do seu nível educacional. Contudo, os resultados indicaram que os imigrantes com níveis educacionais elevados tiveram maior representação no grupo de respondentes que recorreriam a meios de comunicação social para obterem informação sobre VIH/SIDA, nomeadamente televisão, rádio, jornais (*Secundário 3.1%; Superior 2.9%*) e Internet (*Secundário 22.1%; Superior 35.3%*). Por outro lado, verificou-se que a totalidade dos imigrantes que nunca concluíram um ano escolar privilegiaram os médicos como fonte de informação sobre VIH/SIDA. Os resultados indicaram também que os imigrantes com nível educacional primário tiveram maior representação no grupo de respondentes que indicaram os amigos, a família (10.3%) e a farmácia (2.9%) como fontes de informação privilegiadas, comparativamente aos imigrantes com diferentes níveis educacionais.

Relativamente à procura efectiva de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS por parte dos imigrantes inquiridos, verificou-se que esta não está relacionada com o seu nível educacional ($p=0.067$). Os resultados indicaram que a maioria dos respondentes referiu nunca ter procurado informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS independentemente do seu nível educacional (*Nenhum 62.5%; Primário 93.1%; Preparatório 85.6%; Secundário 81.7%; Superior 87.3%*). Contudo, é interessante observar que os imigrantes com nível educacional primário e superior tiveram menor representação no grupo de respondentes que já recorreram ao SNS para obterem informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB (*Primário 6.9%; Superior 12.7%*). Por outro lado, verificou-se que os imigrantes que nunca concluíram um ano escolar tiveram maior representação nesse grupo de inquiridos (37.5%), comparativamente aos imigrantes com níveis educacionais.

No que respeita à realização do diagnóstico do VIH pelos imigrantes inquiridos, verifica-se que esta está relacionada com o nível educacional ($p=0.005$). Os resultados indicaram que a maioria dos imigrantes com nível educacional preparatório (56.7%) e superior (63.4%) já realizou o diagnóstico do VIH. Contudo, é pertinente verificar que a maioria dos imigrantes com níveis educacionais inferiores revelou nunca ter efectuado o teste VIH (*Nenhum* 75%; *Primário* 62.5%), assim como a maioria dos imigrantes com nível educacional equivalente ao secundário (52.1%).

Situação Profissional

Analisando a situação profissional dos imigrantes inquiridos verificou-se que a maioria está empregada (70.3%), e que destes a maioria tem uma actividade profissional na área da construção civil (40.6%) e em limpezas e serviços domésticos (22%). Estes dados estão em conformidade com as evidências que indicam que as populações imigrantes encontram-se muitas vezes sobre-representadas em determinadas áreas profissionais, nomeadamente semi-legais e de maior risco (ILO, 2005; Narayanan & Lai, 2005).

Os resultados revelaram que o tipo de serviço a que os imigrantes recorreriam no contexto do VIH/SIDA é independente da sua situação profissional ($p=0.166$). Verificou-se que a maioria dos imigrantes desempregados (51.2%) e grande parte dos empregados (48.2%) recorreria ao Hospital se precisasse de cuidados em VIH/SIDA. Verificou-se também que a maioria dos inquiridos estudantes recorreria ao Centro de Saúde (46.7%). É interessante verificar que os inquiridos estudantes tiveram maior representação no grupo de respondentes que recorreriam à Coordenação Nacional para a SIDA (5%), comparativamente aos restantes inquiridos. Considerando os inquiridos que revelaram não saber a que serviço de saúde recorreriam no contexto do VIH/SIDA, verificou-se que os imigrantes desempregados tiveram maior representação neste grupo (9.3%).

Quanto à fonte de informação sobre VIH/SIDA privilegiada pelos imigrantes inquiridos, os resultados indicaram que esta não está associada à situação profissional ($p=0.183$). Verificou-se que independentemente da situação profissional dos respondentes a fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA são os médicos. Porém, verificou-se que os imigrantes em situação de emprego tiveram maior representação no grupo de respondentes que recorreriam a televisão, rádio e

jornais para obterem informação sobre VIH/SIDA (2.6%). Por outro lado, verificou-se que os imigrantes estudantes tiveram maior representação no grupo de inquiridos que privilegiaram a Internet como fonte de informação sobre a doença (35%). É interessante observar que os imigrantes desempregados tiveram maior representação no grupo de respondentes que recorreriam a fontes de informação informais para obterem informação sobre VIH/SIDA, como as organizações na comunidade, ONGs (3.4%), amigos e família (5.7%).

Os resultados relativos à procura efectiva de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS por parte dos inquiridos indicaram que a maioria nunca o fez, independentemente da sua situação profissional (*Desempregado* 85.4%; *Estudante* 87.3%; *Doméstica* 100%; *Reformado* 50%; *Empregado* 85%). Verificou-se ainda que a procura de informação sobre VIH/SIDA no SNS por parte dos imigrantes inquiridos não está associada à sua situação profissional ($p=0.608$).

No que respeita à realização do diagnóstico do VIH por parte dos inquiridos, verificou-se que esta é independente da sua situação profissional ($p=0.182$). Contudo, verificou-se que a maioria dos imigrantes desempregados referiu já ter efectuado o teste VIH (57.3%), assim como a maioria dos imigrantes que se encontram empregados (52.3%). Verificou-se ainda que grande parte dos imigrantes estudantes indicou nunca ter realizado o diagnóstico do VIH (60.3%).

Situação Económica (percebida)

Os resultados revelaram que a maioria dos imigrantes inquiridos considera a sua situação económica insuficiente (68.4%). Analisando o tipo de serviços de saúde a que os imigrantes recorreriam se tivessem problemas relacionados com VIH/SIDA, verificou-se que este não está associado à situação económica (percebida) ($p=0.162$). Contudo, os resultados indicaram que a maioria dos imigrantes que consideraram a sua situação económica insuficiente recorreria ao Hospital se tivesse problemas relacionados com VIH/SIDA (49.6%), enquanto que a maior parte dos inquiridos que consideraram os seus rendimentos suficientes recorreria ao Centro de Saúde (43.4%). Verificou-se também que os imigrantes que consideraram os seus rendimentos suficientes tiveram maior representação no grupo dos que recorreriam à Coordenação Nacional para a SIDA (1.2%) e a medicina privada (2.1%), comparativamente aos inquiridos que consideraram a sua situação insuficiente. É interessante observar que os respondentes que consideraram a sua situação insuficiente tiveram maior

representação no grupo de inquiridos que revelaram não saber a que serviço de saúde recorreriam no contexto do VIH/SIDA (8.2%).

Quanto à fonte de informação a que os imigrantes inquiridos recorreriam para obter informação sobre VIH/SIDA, verificou-se que esta está relacionada com a sua situação económica (percebida) ($p=0.005$). A maioria dos imigrantes inquiridos indicou os médicos como fonte de informação privilegiada, independentemente de considerarem a sua situação económica suficiente (69.3%) ou insuficiente (76.5%). Contudo, os imigrantes que consideraram os seus rendimentos suficientes tiveram maior representação no grupo de respondentes que referiram a Internet (23.1%), os amigos e a família (5.8%) como fontes de informação sobre VIH/SIDA. Verificou-se também que os imigrantes que consideraram a sua situação económica insuficiente tiveram maior representação no grupo de inquiridos que preferencialmente procurariam informação sobre VIH/SIDA junto das organizações na comunidade e ONGs (2.6%, $n=9$), e na televisão, rádio e jornais (3.2%, $n=11$).

No que respeita à procura efectiva de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS por parte dos imigrantes inquiridos, verificou-se que esta é independente da sua situação económica (percebida) ($p=0.535$). Os resultados indicaram que a maioria dos respondentes que consideraram a sua situação económica insuficiente (84.6%), tal como a maioria dos que a consideraram suficiente (86.7%), nunca procuraram esse tipo de informação no SNS.

No que respeita à realização do diagnóstico do VIH por parte dos imigrantes inquiridos, também se verificou que esta não está relacionada com a sua situação económica (percebida) ($p=0.659$). Os resultados indicaram que a maioria dos respondentes já efectuaram o teste VIH, independentemente da sua percepção quanto à própria situação económica (*Insuficiente 52.4%; Suficiente 50.3%*

Estatuto

Relativamente ao estatuto verifica-se que a maioria dos imigrantes inquiridos encontra-se em situação legal (66.9%), 29.2% tem a sua situação em processo de regularização e uma minoria encontra-se em situação irregular (3.9%). Contudo, é interessante observar que 36 respondentes não revelaram o seu estatuto. A opção destes inquiridos em não divulgarem a sua condição pode dever-se ao facto de não se sentirem à vontade ou terem receio em revelar a sua situação indefinida. Esta atitude tem vindo a ser referenciada como um dos aspectos ligados à sub-utilização de

serviços de saúde por parte de imigrantes, especialmente indocumentados. Estes grupos de imigrantes podem muitas vezes assumir que os profissionais e serviços de saúde estão de alguma forma associados às autoridades policiais ou de controlo de imigração, e receando ver a sua situação denunciada evitam expor-se (Scheppers et al., 2006).

Quanto ao tipo de serviços de saúde que os imigrantes inquiridos utilizariam no contexto do VIH/SIDA, verificou-se que este não está relacionado com o seu estatuto ($p=0.731$). Os resultados indicaram que a maior parte dos respondentes em situação legal (49.4%), irregular (50%) e em processo de regularização (44.9%) recorreriam ao Hospital. Contudo, é interessante verificar que nenhum respondente em situação irregular mencionou que recorreria à Coordenação Nacional para a SIDA ou a medicina privada, em caso de problemas relacionados com VIH/SIDA. Verificou-se também que os imigrantes em situação irregular ou em processo de regularização tiveram maior representação no grupo de respondentes que referiram não saber a que serviço de saúde recorreriam no contexto do VIH/SIDA (*Irregular 11.1%, Processo de Regularização 10.2%*).

Analisando o estatuto dos imigrantes inquiridos no que respeita à fonte de informação privilegiada sobre VIH/SIDA, os resultados indicaram que as duas variáveis não estão relacionadas ($p=0.232$). Verificou-se que a grande maioria dos imigrantes consideraram os médicos como a fonte a que recorreriam para obter informação sobre VIH/SIDA independentemente do seu estatuto (*Legal 74.4%; Irregular 61.1%; Processo de Regularização 73.3%*). Contudo, é interessante verificar que os imigrantes em situação irregular tiveram maior representação no grupo de inquiridos que recorreriam à Internet (16.7%), a organizações na comunidade, ONGs (11.1%), a amigos e família (11.1%) para obterem informação sobre VIH/SIDA.

No que respeita à procura efectiva de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS por parte dos imigrantes inquiridos, os resultados indicaram que esta é independente do seu estatuto ($p=0.415$). Apesar de a maioria dos respondentes em situação legal (84%), irregular (94.7%) e em processo de regularização (85.9%) nunca ter procurado esse tipo de informação no SNS, verificou-se que os inquiridos em situação irregular tiveram menor representação no grupo dos que já recorreram a este Serviço para obterem informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB (5.3%).

Relativamente à realização do diagnóstico do VIH, verificou-se que esta não está relacionada com o estatuto dos imigrantes ($p=0.314$). Contudo, verificou-se que a maioria dos imigrantes em situação legal já efectuou o teste VIH (52.6%), enquanto que a maioria dos imigrantes em situação irregular e em processo de regularização nunca o efectuaram (*Irregular 52.6%; Processo de Regularização 54.9%*).

Tempo de residência em Portugal

Os imigrantes inquiridos residem em média há 11 anos em Portugal. A maior parte reside no país entre 4 a 8 anos (38.9%), cerca de 29% reside entre 9 a 15 anos e 23.2% reside há 16 anos ou mais no país. Apenas uma minoria dos respondentes declarou residir em Portugal há menos de 3 anos (8.8%).

Considerando o tipo de serviços de saúde a que os imigrantes inquiridos recorreriam no contexto do VIH/SIDA, os resultados indicaram que este está relacionado com o tempo de residência em Portugal ($p=0.029$). A maioria dos imigrantes que residem no país há menos de 3 anos (43.5%) e há mais de 16 anos (48.3%) recorreria ao Centro de Saúde para obter cuidados em VIH/SIDA, enquanto que a maior parte dos imigrantes residentes entre 4 a 15 anos recorreria ao Hospital (4-8 51.8%, 9-15 51%). É interessante observar que nenhum inquirido residente em Portugal há menos de 3 anos recorreria à Coordenação Nacional para a SIDA ou a medicina privada no contexto do VIH/SIDA. Por outro lado, verificou-se que os imigrantes que residem há mais tempo no país têm maior representação no grupo de inquiridos que recorreriam a medicina privada (5.9%). É ainda relevante verificar que os imigrantes que residem há menos tempo em Portugal (há menos de 8 anos) tiveram maior representação no grupo de inquiridos que revelou não saber a que serviço de saúde recorreria no contexto do VIH/SIDA (≤ 3 15.2%, 4-8 9.8%). Estes dados parecem estar em concordância com os estudos que indicam que os imigrantes que residem há mais tempo no país de acolhimento, e que por isso terão um maior nível de aculturação, tendem a ter um melhor conhecimento dos serviços de saúde existentes, bem como uma maior necessidade percebida da sua utilização (Gonçalves et al., 2003; Scheppers et al., 2006).

No que respeita à fonte de informação a que os imigrantes inquiridos recorreriam para obter informação sobre VIH/SIDA, verificou-se que esta não está relacionada com o tempo de residência em Portugal ($p=0.073$). Os resultados indicaram que nenhum imigrante residente no país há menos de 3 anos referiu que procuraria

informação sobre VIH/SIDA na farmácia, televisão, rádio e jornais. Verificou-se também que os inquiridos a residir há menos tempo em Portugal têm maior representação no grupo de respondentes que indicaram como fontes de informação privilegiadas sobre VIH/SIDA as organizações na comunidade e ONGs (≤ 3 4.9%; 4-8 2.1%), bem como os amigos e família (≤ 3 14.6%).

Analisando a procura efectiva de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS, verificou-se que esta é independente do tempo de residência dos inquiridos em Portugal ($p=0.073$). Os resultados indicaram que a maioria dos imigrantes nunca recorreu ao SNS para obter informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB, independentemente do seu tempo de residência no país (≤ 3 87.%; 4-8 89.2%; 9-15 84.9%; ≥ 16 78.5%). Verificou-se contudo que os imigrantes residentes em Portugal há mais tempo tiveram maior representação no grupo de respondentes que já procuraram informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS (9-15 15.1%; ≥ 16 21.5%), comparativamente aos imigrantes residentes há menos tempo no país (≤ 3 13%; 4-8 10.8%).

Considerando a realização do diagnóstico do VIH por parte dos imigrantes inquiridos, verificou-se que esta não está relacionada com o seu tempo de residência em Portugal ($p=0.319$). Contudo, é interessante observar que a maioria dos imigrantes residentes há menos tempo no país nunca efectuou o teste VIH (≤ 3 52.2%; 4-8 52.2%), enquanto que a maioria dos imigrantes a residir há mais tempo em Portugal já o realizou (9-15 53.3%; ≥ 16 57.9%). Neste sentido, e tal como os resultados obtidos quanto ao tipo de serviços de saúde a que os inquiridos recorreriam e a procura de informação no SNS, estes resultados parecem estar em conformidade com os estudos que indicam que uma maior tendência de utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes pode estar associada a um maior tempo de residência no país de acolhimento (Gonçalves et al., 2003; Scheppers et al., 2006).

III. CONCLUSÕES

É inquestionável a importância de ampliar o conhecimento sobre os factores associados ao tipo de utilização dos serviços de saúde no contexto da infecção pelo VIH/SIDA por parte das populações imigrantes, e que podem determinar o seu acesso. Desta forma, um melhor conhecimento acerca desta realidade poderá contribuir para o desenvolvimento de medidas de redução das barreiras no acesso aos serviços de saúde e promoção da sua utilização por parte das populações imigrantes, contribuindo desta forma para o sucesso das estratégias de prevenção e controlo da infecção pelo VIH/SIDA junto destas populações.

Neste sentido, no presente estudo pretendeu-se descrever o tipo de utilização de serviços de saúde no contexto do VIH/SIDA por parte de imigrantes residentes em Portugal, ao nível dos cuidados, procura de informação e realização de diagnóstico, tendo em conta determinadas características sócio-demográficas. Contudo, o estudo realizado apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto de a amostra não ter sido seleccionada aleatoriamente e por isso não poder ser representativa da população imigrante. Foram apenas inquiridos imigrantes que durante o período da aplicação do questionário frequentaram o CNAI-ACIDI de Lisboa. Esta condição limitou a amostra do estudo aos imigrantes residentes nessa zona e utentes desse serviço. Por outro lado, diferentes grupos da amostra tiveram representatividades muito desiguais relativamente a determinados indicadores. Por exemplo, os imigrantes em situação legal e empregados representaram a grande maioria da amostra, tendo sido minoritários os grupos de imigrantes em situação irregular e desempregados. Neste sentido, para avaliar e comparar a utilização dos serviços de saúde no contexto do VIH/SIDA por parte de diferentes populações imigrantes será pertinente considerar amostras populacionais com grupos heterogéneos e similarmemente representativos. Importa referir que a amostra deste estudo foi constituída por imigrantes naturais de países africanos pelo que será pertinente analisar os factores culturais associados ao tipo de utilização dos serviços de saúde no âmbito do VIH/SIDA por estas populações, e comparar com outras populações imigrantes de diferentes contextos culturais.

No presente estudo foi utilizado o método quantitativo de recolha e análise de dados que permitiu a análise estatística da relação entre o tipo de utilização dos serviços de saúde em VIH/SIDA por parte dos imigrantes inquiridos e algumas características sócio-demográficas. Contudo, estes métodos não possibilitam uma análise mais aprofundada sobre factores associados à utilização dos serviços de saúde por parte destas populações, como por exemplo as atitudes e percepções dos imigrantes face aos serviços de saúde e à infecção pelo VIH/SIDA. Face a esta limitação seria interessante complementar os métodos quantitativos e qualitativos, de forma a aprofundar o conhecimento acerca destas questões.

Os resultados do estudo indicaram que grande parte dos imigrantes inquiridos recorreriam a serviços de saúde de emergência como o Hospital para obterem cuidados de saúde se tivessem problemas relacionados com VIH/SIDA. Seria importante aprofundar esta questão no sentido de compreender as atitudes dos imigrantes face aos diferentes serviços de saúde, bem como os factores associados, contribuindo deste modo para o desenvolvimento de estratégias de promoção da utilização dos serviços de saúde por parte destas populações.

O facto de nenhum imigrante ter mencionado as unidades móveis como um serviço a recorrer em caso de necessidade no contexto do VIH/SIDA assinala a importância de desenvolver estudos sobre o tipo e condições de utilização das unidades móveis existentes por parte de populações imigrantes. Atendendo que parte dos imigrantes inquiridos revelou não saber a que serviço recorreria se precisasse de cuidados ao nível do VIH/SIDA, será importante reforçar que ao nível da prevenção e controlo da infecção deve garantir-se que a informação sobre os serviços de saúde disponíveis é amplamente divulgada às populações imigrantes, de forma adequada e acessível, para que seja possível uma utilização efectiva destes serviços por parte das destas populações.

Neste estudo verificou-se que o tipo de serviços que os imigrantes inquiridos utilizariam no contexto do VIH/SIDA está associado ao seu nível educacional e tempo de residência em Portugal. Verificou-se que a maioria dos imigrantes com níveis educacionais mais elevados recorreria ao Hospital, enquanto que a maioria dos imigrantes com níveis inferiores (primário e nenhum) recorreria ao Centro de Saúde. Seria interessante aprofundar esta questão, no sentido de conhecer os factores associados ao nível educacional que podem influenciar a utilização destes serviços por parte das populações imigrantes. Seria igualmente relevante analisar o impacto

de outros factores, como a percepção de gravidade da doença, na opção do tipo de serviços que os imigrantes utilizariam no contexto do VIH/SIDA. O estudo revelou também que os imigrantes com níveis educacionais elevados (secundário e superior) tiveram maior representação no grupo de inquiridos que recorreriam à Coordenação Nacional para a SIDA e a medicina privada, do que os imigrantes com níveis educacionais inferiores. Seria interessante analisar o perfil dos utilizadores imigrantes destes serviços, e conhecer os factores associados à sua utilização.

Por outro lado, é interessante observar que os imigrantes inquiridos com níveis educacionais inferiores (primário ou nenhum) tiveram maior representação no grupo de respondentes que revelaram não saber a que serviço de saúde recorreriam no contexto do VIH/SIDA, do que os inquiridos com níveis educacionais superiores. Neste contexto, será importante averiguar em populações imigrantes o seu grau de conhecimento acerca dos serviços de saúde disponíveis, e analisar a sua relação com o nível educacional. A confirmação desta relação pode reforçar a importância da educação como um dos determinantes em saúde que pode ter impacto na vulnerabilidade das populações imigrantes à infecção pelo VIH/SIDA, para além do seu impacto na vulnerabilidade social e económica destas populações. O conhecimento generalizado acerca dos serviços de saúde disponíveis pode permitir e facilitar a sua adequada utilização por parte das populações imigrantes. Neste sentido, será pertinente considerar as intervenções ao nível dos determinantes sociais da saúde, e neste caso a educação, como parte das estratégias de redução da vulnerabilidade das populações imigrantes em saúde e à infecção pelo VIH/SIDA.

No que respeita ao tempo de residência em Portugal, o estudo revelou que nenhum imigrante a residir há menos de 3 anos no país recorreria à medicina privada e à Coordenação Nacional para a SIDA, caso tivesse problemas relacionados com VIH/SIDA. O estudo revelou também que os imigrantes a residir há menos tempo, tal como os que residem há mais, recorreriam maioritariamente ao Centro de Saúde. Seria interessante aprofundar esta questão, de forma a determinar os diferentes factores associados a um maior e menor tempo de residência em Portugal e relação com a tendência desses imigrantes em recorrer ao Centro de Saúde. É também importante observar que imigrantes residentes há menos tempo no país tiveram maior representação no grupo de inquiridos que revelaram não saber a que serviço de saúde recorreriam no contexto do VIH/SIDA. Neste sentido, será relevante reforçar que as estratégias de prevenção e controlo da infecção pelo VIH/SIDA, e da promoção da

utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes, devem incluir iniciativas de divulgação de informação adequada sobre estes serviços junto das populações imigrantes que residem há menos tempo no país.

No que respeita à procura de informação sobre VIH/SIDA, este estudo revelou que a maioria dos imigrantes inquiridos nunca procurou este tipo de informação no SNS. Por outro lado, grande parte dos imigrantes referiu que preferencialmente procuraria informação deste tipo junto dos médicos. Estes resultados revelam que, apesar de a maioria dos imigrantes inquiridos privilegiar fontes de informação convencionais, refere igualmente que nunca procurou esse tipo de informação no SNS. Neste contexto, será relevante explorar esta questão e compreender por um lado as atitudes destas populações face aos serviços e profissionais de saúde, e por outro os factores da sua sub-utilização para procura de informação sobre VIH/SIDA. Será importante identificar os factores e barreiras que condicionam a procura de informação por parte destas populações junto do SNS, apesar de demonstrarem que recorreriam primeiramente aos seus profissionais. Desta forma, poderão ser desenvolvidas estratégias de redução das barreiras existentes e de minimização do impacto desses factores na procura de informação sobre VIH/SIDA junto de fontes convencionais e especializadas, promovendo a utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes.

Os resultados deste estudo revelaram que a fonte de informação sobre VIH/SIDA privilegiada pelos imigrantes inquiridos está associada ao seu nível educacional e situação económica.

No que respeita ao nível educacional, verificou-se que a totalidade dos imigrantes inquiridos que nunca concluíram um ano escolar recorreria primeiramente aos médicos para obterem informação sobre VIH/SIDA. Por outro lado, os resultados indicaram também que os imigrantes sem nível educacional têm maior representação no grupo de inquiridos que já recorreram ao SNS para obter informação sobre VIH/SIDA. Estes resultados revelam uma situação positiva quanto à utilização dos serviços de saúde por parte de populações imigrantes com habilitações escolares reduzidas. Os resultados do estudo indicaram também que os imigrantes com nível educacional primário tiveram maior representação no grupo de respondentes que consideraram como fontes de informação privilegiadas os amigos, a família e a farmácia. Estes resultados reforçam a ideia de que a comunidade pode ter um papel importante na eficácia das estratégias de prevenção e controlo da

infecção, através da divulgação de informação adequada sobre VIH/SIDA junto de populações imigrantes, em especial com reduzidas habilitações. Neste sentido, no contexto familiar e dos amigos onde os imigrantes estão inseridos os interlocutores privilegiados podem ter um papel determinante na divulgação de informação sobre VIH/SIDA. Contudo, a informação sobre VIH/SIDA veiculada por este tipo de fontes informais pode muitas vezes ser desadequada, incorrecta ou confusa, podendo ser enviesada por crenças e atitudes relativas à doença. Assim, será importante desenvolver campanhas adequadas e generalizadas de divulgação de informação sobre o VIH/SIDA, junto das comunidades e através dos meios de comunicação social, para além de campanhas pontuais e dirigidas a grupos específicos. Será essencial envolver as comunidades nestas campanhas de informação e promover a sua participação no desenvolvimento das estratégias de prevenção e controlo da infecção. Neste sentido, seria interessante desenvolver intervenções para educação de pares, no sentido de promover a participação de elementos da comunidade como educadores na área da prevenção e controlo da infecção pelo VIH/SIDA.

Neste estudo verificou-se que a fonte de informação sobre VIH/SIDA privilegiada pelos imigrantes inquiridos está relacionada com a sua situação económica (percebida). Os resultados indicaram que a maioria dos respondentes recorreria aos médicos para obter informação sobre VIH/SIDA, independentemente da sua percepção face à situação económica. Porém, o estudo revelou que os imigrantes que consideraram a sua situação económica insuficiente tiveram maior representação no grupo de inquiridos que privilegiaram as organizações na comunidade e ONGs como fontes de informação sobre VIH/SIDA, para além dos meios de comunicação social. Estes dados vêm reforçar a ideia de que a comunidade e as suas organizações podem desempenhar um importante papel na divulgação de informação sobre VIH/SIDA junto de populações imigrantes, podendo ter um contacto privilegiado com determinados grupos, especialmente em situações económicas desfavoráveis. Contudo, será importante desenvolver estas questões no sentido de identificar diferenças no tipo de procura de informação sobre VIH/SIDA por parte de populações imigrantes, tendo em conta a sua situação económica. Para tal, será conveniente averiguar a situação económica efectiva dos imigrantes e não apenas a sua percepção sobre a mesma.

Quanto à procura efectiva de informação sobre VIH/SIDA, ISTs ou TB no SNS, verificou-se que esta não está associada de forma estatisticamente significativa a

nenhuma das variáveis sócio-demográficas consideradas. Contudo, os resultados indicaram que a grande maioria dos imigrantes inquiridos nunca procuraram esse tipo de informação no SNS. Neste sentido, seria importante conhecer os factores associados à sub-utilização do SNS para procura de informação sobre VIH/SIDA por parte dos imigrantes inquiridos. O conhecimento sobre os diversos factores influentes no tipo de utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias de promoção da sua utilização pelas populações imigrantes, considerando as suas dificuldades e necessidades.

No que respeita ao diagnóstico do VIH, o estudo indicou que a maioria dos imigrantes inquiridos já efectuou o teste, sendo que destes a maioria realizou o último teste há menos de 2 anos e em Portugal. Estes resultados apontam para uma situação positiva quanto ao diagnóstico do VIH dos imigrantes inquiridos. É importante reforçar a necessidade de desenvolver esforços para uma monitorização rigorosa da infecção pelo VIH/SIDA, tanto ao nível da população em geral como das populações imigrantes em particular. Desta forma, será possível ter um melhor conhecimento acerca do estado epidémico em Portugal e nas diferentes populações, permitindo também uma avaliação consistente da eficácia das estratégias de prevenção implementadas. Para tal, será importante desenvolver medidas que visem a generalização do diagnóstico do VIH a todas as populações, nomeadamente imigrantes, garantindo contudo a sua confidencialidade e voluntariedade.

Neste estudo verificou-se que a realização do diagnóstico do VIH por parte dos imigrantes inquiridos está relacionada com o sexo, idade e nível educacional. Verificou-se que a maioria dos imigrantes inquiridos que nunca efectuaram o teste VIH são homens, sendo que a maioria dos que já o realizaram são mulheres. Atendendo que determinados grupos populacionais, como as mulheres, podem apresentar uma maior vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA, estes resultados apontam para uma situação positiva. Contudo, realçam a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os factores que condicionam a realização do diagnóstico do VIH por parte dos imigrantes homens, nomeadamente factores culturais e relacionados com a percepção de vulnerabilidade à doença. As estratégias de prevenção e controlo da infecção pelo VIH/SIDA, devendo ser adequadas aos diferentes grupos, devem ter em conta estes factores para uma maior eficácia.

Os resultados indicaram também que, do grupo de imigrantes inquiridos mais jovens, apenas uma minoria revelou já ter efectuado o teste VIH. Sendo um grupo

especialmente vulnerável à infecção, será importante desenvolver estratégias de generalização e promoção do diagnóstico do VIH, bem como de prevenção da infecção, adequadas e adaptadas às populações imigrantes mais jovens.

No que respeita ao nível educacional, os resultados indicaram que os imigrantes com nível educacional primário ou que nunca concluíram um ano escolar revelaram maioritariamente nunca ter efectuado o teste VIH. Estes resultados apontam igualmente para a necessidade de identificar os factores que poderão estar associados à não realização do diagnóstico da infecção, nomeadamente por parte dos imigrantes com reduzidas habilitações.

É relevante analisar o tipo de utilização dos serviços de diagnóstico da infecção, no sentido de conhecer algumas características das populações imigrantes que os utilizam. Este conhecimento poderá permitir identificar determinados grupos populacionais que podem estar sub-representados nestes serviços, com menor taxa de realização do diagnóstico do VIH. Desta forma, poderá contribuir-se para o desenvolvimento de estratégias adequadas e eficazes de promoção e generalização do diagnóstico do VIH a todas as populações imigrantes e seus diferentes grupos.

É actualmente reconhecido que a saúde das populações migrantes é um aspecto relevante do processo migratório e é essencial considerá-lo na gestão da migração e política de integração. A incapacidade de dar resposta aos desafios em VIH/SIDA que surgem ao longo do processo migratório pode ter repercussões no sucesso da integração destas populações, bem como na optimização dos benefícios consequentes. De facto, populações imigrantes saudáveis são populações produtivas que podem contribuir de forma decisiva para as comunidades em que estão inseridas. Contudo, será relevante ter em conta uma abordagem multisectorial para facilitar a integração destas populações, aumentar a sua participação no diagnóstico da infecção e tratamento e melhorar a sua situação em saúde. É necessário fortalecer a política de saúde pública numa perspectiva pro-equidade, promover contextos favoráveis ao desenvolvimento de condições de saúde e à redução da vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA, reforçar o empowerment e participação comunitária das populações imigrantes e reorientar os serviços de saúde para estratégias de prevenção eficazes e adequadas às necessidades e especificidades culturais de cada população.

O acesso universal aos serviços de saúde, nomeadamente no que respeita aos cuidados em VIH/SIDA, informação e seu diagnóstico, é reconhecidamente um determinante essencial da saúde das populações imigrantes, permitindo a redução da

sua vulnerabilidade à infecção e a minimização do seu impacto. Além da perspectiva pragmática e economicista, que aponta no sentido de que o investimento na prevenção e controlo é menos dispendioso que o tratamento da infecção, não devemos esquecer que esta é uma questão de respeito dos direitos humanos. Neste sentido, devem ser encorajados os esforços de promoção e respeito dos direitos dos imigrantes, assim como o desenvolvimento de instrumentos legais que os sustentem, tanto a nível nacional como internacional.

Apesar de muitos países de acolhimento disponibilizarem serviços de saúde às populações imigrantes, a sua utilização efectiva pode depender de factores ligados à situação legal destas populações. Neste sentido, deve ser reforçado pelas entidades governamentais o direito das populações imigrantes no acesso aos serviços de saúde, tal como as populações nacionais, independentemente da sua condição ou estatuto. Por outro lado, determinados grupos de imigrantes (em situação irregular, refugiados, etc.) podem evitar recorrer aos serviços de saúde no contexto do VIH/SIDA por receio de denúncia e de atitudes discriminatórias. Assim, será importante garantir que estas populações recebam suporte e aconselhamento e que as barreiras inerentes ao seu afastamento dos serviços de saúde sejam dissolvidas.

O desenvolvimento de estratégias de integração e prevenção podem contribuir para a redução do estigma e discriminação. A vulnerabilidade das populações imigrantes à infecção pelo VIH/SIDA pode ser reduzida por políticas de integração que combatam a sua marginalização e melhorem as condições de vida e de trabalho que afectam a sua saúde.

Atendendo aos desafios que a diversidade cultural coloca aos países de acolhimento, deve ser promovido o desenvolvimento de serviços culturalmente sensíveis, para além da utilização e acesso universal destes serviços a todas as populações. Neste sentido, os serviços de saúde devem desenvolver e basear-se no conhecimento acerca das características e necessidades específicas de cada população. Será pertinente disponibilizar recursos e investir na promoção de determinadas competências junto dos profissionais de saúde, no sentido de capacitá-los para lidar com a diversidade cultural e de forma a atenuar as barreiras culturais e linguísticas entre serviços de saúde e populações imigrantes.

No contexto da prevenção da infecção pelo VIH/SIDA devem ser desenvolvidas estratégias adequadas às necessidades das populações imigrantes, tendo em conta o seu contexto cultural e socio-económico. Tal implica conhecer as diferentes

populações imigrantes, as suas necessidades, potencialidades e recursos, bem como os aspectos culturais e sociais que podem condicionar as suas atitudes e comportamentos face à prevenção e controlo do VIH/SIDA. Uma das condições para o sucesso da prevenção será também a promoção da utilização e acesso aos serviços de saúde no âmbito do VIH/SIDA ao nível da informação, diagnóstico e cuidados, junto destas populações, assim como a redução das barreiras associadas. No que diz respeito à realização de diagnóstico do VIH, sendo um dos aspectos essenciais para o desenvolvimento de estratégias de prevenção adequadas e ajustadas às diferentes populações e sendo indispensável para um tratamento atempado e eficaz, é determinante garantir a sua generalização e disponibilização de apoio e aconselhamento de forma voluntária, acessível e confidencial.

Devem ser implementadas estratégias multisectoriais que integrem respostas de combate à infecção pelo VIH/SIDA junto de populações imigrantes no plano de desenvolvimento, ao nível da intervenção nos vários determinantes em saúde e da vulnerabilidade à infecção. É essencial promover parcerias entre as comunidades, organizações, decisores políticos, sector privado e comunidade científica, no sentido de participarem no desenvolvimento de estratégias adequadas e eficazes de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA junto de populações imigrantes e de redução da sua vulnerabilidade. Neste sentido, deve ser garantido que as populações imigrantes conheçam os seus direitos e deve ser estimulado o seu envolvimento nos processos de desenvolvimento de estratégias de prevenção do VIH/SIDA. Deve também ser considerado o papel fundamental que as organizações de imigrantes e as suas comunidades podem ter na integração destas populações, bem como o papel de todos os parceiros na promoção de uma sociedade inclusiva, aberta à diversidade cultural e sensível aos seus desafios. O empowerment das populações imigrantes e portadores da infecção é por isso essencial e deve ser considerado de forma a que estas populações tenham um papel activo no combate à infecção pelo VIH/SIDA e possam, através da sua participação na sociedade, determinar e promover o seu bem-estar e desenvolvimento.

Por fim, é importante um conhecimento mais aprofundado acerca do tipo de utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes, quer no âmbito dos cuidados de saúde, da procura de informação sobre VIH/SIDA ou do seu diagnóstico, de forma a identificar os obstáculos associados à sua sub-utilização. Por outro lado, é relevante conhecer e identificar os factores associados à adesão, acesso

e utilização dos serviços de saúde no contexto do VIH/SIDA por parte das populações imigrantes, nomeadamente factores sociais, estruturais e culturais. Neste sentido, este tipo de conhecimento poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias eficazes de melhoria da utilização e acessibilidade dos imigrantes aos serviços de saúde no âmbito da prevenção e controlo, ajustadas às suas necessidades e com impacto na redução da sua vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA. Será também um contributo para o sucesso da integração das populações imigrantes na sociedade, permitindo potenciar os seus recursos e dar resposta às suas necessidades, e acima de tudo, permitindo o seu envolvimento e participação no sentido de serem parte fundamental e determinante do seu desenvolvimento comunitário.

Referências Bibliográficas

- ACIME (2006). Enquadramento Imigração em Portugal. Retirado em 25-08-07, de http://www.acime.gov.pt/docs/GEE/Caracterizacao_Imigracao.pdf
- ACIDI (2007a). Imigração em Portugal – Informação Útil.
- ACIDI (2007b). Plano para a Integração dos Imigrantes – Resolução do Conselho de Ministros nº63-A/2007.
- ACIDI (2007c). Relatório de Actividades: Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (Setembro 2005-Dezembro 2006).
- AHPN – African HIV Policy Network (2006). Department of Health Action Plan: HIV related stigma and discrimination. Londres: AHPN.
- Albuquerque, C.M., & Oliveira, C.P. (2002). Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu. Retirado em 18-08-07, de http://www.ipv.pt/millennium/Millennium25/25_27.htm
- Anson, O. (2001). Inequality in the Access to preventive health care: The case of immigrants in Belgium. *Archives of Public Health*, 59(5-6): 265-279.
- Bandyopadhyay, M. & Thomas, J. Critical determinants of women migrant worker's vulnerability to HIV infection in Hong Kong. Abstract nº E11646, International Conference on AIDS 2002; 14.
- Barreto, A.T., Foreit, K.G., Noya, P.A., Nhatave, I. & Gaspar, M.C. Cultural and demographic determinants of HIV prevalence in Mozambique. Abstract nº MoPeE3716 , International Conference on AIDS 2002; 14.

- Boerma, J.T. & Weir, S.S. (2005). Integrating demographic and epidemiological approaches to research on HIV/AIDS: The proximate-determinants framework. Journal of Infectious Diseases, 191, S61-S67.
- Bourhis, R.Y., Moise, L.C., Perreault, S., & Sénechal, S. (1997). Towards an interactive acculturation model: A social psychological approach. International Journal of Psychology, 32(6): 369-386.
- Boyd, M. (2006). Push Factors Resulting in the Decision for Women to Migrate. In, UNFPA/IOM, Female Migrants: Bridging the Gaps Throughout the Life Cycle. New York: UNFPA/IOM.
- Burns, F., Mercer, C., Copas, A.J., Johnson, A.M., Morison, L., Wellings, K., Erens, B., Field, J. & Fenton, K.A. (2005). Factors associated with HIV testing among black Africans in Britain. Sexually Transmitted Infections, 81(6): 494-500.
- Burns, F. & Fenton, K.A. (2006). Access to HIV care among Africans in Britain. What are the issues? Psychology, Health & Medicine, 11(1): 117-125.
- Burns, F.M., Imrie, J., Nazroo, J.Y., Johnson, A.M. & Fenton, K.A. (2007). Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain. AIDS Care, 19(1): 102-108.
- Carballo, M. & Nerukar, A. (2001). Migration, refugees and health risks. Emerging Infectious Diseases, 7(3): 556-560.
- Carta, M.G., Bernal, M., Hardoy, M.C., Haro-Abad, J.M. & "Report on the Mental Health in Europe" working group (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 1:13.

- CCE – Comissão das Comunidades Europeias (2000). Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu Relativa a Uma Política da Comunidade em Matéria de Imigração. Bruxelas: CCE.
- CCHS - Committee on Community Health Services (1997). Health care for children of immigrant families. Pediatrics, 100(1), 153-156.
- CNLCS – Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (2006). Plano Nacional de Luta Contra a SIDA 2004-2006.
- Coker, R. (2003). Migration, Public Health and compulsory screening for TB and HIV - Asylum and Migration Working Paper 1. Londres: IPPR.
- CSDH – Commission on Social Determinants of Health (2005). Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences. Genebra: WHO.
- CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2006). Infecção VIH/SIDA – A Situação em Portugal.
- Decosas, J., Kane, F., Anarfi, J.K., Sodji, K.D.R., & Wagner, H.U. (1995). Migration and AIDS. Lancet, 346: 826-828.
- Del Amo, J., Erwin, J., Fenton, K. & Gray, K. (2001). AIDS & Mobility: Looking to the Future – Migration and HIV/AIDS in Europe, recent developments and needs for future action. Haarlem: NIGZ.
- DesMeules, M., Gold, J., McDermott, S., Cao, Z., Payne, J., Lafrance, B., Vissandjée, B., Kliewer, E. & Mao, Y. (2005). Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980-1998: Results of a national cohort study. Journal of Immigrant Health, 7(4), 221-232.
- Despacho nº 25.360/2001 – Acesso à saúde por parte dos imigrantes. Diário da República nº 286, II Série, de 12 de Dezembro.

- Dias, S., Matos, M.G. & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: Implicações para a intervenção. Psicologia, Saúde e Doenças, 3(1), 89-102.
- Dias, S. Gonçalves, A., Luck, M. & Fernandes, M.J. (2004). Risco de infecção por VIH/SIDA: Utilização-acesso aos serviços de saúde numa comunidade migrante. Acta Médica Portuguesa, 17: 211-218.
- Dias, S.F., Matos, M.G. & Gonçalves, A.C. (2006). AIDS-related stigma and attitudes towards AIDS-infected people among adolescents. AIDS Care, 18(3): 208-214.
- Doherty, I.A., Leone, P.A. & Aral, S.O. (2007). Social determinants of HIV infection in the Deep South. American Journal of Public Health, 97(3): 391.
- Essen, B., Hanson, B.S., Ostergren, P., Lindquist, P.G., Gudmundsson, S. (2000). Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 79(9): 737-743.
- EuroHIV – European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV/AIDS (2006). HIV/AIDS Surveillance in Europe.
- Eurostat (2007a). Eurostat Yearbook 2006-2007. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- Eurostat (2007b). Resident citizens with foreign nationality. Retirado em 17-05-07, de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C6/cac15130

- Fennely, K. (2004). Listening to the Experts: Provider Recommendations on the Health Needs of Immigrants and Refugees – Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations 1/04. Malmö: Malmö University.
- Fenton, K. (2001). Strategies for improving sexual health in ethnic minorities. Current Opinion in Infectious Diseases, 14(1): 63-69.
- Fenton, K., Mercer, C., McManus, S., Erens, B., Wellings, K., Macdowall, W., Byron, C., Copas, A., Nanchahal, K., Field, J. & Johnson, A. (2005). Ethnic variations in sexual behaviour in Great Britain and risk of sexually transmitted infections: a probability survey. Lancet, 365(9466): 1246-1255.
- Fikremariam, G.F. Stigma and Discrimination as barrier to HIV/AIDS treatment and care. Abstract n° TuPeD5208, International Conference on AIDS 2004; 15.
- Fowler, N. (1998). Providing primary health care to immigrants and refugees: the North Hamilton experience. Canadian Medical Association Journal, 159(4): 388-391.
- Fox, P., Burns, K., Popovich, J. & Ilg, M. (2001). Depression among immigrant Mexican women and Southeast Asian refugee women in the U.S. The International Journal of Psychiatric Nursing Research, 7(1): 778-792.
- Frenk, J., Bobadilla, J.L., Stern, C., Freijka, T., & Lozano, R. (1994). Elements for a Theory of the Health Transition. In, L. Chen, A. Kleinman & N. Ware (Eds.), Health and Social Change in International Perspective (pp. 25-49). Boston: Harvard University Press.
- Glover, S., Gott, C., Loizillon, A., Portes, J., Price, R., Spencer, S., Srinivasan, V. & Willis, C. (2001). Migration: an economic and social analysis. Londres: RDS.

- Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Fernandes, M.J., & Cabral, J. (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21(1): 55-64.
- Hansen, A. & Krasnik, A. (2007). Access to health care for undocumented immigrants: rights and practice. Danish Medical Bulletin, 54: 50-51.
- Hermansson, A., Timpka, T. & Thyberg, M. (2002). The mental health of war-wounded refugees: An 8-year follow-up. The Journal of Nervous and Mental Disease, 190(6): 374-380.
- Hoffmann, C. & Mulcahy, F. (2006). ART 2006. In C. Hoffmann, J.K. Rockstroh & B.S.Kamps (Eds.), HIV Medicine 2006 (pp. 89-93). Paris: Flying Publisher.
- Hyman, I. (2007). Immigration and Health: Reviewing evidence of the healthy immigrant effect in Canada, *CERIS Working Paper*, nº 55. Retirado em 03-05-07, de <http://ceris.metropolis.net/Virtual%20Library/WKPP%20List/WKPP2007/CWP55.pdf>
- IEFP (2001). Classificação Nacional de Profissões – Versão 1994. Lisboa: IEFP.
- ILO – International Labour Office (2005). Immigration, Discrimination and Integration in Europe: Policy Options for Europe in the 21st Century. Retirado em 23-08-07, de http://ec.europa.eu/employment_social/events/2005/demographic_change/taran_txt_en.pdf
- IOM (2003). World Migration 2003: Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move. Suíça: IOM.
- IOM (2004a). Migration Health Report. Retirado em 15-03-07, de <http://www.iom.int/iomwebsite/Publication/ServletSearchPublication?event=detail&id=4494>

- IOM (2004b). Seminar on Health and Migration: Investing in mental health in post-conflict rehabilitation Psychosocial and Mental Well-Being of Migrants. Retirado em 26-04-07, de www.iom.int/DOCUMENTS/OFFICIALTXT/N/IOMMental%20Health9_11%20June.pdf
- IOM (2005). World Migration 2005: Costs and Benefits of International Migration. Suíça: IOM.
- Jolly, S. & Reeves, H. (2005). Gender and Migration: Overview Report. Brighton: Bridge/Institute of Development Studies.
- Kamps, B.S. & Hoffmann, C. (2006). Introduction. In C. Hoffmann, J.K. Rockstroh & B.S.Kamps (Eds.), HIV Medicine 2006 (pp. 23-32). Paris: Flying Publisher.
- Kaukinen, C. & Fulcher, C. (2006). Mapping the social demography and location of HIV services across Toronto neighbourhoods. Health & Social Care in the Community, 14(1): 37-48.
- Keyes, E. (2000). Mental health status in refugees: An integrative review of current research. Issues in Mental Health Nursing, 21(4): 397-410.
- Kornosky, J.L., Peck, J.D., Sweeney, A.M., Adelson, P.L. & Schantz, S.L. (2007). Reproductive characteristics of Southeast Asian immigrants before and after migration. *Journal of Immigrant and Minority Health*. Retirado em 26-05-07, de <http://www.springerlink.com/content/e06572643512r189/fulltext.pdf>
- Krings, P. & Neumann, T. (2006). HIV and Cardiac Diseases. In C. Hoffmann, J.K. Rockstroh & B.S.Kamps (Eds.), HIV Medicine 2006 (pp. 619-27). Paris: Flying Publisher.

- Kullgren, J. (2003). Restrictions on undocumented immigrants' access to health services: The public health implications of welfare reform. American Journal of Public Health, 93(10): 1630-1633.
- Lazarus, J., Himedan, M., Ostergaard, L. & Liljestrang, J. (2006). HIV/AIDS Knowledge and condom use among Somali and Sudanese immigrants in Denmark. Scandinavian Journal of Public Health, 34(1): 92-99.
- Levy, V., Prentiss, D., Balmas, G., Chen, S., Israelski, D., Katzenstein, D., & Page-Shafer, K. (2007). Factors in the delayed HIV presentation of immigrants in Northern California: Implications for voluntary counselling and testing programs. Journal of Immigrant and Minority Health, 9: 49-54.
- Lewis, J., Donnelly, C., Mare, P., Mupambireyi, Z., Garnett, G. & Gregson, S. (2007). Evaluating the proximate determinants framework for HIV infection in rural Zimbabwe. Sexually Transmitted Infections, 83: i61-i69.
- Lieber E., Li, L., Wu, Z., Rotheram-Borus, M. & Guan, J. (2006). HIV/STD Stigmatization fears as health-seeking barriers in China. AIDS Behavior, 10(5): 463-471.
- Lorenzen, T. & Graefe, K. (2006). HIV and Sexually Transmitted Diseases. In C. Hoffmann, J.K. Rockstroh & B.S.Kamps (Eds.), HIV Medicine 2006 (pp. 611-18). Paris: Flying Publisher.
- Lugalla, J., Emmelin, M., Mutembei, A., Sima, M., Kwesigabo, G., Killewo, J. & Dahlgren, L. (2004). Social, cultural and sexual behavioural determinants of observed decline in HIV infection trends: lessons from the Kagera Region, Tanzania. Social Science and Medicine, 59(1): 185-198.
- Lurie, M., Williams, B., Zuma, K., Mkaya-Mwamburi, D., Garnett, G., Sweat, M., Gittelsohn, J. & Karim, S. (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. AIDS, 17(15): 2245-2252.

- Lydié, N., Robinson, N., Ferry, B., Akam, E., De Loenzien, M. & Abega, S. (2004). Mobility, sexual behaviour and HIV infection in an urban population in Cameroon. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 35(1): 67-74.
- Maddern, S. (2004). Post-traumatic stress disorder in asylum seekers. Nursing Standard, 18(18): 36-39.
- Maggi, J & Cattacin, S. (2003). Needed Basic Research in “Migration and Health”: 2002-2006 - Switzerland. Neuchâtel: SFM.
- MAP - Monitoring the AIDS Pandemic Networking (1998). The Determinants of the HIV/AIDS Epidemics in Eastern Europe. Geneva: MAP.
- Maroco, J. (2007). Análise Estatística com utilização do SPSS (3ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marston, C. & King, E. (2006). Factors that shape young people’s sexual behaviour: a systematic review. Lancet, 368: 1581-1586.
- McKay, L., Macintyre, S. & Ellaway, A. (2003). Migration and Health: A Review of the International Literature. Glasgow: Medical Research Council – Social and Public Health Sciences Unit.
- Mehler, P., Scott, J., Pines, I., Gifford, N., Biggerstaff, S. & Hiatt, W. (2001). Russian immigrant cardiovascular risk assessment. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 12(2): 224-235.
- Mollica, R., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vukovic, I. & Massagli, M. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. Journal of the American Medical Association, 286(5): 546-554.

- Mosher, W.D., Martinez, G.M., Chandra, A., Abma, J.C. & Willson, S.J. (2004). Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982–2002». Advance Data, 350: 1–36.
- Narayanan, S. & Lai, Y. (2005). The causes and consequences of immigrant labour in the construction sector in Malaysia. International Migration, 43(5): 31-57.
- Neale, A., Ngeow, J., Skull, S. & Biggs, B.A. (2007). Health services utilization and barriers for settlers from the Horn of Africa. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 31(4): 333-335.
- Ng, E., Wilkins, R., Gendron, F. & Berthelot, J.M. (2005). Dynamics of Immigrants' Health in Canada: Evidence from the National Population Health Survey. Retirado em 17-04-07, de <http://www.statcan.ca/english/research/82-618-MIE/2005002/pdf/82-618-MIE2005002.pdf>
- Nordhaus, W. (1999). The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards. Retirado em 17-05-07, de <http://www.laskerfoundation.org/reports/pdf/healthofnations.pdf>
- Paxton, S., Gonzales, G., Uppakaew, K., Abraham, K., Okta, S., Green, C., Nair, K., Merati, T., Thephtien, B., Marin, M. & Quesada, A. (2005). AIDS-related discrimination in Asia. AIDS Care, 17(4): 413-424.
- Pécoud, A. & Guchteneire, P. (2004). Migration, human rights and the United Nations: an investigation into the low ratification record of the UN Migrant Workers Convention. Geneva: Global Commission on International Migration.
- Poundstone, K.E., Strathdee, S.A. & Celentano, D.D. (2004). The Social epidemiology of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. Epidemiologic Reviews, 36: 22-35.

- Pumariega, A.J., Rothe, E. & Pumariega, J.B. (2005). Mental Health of Immigrants and Refugees. Community Mental Health Journal, 41(5): 581-597.
- Rubia, M., Marcos, I. & Muennig, P. (2002). Increased risk of heart disease and stroke among foreign-born females residing in the United States. American Journal of Preventive Medicine, 22(1): 30-35.
- Saracino, A., El-Hamad, I., Prato, R., Cibelli, D., Tartaglia, A., Palumbo, E., Pezzoli, M., Angarano, G. & Scotto, G. (2005). Access to HAART in HIV-Infected immigrants: A retrospective multicenter Italian study. AIDS Patient Care and STD's, 19(9): 599-606.
- Scheppers, E., Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J. & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. Family Practice, 23(3): 325-348.
- SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2006). Relatório de Actividades - Imigração, Fronteiras e Asilo.
- Shapiro, R.L., Lockman, S., Thior, I., Stocking, L., Kebaabetswe, P., Wester, C., Peter, T., Marlink, R., Essex, M. & Heymann, S. (2003). Low adherence to recommended infant feeding strategies among HIV-infected women: results from the pilot phase of a randomized trial to prevent mother-to-child transmission in Botswana. AIDS Education and Prevention, 15(3): 221-230.
- Silove, D. (2004). How to treat mental health problems in migrants and refugees. Retirado em 26-03-07, de www.australiandoctor.com.au/htt/pdf/AD_HT_T_031_038___JUL16_04.pdf
- Silva, P.D. (2005). A Protecção Social da População Imigrante: Quadro Legal, Estudo comparado e Proposta de Reforço. Lisboa: Observatório da Imigração.

- Solorio, M.R., Currier, J., & Cunningham, W. (2004). HIV Health care services for Mexican migrants. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 37: S240-S251.
- Sonis, J. (1998). Association between duration of residence and access to ambulatory care among Caribbean immigrant adolescents. American Journal of Public Health, 88: 964-966.
- Sousa, J.E. (2006). Os Imigrantes Ucrânicos em Portugal e os Cuidados de Saúde. Lisboa: ACIME.
- Stampino, V. (2007). Improving Access to multilingual health information for newcomers to Canada. Journal of the Canadian Health Libraries Association, 28: 15-18.
- Steffan, E., Kersch, V. & Sokolowski, S. (2005). Immigration and HIV/AIDS prevention in Germany – an interdisciplinary challenge. Eurosurveillance, 10(1): 58-59.
- Stronks, K., Ravelli, A.C.J. & Reijneveld, S.A. (2001). Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? Journal of Epidemiology and Community Health, 55: 701-707.
- Tabrizian, S. & Mittermeier, O. (2006). HIV and Psychiatric Disorders. In C. Hoffmann, J.K. Rockstroh & B.S.Kamps (Eds.), HIV Medicine 2006 (pp. 667-77). Paris: Flying Publisher.
- Tolson, M., Kellington, S., Perchal, P. & Summers, M. (2000). Political and social determinants of women's risk for HIV infection and illness progression. Abstract n° TuOrE393, International Conference on AIDS 2000; 13.
- UN (1948). Universal Declaration of the Human Rights.

- UN (2004). Women and International Migration: World Survey on the Role of Women in Development. Retirado em 26-05-07, de <http://www.un.org/womenwatch/daw/Review/documents/press-releases/WorldSurvey-Women&Migration.pdf>
- UN – Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2005a). Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision. Genebra: UN.
- UN (2005b). Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. New York: UN Millennium Project.
- UNAIDS (2004). 2004 Report on the Global AIDS epidemic: 4th Global Report.
- UNAIDS (2006a). 2006 Report on the Global AIDS Epidemic.
- UNAIDS (2006b). AIDS epidemic Update – December 2006.
- UNAIDS/IOM (2001). Migrants' Right to Health. Genebra: UNAIDS.
- WHO (1948). Constitution of the World Health Organization.
- WHO (1986). Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde: Carta de Ottawa.
- WHO (2003). International Migration, Health & Human Rights. Genebra: WHO.
- WHO (2004). Sexual health – a new focus for WHO. Progress in Reproductive Health Research, n. 67.
- WHO/UNICEF (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma Ata.

- Wolffers, I., Verghis, S. & Marin, M. (2003). Migration, human rights and health. Lancet, 362(9400): 2019-2020.
- Yu, S., Huang, Z. & Singh, G. (2004). Health status and health services utilization among US Chinese, Asian Indian, Filipino, and other Asian/Pacific Islander children. Pediatrics, 113(1): 101-107.