

## Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política

Maria Lucinda Fonseca, Alina Esteves, Jennifer McGarrigle e Sandra Silva\*

**Resumo** Num mundo globalizado e cada vez mais móvel, reforçam-se as interacções espaciais entre lugares distantes e aceleram-se os mecanismos de difusão espacial das doenças à escala planetária. Simultaneamente, a diversidade geográfica e socio-cultural da população das regiões que atraem maior número de imigrantes reflecte-se no aparecimento ou expansão de novas doenças e na diversificação das práticas de saúde da população. Deste modo, a relação entre saúde e imigração tem vindo a ganhar relevo nas preocupações dos decisores políticos, nacionais e internacionais, e dos estudiosos dos processos de integração dos imigrantes nos territórios de acolhimento. À luz da problemática atrás anunciada, este artigo analisa, num primeiro ponto, as condições de acesso aos serviços de saúde dos imigrantes residentes em Portugal, no contexto da União Europeia. Em seguida, discute a relação entre saúde e exclusão social dos imigrantes e minorias étnicas de origem africana, com base num estudo de caso efectuado num bairro de realojamento, localizado na periferia norte de Lisboa, na área de intervenção do Plano de Urbanização do Alto Lumiar (PUAL). Finalmente, apresentam-se algumas notas conclusivas e recomendações políticas.

**Palavras-chave:** saúde, imigração, exclusão social, Portugal, Lisboa.

**Summary** A globalised and ever more mobile world compounds the spatial dynamics between distant places and accelerates the geographical spread of disease to a planetary scale. Simultaneously, the geographical and social-cultural diversity of the population in regions that attract large numbers of immigrants reflects both the appearance or increase of new diseases and also the diverse health practices of the population. As result, the relationship between health and immigration has gained importance in the concerns of national and international political decision

\* Centro de Estudos Geográficos, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

**Summary** makers, and the painstaking processes of immigrant integration in host territories.

In light of the above mentioned problems this article analyses, primarily the conditions of accessing health services for resident immigrants in Portugal, in A European Union context. This is followed by a discussion of the relationship between health and social exclusion of immigrants and ethnic minorities of African origin which is based upon a case study carried out in a rehousing borough in a northern district of Lisbon within the area of intervention of an urbanization plan in Alto Lumiar (PUAL). Finally, some conclusions and policy recommendations are put forward.

**Key-words:** health, immigration, social exclusion, Portugal, Lisbon.

# ■ Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política

Maria Lucinda Fonseca, Alina Esteves, Jennifer McGarrigle e Sandra Silva

## Introdução

Num mundo globalizado e cada vez mais móvel, em que todos os anos cerca de mil milhões de pessoas viajam ou deslocam-se para fora dos seus países, reforçam-se as interacções espaciais entre lugares distantes e aceleram-se os mecanismos de difusão espacial das doenças à escala planetária. Simultaneamente, a diversidade geográfica, social e cultural da população das regiões que atraem maior número de imigrantes reflecte-se no aparecimento ou expansão de novas doenças, na diferenciação das práticas e nas condições de acesso aos cuidados de saúde formal dos imigrantes e minorias étnicas, descendentes de imigrantes. Deste modo, a relação entre saúde e imigração tem vindo a ganhar relevo nas preocupações dos decisores políticos e dos estudiosos dos processos de integração dos imigrantes nos territórios de acolhimento. Acompanhando esta tendência, a Presidência Portuguesa da União Europeia (2.º semestre de 2007) organiza, durante o mês de Setembro, uma conferência europeia sobre saúde e migrações e, em Outubro, um encontro dos coordenadores nacionais para a SIDA da Europa dos 53 e dos países vizinhos sobre “VIH e Migrações”.

Nos últimos anos, os imigrantes tornaram-se um dos principais grupos problemáticos para os sistemas de saúde dos Estados-membros da UE. Diversos factores, como sejam níveis socioeconómicos mais baixos, deficientes condições de habitação, rendimentos reduzidos, empregos precários, *stress* psicológico associado à exclusão social e à ausência de redes de apoio, todos relacionados com a saúde, contribuem para a situação desfavorável deste grupo. As circunstâncias da vida são apenas parte de um quadro mais vasto em que o acesso aos cuidados de saúde é dificultado pela frequente ausência de informação sobre direitos e serviços disponíveis, ou ainda pela falta de sensibilidade e de conhecimento das entidades e dos profissionais prestadores dos serviços. O acesso aos sistemas nacionais de saúde e a obtenção de bons resultados no estado de saúde têm-se tornado indicadores fundamentais da integração dos imigrantes. Além disso, como a saúde é considerada um dos motores do desenvolvimento económico, a desigualdade no acesso aos serviços é considerada uma ameaça aos valores sociais, económicos e aos objectivos da Europa (EHMA, 2004). À medida que o papel dos imigrantes no mercado de trabalho europeu se torna mais relevante, a sua saúde é encarada como uma questão cada vez mais importante, não apenas do ponto de vista económico, mas também numa perspectiva social.

À luz da problemática atrás anunciada, analisam-se neste artigo, num primeiro ponto, as condições de acesso aos serviços de saúde dos imigrantes residentes em Portugal, no contexto da União Europeia, na perspectiva das políticas de saúde e de imigração. Em seguida, discute-se a relação entre saúde e exclusão social dos imigrantes e minorias étnicas de origem africana, com base num estudo de caso efectuado num bairro de realojamento, localizado na periferia norte de Lisboa, nas imediações do aeroporto, na área de intervenção do Plano do Alto Lumiar. Finalmente, apresentam-se algumas notas conclusivas e recomendações políticas.

### **Acesso aos serviços de saúde: a lei e as práticas – Portugal no contexto europeu**

O acesso aos cuidados de saúde pode ser compreendido como um conceito multi-dimensional. A primeira dimensão inclui os direitos aos cuidados de saúde consagrados na lei, incluindo não apenas os direitos de uso dos serviços, mas também a capacidade financeira para aceder aos mesmos. A segunda está relacionada com a questão da capacidade que o imigrante tem de usufruir deles. Dixon *et al.* (2003) estabelecem uma distinção pertinente entre o acesso e utilização dos serviços de saúde, em que a igualdade em termos de acesso implica que os indivíduos que deles necessitam tenham oportunidades idênticas de os utilizar, ao passo que a igualdade de utilização implica igualdade na sua utilização efectiva. Os autores consideram as desigualdades observadas na utilização dos serviços de saúde como uma forma aproximada de medir as desigualdades no acesso, considerando assim as práticas dos indivíduos e dos grupos, para além da legislação, como aspectos centrais para medir a equidade no acesso.

A investigação desenvolvida em diversos países mostra que existem desigualdades sociais no acesso aos serviços médicos, pois indivíduos com necessidades iguais não são sempre tratados do mesmo modo. De uma forma geral, as pessoas com maior poder económico e grau de instrução mais elevado têm melhor acesso aos especialistas e aos dentistas; os indivíduos dos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos, incluindo os imigrantes, tendem a depender mais dos médicos de clínica geral e dos serviços de urgência, indo ao médico mais tarde e reduzindo, deste modo, as hipóteses de receber todos os tratamentos necessários e as expectativas de melhorar o seu estado de saúde (Judge *et al.*, 2006; Dixon *et al.*, 2003; Freitas, 2003; Van Doorslaer, 2002). Com efeito, desde a publicação do Relatório *Black* (DHSS, 1980) no Reino Unido, há mais de duas décadas, que muitos estudos demonstram que a exclusão social não causa doenças ou patologias específicas, visto que os indivíduos vivendo em condições de pobreza, e não apenas os imigrantes, sofrem de doenças semelhantes, mas de uma forma mais acentuada. Por outras palavras, existe um gradiente social para todas as causas de mortalidade (EMHA, 2004). Esta questão é pertinente, na medida em que entre

grupos étnicos minoritários há muito definidos a etnicidade foi identificada como um factor-chave nas desigualdades na saúde. Este aspecto está relacionado com o facto de alguns grupos minoritários serem geralmente mais afectados pelas condições sociais que interagem com as desigualdades na saúde (LHO, 2004). Daqui resulta a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços, o seu acesso e a sensibilidade dos profissionais que prestam os cuidados de saúde, de modo a responder às necessidades deste grupo populacional.

De acordo com a relação cíclica entre saúde, pobreza e exclusão social já amplamente documentada na bibliografia disponível (Stegeman e Costongs, 2003), a crescente importância do tema da saúde na agenda da União Europeia pode enquadrar-se no contexto do Programa de Acção Comunitária de Combate à Exclusão. Os objectivos comuns da União Europeia fazem referência directa ao papel do sector dos cuidados de saúde na batalha contra a exclusão social, na medida em que salientam a importância da salvaguarda da igualdade de acesso a serviços de qualidade e à melhoria dos cuidados prestados. Com base nas decisões do Conselho Europeu de Lisboa (Março de 2000) para combater a exclusão social, o Conselho Europeu de Nice adoptou objectivos comuns, um dos quais estipulava a necessidade de os Estados-membros aplicarem políticas com o intuito de garantir o acesso aos cuidados de saúde a *todos* os cidadãos. Estes direitos estão claramente definidos na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Para monitorizar o progresso dos Estados-membros neste aspecto, o Comité para a Protecção Social da Comissão Europeia estabeleceu dez indicadores básicos que medem a exclusão social. Dois deles estão directamente relacionados com a saúde – a esperança de vida à nascença e o estado de saúde auto-percebido – baseados na noção de que a saúde é simultaneamente uma causa e uma consequência de dificuldades socioeconómicas mais vastas (SPC, 2001; EMHA, 2004). Assim, a equidade no acesso aos cuidados de saúde, bem como a outros serviços, tornou-se um elemento integral da agenda europeia no que respeita à exclusão social, tal como a capacidade de resposta e a melhoria dos serviços prestados.

Desde a aprovação da agenda europeia, em Dezembro de 2000, que nos círculos políticos da União Europeia se reconhece a existência de um vasto leque de barreiras que dificultam o acesso aos cuidados de saúde, afectando muito as pessoas em situação de exclusão, principalmente imigrantes e minorias étnicas que assim vêem dificultado o processo de inclusão (Conselho da União Europeia, 2004).

O Conselho da Europa, com um mandato diferente, também promove activamente o acesso aos direitos sociais, incluindo a saúde, como uma componente-chave da coesão social das sociedades europeias. Este Conselho recomendou aos Estados-membros que desenvolvam um quadro coerente de políticas de saúde que assegurem a capacidade de resposta dos serviços de saúde à população ca-

renciada, que previnam a exclusão social e a discriminação e que promovam um ambiente que proporcione a integração social dos indivíduos a viver em condições de marginalidade (COE, 2001). Tendo em conta que as pessoas podem passar por situações de vulnerabilidade em qualquer momento da vida, foi também recomendado aos Estados-membros que garantam a igualdade de acesso de *toda a gente* aos sistemas de saúde, independentemente do estatuto legal e situação económica. A ideia é reduzir o risco potencial de estigmatização associado aos grupos mais vulneráveis, reafirmando o princípio de que os imigrantes em situação irregular devem ter acesso aos cuidados de saúde respeitando o seu anonimato. O documento aconselhava igualmente os países a desenvolverem sistemas regionais e locais para identificação de pessoas a viver em situações de marginalidade social, incluindo imigrantes e grupos étnicos minoritários, por forma a aumentar as suas hipóteses de acesso aos cuidados médicos, dando particular ênfase às actividades que contactem as pessoas e à melhoria da comunicação entre os utentes e os serviços, na medida em que os grupos vulneráveis estão muitas vezes pouco informados.

Apesar dos pedidos dirigidos aos Estados-membros da União Europeia para reconhecerem as dificuldades específicas dos imigrantes, uma análise dos Planos Nacionais de Acção para a Inclusão de um conjunto de países realizada pela European Health Management Association (EMHA, 2004: 7) concluiu que os países “mal pareciam ter em conta as necessidades de cuidados de saúde dos imigrantes ou das minorias étnicas”. Deste modo, embora o tema da saúde tenha vindo progressivamente a assumir maior relevância na agenda política da integração e inclusão das minorias étnicas e dos imigrantes nos vários países, ainda é necessário percorrer um longo caminho para fazer cumprir as referidas recomendações, cujo objectivo é diminuir as disparidades preexistentes no acesso e no estado de saúde destes grupos na Europa.

Os debates em torno do acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde não podem ser separados da discussão da inclusão destes cidadãos nos sistemas de segurança social nacionais, estando a sua saúde completamente associada ao quadro geral das políticas sociais e de integração específicas de cada país, bem como às políticas de imigração que determinam o acesso aos serviços de segurança social (Ingleby *et al.*, 2005). Apesar de todos terem o direito de acesso aos cuidados de saúde, tal como foi definido pelo Conselho Europeu no final de 2000, o mesmo documento afirmava que o acesso à saúde depende das políticas nacionais (Warnes, 2003; Ingleby *et al.*, 2005) que implicam diferentes definições e práticas em todos os países europeus, assim como variações a nível nacional.

Apesar dos assinaláveis avanços legislativos registados em Portugal, com o alargamento do acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde, reflectindo melhorias noutros países europeus, ainda existem problemas relacionados com barreiras

estruturais/institucionais e com dificuldades que os próprios imigrantes enfrentam devido a constrangimentos de ordem pessoal ou à capacidade de receber tratamento. Em termos legislativos, tal como já referimos, Portugal começou a permitir o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde após o aumento substancial das entradas no final do século XX. Desde 2001 que é garantido aos cidadãos estrangeiros o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua nacionalidade, nível económico ou estatuto legal (ACIME, 2007). Os cidadãos estrangeiros têm de obter um cartão de utente do SNS junto do centro de saúde que serve a sua área de residência, onde devem apresentar um documento comprovativo do carácter legal da sua residência. Os imigrantes indocumentados têm acesso a um cartão temporário de utente que podem obter apresentando um certificado de residência passado pela Junta de Freguesia atestando a sua morada. Esta possibilidade, no contexto europeu, representa um grande avanço, pois na Holanda os imigrantes indocumentados apenas têm acesso aos cuidados de saúde “medicamente necessários” e na Grécia somente aos serviços de urgência (Ingleby *et al.*, 2005). Os custos de utilização dos serviços de saúde estão de acordo com as tabelas oficiais usadas para os cidadãos portugueses, mas os que não efectuam descontos para a segurança social pagam mais pelos tratamentos médicos. Contudo, através da apresentação de um documento da segurança social, as condições sócio-económicas do indivíduo são tidas em conta.

A evidência empírica tem demonstrado que os sistemas nacionais de saúde baseados nas contribuições para a segurança social, como o de Portugal, Reino Unido e Irlanda, tendem a ter melhores desempenhos em termos de custos, o que tem um impacto directo no acesso (EMHA 2004). Nos países onde os sistemas de saúde se baseiam em seguros, como é o caso da Suíça, apesar de serem obrigatórios estima-se que entre 70 mil e 80 mil imigrantes indocumentados não possuem seguro. Uma situação semelhante pode ser encontrada na Grécia (Achermann e Efiomyi-Mader, 2003; Hatziprokopiou, 2004). Alguns grupos populacionais e determinadas situações clínicas estão isentos de pagamentos: as doenças transmissíveis, tais como o HIV/SIDA ou a tuberculose, mulheres grávidas ou que se encontrem nos 60 dias após o parto, crianças até aos doze anos, beneficiários da segurança social e indivíduos desempregados inscritos num centro de emprego. As pessoas com estatuto de asilado e os refugiados têm direito a receber assistência médica e quando recebem uma autorização de residência adquirem direitos idênticos aos cidadãos portugueses. Se lhes for negada assistência médica em algum estabelecimento público de saúde devem reportar essa ocorrência ao Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), na medida em que a recusa de tratamento médico é punível ao abrigo da lei portuguesa anti-discriminação. Outros países europeus, como o Reino Unido e a Holanda, além de garantirem a igualdade de direitos aos imigrantes e aos cidadãos nacionais no acesso aos cuidados de saúde, dispõem também de iniciativas específicas para os imigrantes, aspecto que está ausente em Portugal.

É importante salientar a falta de estudos sobre o acesso efectivo dos imigrantes aos cuidados de saúde em Portugal. Por isso, esta sinopse é muito limitada e enfatiza a necessidade de mais investigação neste domínio temático. Na prática, o acesso aos cuidados de saúde das comunidades imigradas no nosso país é bastante variável, estando, em certa medida, dependente do estatuto legal e da nacionalidade dos imigrantes. Alguns dados sobre os estrangeiros residentes em Portugal mostram que os que têm a sua situação regularizada estão inscritos, com maior frequência, nos centros de saúde do SNS, onde têm acesso a consultas; pelo contrário, os indocumentados utilizam menos frequentemente estes recursos, recorrendo às urgências dos hospitais quando deparam com uma emergência de saúde (Freitas 2003). Esta opção relaciona-se claramente com o desejo dos imigrantes em situação irregular de não serem identificados. Os serviços de urgência são prestados de forma mais anónima, na medida em que o tratamento médico não fica dependente da apresentação de documentos.

Num estudo recente Fonseca *et al.* (2005) concluíram que por vezes os imigrantes indocumentados usam pseudónimos e moradas falsas para evitar o seguimento posterior da evolução do seu estado de saúde. Apesar de a legislação portuguesa garantir a universalidade do acesso aos serviços do Sistema Nacional de Saúde, alguns estudos referem a existência de recusas de assistência a imigrantes indocumentados em alguns centros de saúde. Fonseca *et al.* (2005) concluíram que a negação do acesso aos cuidados de saúde está relacionada com a fraca capacidade económica de muitas destas pessoas e com a falta de sensibilidade/conhecimento dos profissionais de saúde. Estes salientam as dificuldades que alguns imigrantes têm para pagar os tratamentos médicos devido à falta de pagamento das contribuições para a segurança social. Quando confrontados com este problema, de difícil resolução, os profissionais de saúde têm adoptado três atitudes distintas: não cobrar nada pelo serviço, adiar a cobrança ou mandar o paciente embora sem receber tratamento. Além disso, no estudo desenvolvido por Fonseca *et al.* (2005) verificou-se ainda que alguns profissionais de saúde não estavam cientes de que alguns serviços são gratuitos para os imigrantes, como por exemplo os cuidados incluídos na saúde infantil e as vacinas. Este facto sugere a ausência de transmissão de informação dos níveis superiores da administração central para as entidades locais que atendem os pacientes e uma reduzida implementação da legislação vigente. De um modo semelhante, os profissionais de saúde identificaram a falta de capacidade de resposta e de sensibilidade à diversidade dos doentes que procuram os serviços em todos os níveis da hierarquia como sendo uma clara barreira à prestação de cuidados de saúde que respondam às necessidades dos imigrantes (Fonseca *et al.*, 2005).

São ainda muito raros os estudos sobre as diferenças no acesso dos vários grupos de imigrantes aos cuidados de saúde, apesar de um relatório referir que os imigrantes originários dos PALOP usam em menor proporção os serviços de



saúde preventiva e curativa (Bentes *et al.*, 2004), incluindo os serviços de saúde reprodutiva, como mencionado no trabalho de Calado *et al.* (1997). A utilização que estes imigrantes fazem dos centros de saúde e hospitais do SNS depende, em grande medida, da duração da sua residência em Portugal e do seu estatuto legal (Gonçalves *et al.*, 2003). A mesma conclusão foi obtida com base nos resultados de um inquérito a uma amostra representativa dos imigrantes, com 18 e mais anos de idade, originários dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), Brasil e Europa de Leste, efectuado em Dezembro de 2004 e Janeiro de 2005 no âmbito de um estudo sobre a Reunificação Familiar e a Imigração em Portugal (Fonseca *et al.*, 2005)<sup>1</sup>.

Segundo os resultados desse inquérito, a maioria dos respondentes e respectivas famílias, em caso de doença, procuram uma consulta do médico de família ou dirigem-se aos serviços de urgência do centro de saúde da área de residência ou de um hospital. Por se tratar de uma população com rendimentos médios bastante baixos, apenas uma minoria procura um médico privado (4,9%), 16,8% dirigem-se apenas à farmácia e 0,5% recorrem ao curandeiro e a práticas de medicina popular (Quadro 1).

Comparando os três principais grupos de imigrantes, observa-se que os cidadãos dos PALOP, estabelecidos há mais tempo em Portugal, são os que utilizam com maior frequência os serviços públicos de saúde, nomeadamente os centros de saúde e a consulta do médico de família (63,6%). As comunidades brasileiras e da Europa de Leste, estabelecidas há menos tempo em Portugal e com um elevado número de indivíduos em situação irregular, recorrem ao Serviço Nacional de Saúde sobretudo em casos de urgência e, por isso, há muitos que praticam a automedicação ou dirigem-se apenas à farmácia. Os Europeus de Leste, talvez pela barreira da língua, apresentam ainda maiores dificuldades do que os brasileiros no acesso aos cuidados de saúde formal e, por isso, apenas 44,3% dos inquiridos são utentes de centros de saúde e mais de um quarto afirmaram que, quando estão doentes, não vão ao médico e procuram apenas adquirir medicamentos numa farmácia.

**Quadro 1 – Recurso a cuidados de saúde, por tipo de serviços e comunidades.**

Grupo de Nacionalidades	Centro de saúde – médico de família/consultas		Centro de saúde – urgências SAP		Hospital público – consultas		Hospital público – urgências		Clínica particular/ Médico privado		Farmácia		Curandeiro/ Medicina tradicional	
	Sim %	Não %	Sim %	Não %	Sim %	Não %	Sim %	Não %	Sim %	Não %	Sim %	Não %	Sim %	Não %
PALOP	63,6	36,4	27,1	72,9	26,3	73,7	30,6	69,4	4,1	95,9	13,2	86,8	0,3	99,7
Brasil	50,0	50,0	27,4	72,6	16,5	83,5	34,0	66,0	5,2	94,8	17,0	83,0	0,5	99,5
Europa de Leste	43,7	56,3	25,6	74,4	20,9	79,1	29,3	70,7	4,7	95,3	27,0	73,0	0,5	99,5
TOTAL	55,7	44,3	25,6	74,4	22,5	77,5	31,4	68,6	4,9	95,1	16,8	83,2	0,5	99,5

Fonte: Inquérito efectuado no âmbito do estudo Reunificação Familiar e Imigração em Portugal (Fonseca et al., 2005).

As dificuldades de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde pode ainda verificar-se através da elevada percentagem dos que não beneficiam de nenhuma comparticipação do Estado nas despesas com medicamentos ou serviços de saúde: cerca de 80% dos respondentes ao inquérito atrás referido afirmaram nunca ter recebido qualquer apoio financeiro para esses fins (Quadro 2).

Embora o facto mais saliente seja o baixo nível de acesso de todos os grupos de imigrantes a estes benefícios sociais, observa-se uma ligeira vantagem relativa das comunidades originárias dos PALOP, dado que a percentagem de beneficiários (22,6%) é superior à dos brasileiros (15,9%) e das comunidades do Leste Europeu (18,4%).

**Quadro 2 – Acesso dos imigrantes a benefícios sociais no domínio dos cuidados de saúde, distribuídos por nacionalidade, 2004-2005.**

Grupos de nacionalidades	Comparticipação nas despesas de aquisição de medicamentos e outras despesas de saúde (%)	
	Sim	Não
PALOP	22,6	77,4
Brasil	15,9	84,1
Europa de Leste	18,4	81,6
<b>TOTAL</b>	<b>20,1</b>	<b>79,9</b>

Fonte: Inquérito efectuado no âmbito do estudo Reunificação Familiar e Imigração em Portugal (Fonseca et al., 2005).

A bibliografia sobre este tema aponta para a existência de muitos factores que influenciam o acesso dos cidadãos imigrantes aos cuidados de saúde. São exemplo desses riscos, a discriminação praticada ao nível das instituições, a falta de conhecimento entre os profissionais de saúde dos direitos dos imigrantes, o desconhecimento da informação sobre os serviços de saúde e dos seus direitos por parte dos próprios imigrantes, devido a barreiras linguísticas, o receio de detenção no caso dos imigrantes indocumentados, ou simplesmente a falta de confiança num sistema que desconhecem (Ingleby *et al.*, 2005; Manfellotto, 2002). Uma investigação recentemente desenvolvida na Suíça mostra que 86% dos imigrantes indocumentados incluídos no estudo não sabiam onde se dirigir se tivessem um problema de saúde e 74% tinham receio que os profissionais de saúde informassem a polícia da sua presença no país (ICMH, no prelo). Outros factores que impedem o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde incluem as barreiras culturais relacionadas com a ausência de sensibilidade dos profissionais de saúde aos hábitos e costumes das minorias étnicas, em aspectos relacionados com as diferenças entre géneros ou com as restrições alimentares (Carrillo *et al.*, 1999), ou ainda com o pouco contacto com o sistema de saúde no país de origem, ou com a inexistência de saúde preventiva (Carlsten, 2003). Autores como Dixon *et al.* (2003) juntam a estes obstáculos a distância e o transporte, as crenças sobre saúde e os comportamentos pessoais na procura dos serviços. O Projecto “Hospital Amigo do Imigrante” (EMHA, 2004) juntou doze hospitais em diversos países europeus entre 2002 e 2004, com o objectivo de abordarem as diferenças na prestação de cuidados de saúde e na eficiência alcançada através da identificação e avaliação de boas práticas. Foram encontradas três áreas problemáticas que dificultam o acesso dos imigrantes: barreiras linguísticas e de comunicação, informação adequada do paciente e educação e falta de competências culturais em todo o espectro do pessoal que trabalha na área.

Apesar dos poucos estudos existentes, é possível admitir que os imigrantes a viver em Portugal deparam com estas barreiras e que, para além dos constrangimentos estruturais, ainda enfrentam limitações pessoais, tais como dificuldades ao nível da língua, tornando difícil o acesso a informação básica sobre direitos e recursos que podem utilizar como resposta a situações de discriminação institucional (Ormond, 2004). As tentativas que têm sido desenvolvidas por parte de profissionais de saúde, ou pelo próprio Estado, para ultrapassar este desconhecimento são ainda limitadas e têm sido dirigidas preferencialmente para os imigrantes e não para a comunidade em geral. Uma destas iniciativas foi promovida pelo ACIME (actualmente ACIDI) em 2002 e incluiu a publicação de uma brochura em português, russo e inglês sobre serviços e questões de saúde. Para além disto, a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS) distribuiu brochuras sobre o HIV/SIDA às principais comunidades imigrantes residentes em Portugal na respectiva língua materna. Foram desenvolvidas outras iniciativas a nível local em diversos municípios com uma elevada proporção de imigrantes entre a sua população. Um exemplo destas iniciativas é o projecto lançado pelo Hospital Miguel Bombarda em Lisboa em cooperação com várias associações de imigrantes com o intuito de disponibilizar consultas de saúde mental para imigrantes. O *workshop* organizado pelos municípios de Sintra e Loures sobre saúde dos imigrantes, onde foi dada particular atenção aos direitos dos imigrantes e dirigido aos profissionais locais, é outro exemplo. Finalmente, a Unidade Clínica do Instituto de Higiene e Medicina Tropical desenvolveu um projecto com a duração de três anos que incluía check-ups médicos gratuitos para imigrantes e refugiados que tenham chegado ao país há pouco tempo (Ingleby *et al.*, 2005).

As respostas dadas pelos vários países europeus sobre a forma de ultrapassar as barreiras do acesso aos cuidados de saúde estão longe de serem convergentes, tal como Pillinger (2003) salienta no seu relatório sobre igualdade racial e serviços sociais e de saúde. Aí se demonstra que os países europeus diferem muito na forma como vêem a disponibilização dos serviços como meio de atingir igualdade no acesso aos mesmos. O Reino Unido, por exemplo, tem um conjunto de iniciativas direccionadas para grupos específicos de imigrantes e minorias étnicas, seguindo o princípio de que o respeito pela diversidade e a promoção da integração dos imigrantes devem ser alcançados através da disponibilização de serviços de saúde que sejam culturalmente adequados a todos os utentes. Na Suécia esta abordagem é considerada moralmente inapropriada, pois prevalece a ideia de que as pessoas devem ser tratadas de igual modo de acordo com as suas necessidades e não com base noutras variáveis que as diferenciem.

Tal como referimos anteriormente, não existem programas multiculturais de cuidados de saúde para imigrantes de nível nacional em Portugal. Os imigrantes são atendidos nos serviços dirigidos a todos os cidadãos, existindo contudo algumas iniciativas desenvolvidas por organizações sem fins lucrativos. Para além das po-

líticas de cada Estado-membro, o Conselho da Europa recomenda que, apesar de os recursos deverem concentrar-se na melhoria dos serviços prestados à generalidade dos cidadãos, devem ser exploradas opções de serviços diferenciados para os imigrantes. Estes serviços devem ser encarados apenas como uma alternativa, pois os imigrantes não devem ser canalizados para uma segunda via de cuidados de saúde separados dos restantes cidadãos.

Têm sido desenvolvidas muitas iniciativas em vários países europeus para lidar com as barreiras que dificultam o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde de qualidade. Estas iniciativas podem ser divididas em três grandes grupos. O primeiro reúne iniciativas que *melhoram a sensibilidade cultural*, incluindo os meios para ultrapassar as barreiras linguísticas, tais como serviços de interpretação, melhoria das capacidades linguísticas dos profissionais de saúde, promoção da compreensão das diferentes religiões de modo a providenciar sempre que possível médicos do mesmo sexo do paciente, entre outras (Picker Institute, 2003). O segundo conjunto está relacionado com a *formação do pessoal* de saúde e inclui a criação de equipas especializadas, bem como a melhoria das qualificações interculturais do pessoal através do aumento da capacidade de resposta às comunidades imigrantes (Bruijnzeels, 2004). O terceiro denomina-se *envolvimento da comunidade* e inclui a ligação aos imigrantes, assim como o trabalho com as comunidades imigradas, através da auscultação da sua opinião sobre o planeamento de novos serviços, uso de recursos específicos das comunidades, recrutamento de profissionais de saúde dentro das próprias comunidades e formação de membros das comunidades que possam levar a informação até aos imigrantes (Voorham, 2003).

Resumindo, apesar de Portugal ter progredido significativamente em termos legislativos, a ausência de estudos empíricos sobre o tema do acesso dos imigrantes e das minorias étnicas aos serviços de saúde torna muito difícil fazer uma avaliação detalhada do acesso efectivo, da qualidade e da adequação dos serviços prestados. Apesar do carácter limitado da informação existente, que limita as recomendações a realizar, seria aconselhável, após a realização de mais investigação, dar atenção a serviços orientados para as comunidades imigradas a nível nacional como forma de tornar os serviços gerais mais acessíveis. O desconhecimento dos direitos dos imigrantes por parte de alguns profissionais de saúde, ou a negação arbitrária da prestação de tratamento médico a imigrantes indocumentados, sugerem que devem ser criados mecanismos mais fortes, a nível local, de implementação das leis vigentes. O conhecimento da diversidade cultural deve merecer a atenção dos responsáveis através da organização de acções de formação que abranjam todos os níveis hierárquicos dos profissionais de saúde.

Como referimos anteriormente, além das desvantagens dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde, resultantes do seu estatuto legal, desconhecimen-

to do funcionamento dos serviços de saúde, dificuldades linguísticas e atitudes discriminatórias por parte dos profissionais de saúde, os imigrantes e minorias étnicas pobres apresentam ainda desvantagens associadas a outras formas de privação e exclusão social. Procurando ilustrar essa relação, apresentamos, no ponto seguinte, a análise da auto-avaliação do estado e das práticas de saúde dos imigrantes e minorias étnicas de origem africana residentes nos edifícios de realojamento de um bairro da periferia norte de Lisboa (Alta de Lisboa), localizado junto ao aeroporto, numa área onde, nos finais do século passado, se encontrava a maior concentração de barracas da cidade. Esta reflexão tem por base os resultados de um inquérito a 25% das famílias residentes nesse território, efectuado no quarto trimestre de 2004, no âmbito de um estudo promovido pela Fundação Aga Khan Portugal (Fonseca *et al.*, 2006).

### **Saúde e exclusão social dos imigrantes e minorias étnicas residentes nos blocos de realojamento da Alta de Lisboa**

#### *Perfil demográfico e socioeconómico da população realojada*

Os edifícios de realojamento da *Alta de Lisboa* localizam-se na periferia norte do concelho de Lisboa, em territórios das freguesias da Charneca e do Lumiar, na área de intervenção do Plano de Urbanização do Alto do Lumiar (PUAL, de 1998) (Fig. 1), num território que, no final dos anos 90, constituía a maior concentração de barracas e outros alojamentos precários da cidade de Lisboa. A maioria dos realojamentos ocorreram em 2000 e 2001 e abrangeram uma população estimada em cerca de 10.000 habitantes (Fonseca *et al.*, 2006).

Trata-se de uma população relativamente jovem, comparativamente à média da cidade de Lisboa e do país: quase 1/4 das pessoas pertencem ao estrato 0-14 anos e apenas 12,4% se representam no escalão de  $\geq 65$  anos. A dimensão média familiar (3,4 pessoas) é superior à do concelho de Lisboa (2,4 indivíduos por agregado) e do país (2,8), sendo predominantes as famílias que têm entre duas e quatro pessoas.

Cerca de 8% da população inquirida tem nacionalidade estrangeira e 2,2% tem dupla nacionalidade. Foram identificadas dez nacionalidades distintas, observando-se uma

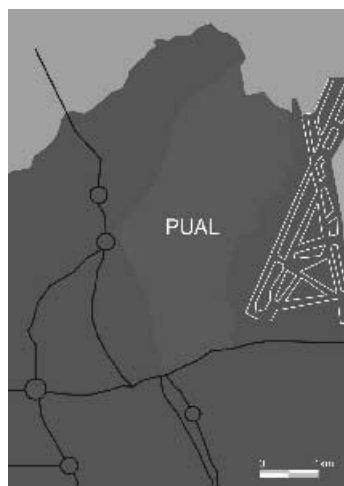


Fig. 1 – Localização e delimitação da área de intervenção do Plano de Urbanização do Alto Lumiar (PUAL).

predominância clara dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), que, em conjunto, representam 92,5% da população estrangeira residente na área em estudo. Os Angolanos, Cabo-verdianos e Santomenses são, pela ordem indicada, as comunidades mais expressivas, cabendo-lhes 88% do total. Importa ainda assinalar a presença, ainda pouco expressiva, de imigrantes chegados há menos tempo, nomeadamente brasileiros e europeus de leste (ucranianos e russos). Os duplos nacionais são, na maior parte dos casos, pessoas que, mantendo a nacionalidade do seu país de origem (PALOP, sobretudo de Angola), adquiriram a cidadania portuguesa. Dos portugueses, alguns têm naturalidade estrangeira (13,2%), sobretudo dos mesmos países de origem dos estrangeiros mais representativos. A maioria dos nacionais é natural de Lisboa (mais de 70%), seguindo-se origens rurais, com mais peso do interior norte e centro. A população cigana representa pouco mais de 2% dos residentes em edifícios de realojamento.

A taxa de desemprego na Alta de Lisboa (22,8%) era largamente superior à do país (7,1%) e da Região de Lisboa e Vale do Tejo (8,1%) no quarto trimestre de 2004. Por outro lado, mais de 15% das pessoas vivia em agregados onde ninguém tinha emprego. Todavia, a elevada informalidade é marcante (inclusive na forma de obtenção de emprego ou trabalho, em “biscates”), o que se liga ao reduzido nível de instrução dos desempregados, uma forte ameaça à empregabilidade (4,8% de analfabetos; 37,4% com a 4.<sup>a</sup> classe; 27,8% com o terceiro ciclo do ensino básico e 8,8% com o ensino secundário). Reflexo da baixa qualificação, o tipo de desemprego mais frequente é o de longa duração (doze ou mais meses) – 53,8% dos casos registados no total da área de estudo, um valor bastante superior ao total nacional no 4.<sup>o</sup> trimestre de 2004, 46,9%.

Praticamente toda a população realojada nesta área da cidade apresentava no final de 2004 um elevado grau de vulnerabilidade a situações de exclusão social. Em oito dos treze blocos de realojamento analisados, metade ou mais dos agregados familiares dispunham de um rendimento líquido mensal por indivíduo equivalente, inferior a 300 euros, a chamada linha de pobreza.

A comparação dos agregados familiares e dos indivíduos residentes nos blocos de realojamento da Alta de Lisboa que vivem abaixo e acima da linha de pobreza, relativamente a uma série de indicadores socioeconómicos, permitiu verificar que os imigrantes e minorias étnicas de origem imigrante (estrangeiros e portugueses com outra nacionalidade) apresentam maior taxa de risco de pobreza<sup>2</sup> e uma situação de desvantagem face à média da população do bairro, em muitos desses indicadores.

### Auto-percepção do estado de saúde

A percepção dos indivíduos sobre o seu estado de saúde é um aspecto importante do bem-estar, na medida em que pode condicionar e impor restrições diversas à realização e felicidade pessoais, ao exercício de uma profissão, ou até à integração na sociedade. O conhecimento da auto-representação do estado de saúde da população e das suas opiniões e preferências relativamente ao modelo de prestação de cuidados de saúde é essencial para a definição de políticas públicas de saúde que procurem dar resposta à satisfação das necessidades dos cidadãos.

No inquérito à população realojada na Alta de Lisboa, apurou-se que cerca de um terço dos inquiridos consideram que têm doenças graves, sendo que as mulheres fazem uma auto-avaliação do seu estado de saúde mais desfavorável do que os homens (Quadro 3). Estas diferenças, para além de causas biológicas, psicológicas e sociais, podem ter a ver com a maior percentagem de mulheres idosas, por terem uma esperança média de vida superior à dos homens.

As respostas dos inquiridos pertencentes a famílias estrangeiras, mistas e portuguesas (Quadro 3) permite constatar que, mesmo em contextos sociais desfavorecidos, os imigrantes apresentam queixas de doenças graves inferiores à média da população de origem étnica portuguesa: 26,5% e 34,4%, respectivamente. Contudo, essas diferenças devem-se essencialmente à população masculina, dado que as mulheres imigrantes fazem uma avaliação do seu estado de saúde semelhante à das mulheres portuguesas.

**Quadro 3 – N.º de pessoas segundo a declaração de existência de doenças graves (Sim/Não), por sexo, nas famílias portuguesas e nas estrangeiras e mistas**

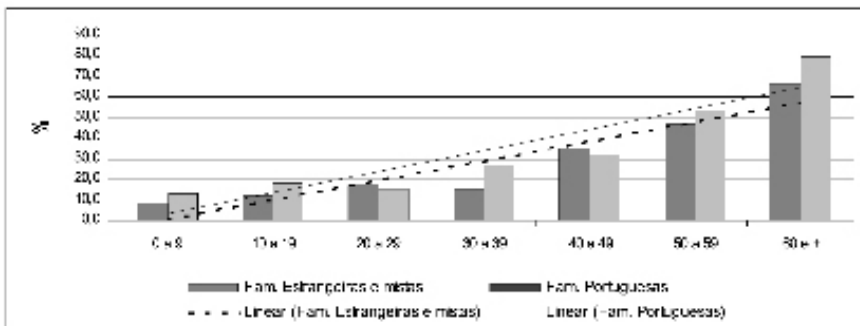
Grupos de famílias*	Não					Sim				
	M		H		HM	M		H		HM
	N.º	%	N.º	%	%	N.º	%	N.º	%	%
<b>Família estrangeira</b>	20	<b>62,5</b>	30	<b>83,3</b>	<b>73,5</b>	12	<b>37,5</b>	6	<b>16,7</b>	<b>26,5</b>
Família mista	142	76,3	153	79,7	78,0	44	23,7	39	20,3	22,0
Família portuguesa	675	61,6	696	69,9	65,6	420	38,4	300	30,1	34,4
Total Geral	837	63,7	879	71,8	67,6	476	36,3	345	28,2	32,4

\* Designou-se como família estrangeira aquela em que todos os seus membros têm outra nacionalidade que não a portuguesa; família portuguesa aquela em que todos os seus membros têm nacionalidade portuguesa; família mista aquela em que alguns membros têm nacionalidade estrangeira e outros nacionalidade portuguesa ou dupla nacionalidade (portuguesa e outra).



Desagregando as respostas por grupos etários confirma-se que, tendencialmente, os imigrantes e as minorias étnicas com origem na imigração,<sup>3</sup> têm uma auto-representação do seu estado de saúde menos negativa do que os indivíduos pertencentes a famílias portuguesas, sendo que, em ambos os casos, se observa um aumento da referência a doenças graves à medida que a idade vai avançando (Fig. 2).

**Fig. 2 – Peso das referências a problemas graves de saúde na Alta de Lisboa, em cada estrato etário, nos indivíduos pertencentes a famílias portuguesas e estrangeiras e mistas (%)**



As doenças referenciadas com maior frequência pelo conjunto da população inquirida são, pela ordem indicada, as do sistema circulatório (cardiovasculares, incluindo hipertensão), os problemas de ossos, respiratórios, os do domínio endócrino, nutricional e metabólico e do aparelho digestivo. As doenças mais citadas pelos indivíduos pertencentes a famílias estrangeiras e mistas são semelhantes, sendo apenas de destacar o facto de os problemas respiratórios surgirem em segundo lugar, à frente do sistema musculo-esquelético e tecido connexo. Esta diferença decorre do maior envelhecimento da população autóctone, dado que os problemas musculares e ósseos tendem a tornar-se mais frequentes à medida que a idade aumenta.

Estes resultados parecem concordantes com o “efeito dos imigrantes saudáveis”, observado por Raymond-Duchosal em 1929 e que pressupõe que os imigrantes são em média mais saudáveis do que a população autóctone porque as pessoas que são menos saudáveis têm menor propensão para emigrar (Wanner *et al.*, 2000; Manfellotto, 2002; Westerling e Rosén, 2002) e, por isso, são os mais jovens que tendem a fazê-lo. Contudo, importa salientar que esta relação nem sempre se verifica, existindo uma grande diversidade de estados de saúde, perfis e tipos de doenças entre os grupos de migrantes (Ingleby *et al.*, 2005.).

### *Acesso aos serviços e práticas de saúde*

As famílias realojadas no Alto Lumiar, quando necessitam de cuidados de saúde, dirigem-se, em primeiro lugar, ao centro de saúde/médico de família (39%) ou à urgência do hospital (36,9%). Por se tratar de uma população muito carenciada, apenas uma minoria procura um médico privado (1,4%) e 1,6% recorrem a práticas informais: automedicação, receitas caseiras, ou vão à farmácia (Quadro 4).

A comparação dos padrões de comportamento das famílias estrangeiras, portuguesas e mistas revela que as primeiras têm maior propensão para recorrer à consulta do centro de saúde, enquanto as últimas utilizam mais as urgências hospitalares ou do centro de saúde. Além disso, verifica-se também que as famílias estrangeiras, por restrições económicas, educativas ou legais, apresentam maiores dificuldades no acesso aos sistemas formais de saúde, pelo que 11,8% escolhem, em primeiro lugar, práticas de auto-medicação, receitas caseiras ou dirigem-se à farmácia, enquanto no caso das famílias portuguesas o valor correspondente é de apenas 1,5%.

**Quadro 4 – Primeira opção em caso de necessidade de cuidados de saúde, 2004 (%).**

Necessidade de cuidados de saúde	Nacionalidade da família (%)			
	Família estrangeira	Família mista	Família portuguesa	Total
Auto-medicação, Receitas Caseiras / Mezinhas e Farmácia	11,8	0,0	1,5	1,6
Centro de Saúde; Médico de Família	52,9	37,5	38,8	39,0
Urgências Centro de Saúde	5,9	22,5	21,3	21,1
Urgências do Hospital	29,4	38,8	36,9	36,9
Médico Privado	0,0	1,3	1,5	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

As razões mais frequentemente apontadas para a escolha do Centro de Saúde, tanto pelos imigrantes como pela população autóctone, prendem-se com a ligação formal criada pelo próprio Sistema Nacional de Saúde entre o doente e a estrutura de cuidados de saúde. No entanto, devido a desajustamentos vários, muitas pessoas que poderiam recorrer a esta estrutura de proximidade acabam por dar prioridade às urgências do hospital. Em muitos casos, pesam antigos

hábitos ou as condições do Centro não satisfazem: em caso de dúvida, muitas situações são vistas como urgentes e de imediato recurso à busca de atendimento no hospital, quando as pessoas não chegaram a ter médico de família ou este é recente (sem ter induzido confiança suficiente), o tempo de acesso a este não satisfaz e parece ser mais cômoda a alternativa. Além disso, a modalidade hospitalar garante à partida os mais diversos recursos materiais (aparelhos) e humanos (especialidades médicas), bem como bastante rapidez no atendimento a quem apresenta sintomas conotados com situações de emergência (Fonseca *et al.*, 2006).

O acompanhamento dos casos de gravidez parece atestar a boa qualidade de acesso aos serviços de apoio à saúde materno-infantil, já que 93,4% das mulheres em idade fértil (15-49 anos) que tiveram filhos declararam ter beneficiado desse tipo de assistência e, no caso das famílias estrangeiras e mistas, apenas 3,8% não foram acompanhadas pelo médico (Quadro 5). Contudo, dados do INE sobre a natalidade em 2003 nas freguesias do Lumiar e da Charneca indiciam alguma incidência da gravidez precoce, pois deram à luz 28 mulheres com idades entre os 15 e os 19 anos, o que corresponde a 4,4% do total dos casos, um peso algo inferior ao do conjunto concelhio, de apenas 5,6%. No entanto, isso significa apenas 2,5% no Lumiar e 12,5% na Charneca, sendo este caso muito mais revelador das condições de pobreza e exclusão social da população realojada nesta área da cidade.

**Quadro 5 – Acompanhamento médico na última gravidez (%).\***

Acompanhamento médico na última gravidez [%]			
Nacionalidade da família	Não	Sim	Total
Famílias estrangeiras e mistas	3,8	96,2	100,0
Família portuguesa	7,7	92,3	100,0
Total	6,6	93,4	100,0

\* Respostas referentes a agregados com mulheres em idade fértil (15-49 anos)

Outro domínio dos comportamentos preventivos, para além do acompanhamento da gravidez, com algum valor discriminante, é o da saúde oral, que pode ter como indicador a frequência da ida ao dentista.

Das 414 famílias que responderam à questão acerca da frequência com que levam os filhos menores ao dentista, 46,9% responderam «quando é necessário», e 27,6% «nunca», restando 26,4% para a frequência regular (Quadro 6).

**Quadro 6 – Frequência da ida dos pais com os seus filhos ao dentista.**

Frequência com que os pais levam os filhos menores ao dentista (%)				
Nacionalidade da família	Nunca	Quando é necessário	Regularmente	Total
Famílias estrangeiras e mistas	42,6	42,6	14,8	100,0
Família portuguesa	23,7	47,8	28,4	100,0
Total	29,5	46,3	24,3	100,0

Da desagregação por tipo de família, o resultado mais visível é o referente às famílias estrangeiras e mistas, que respondem que nunca levam os filhos ao dentista (42,6%) ou apenas quando é necessário (42,6%) demonstrando claramente que a saúde oral não constitui uma prioridade. As famílias portuguesas que levam os filhos ao dentista regularmente ou quando é necessário (76,2%) supera as famílias do mesmo grupo que afirmam que nunca ou apenas quando é necessário (71,5%), o que significa que claramente as famílias portuguesas dão maior relevância à saúde oral do que os outros dois grupos. A regularidade explica-se principalmente por tratamentos em curso (havendo referências a sérios problemas nos dentes) e pela necessidade de utilização de aparelho corrector. O “ser necessário” refere-se ao surgimento de cáries ou outros problemas dentários, que pode reflectir deficiências de alimentação e de higiene oral. Entre as razões para a resistência à regularidade, alega-se sobretudo o ser «dispendioso» e o «ainda não ter sido preciso». Dos pais que «nunca» levaram os seus filhos menores ao dentista, a explicação mais frequente foi a de que nunca tinha sido necessário, ou que as crianças ainda eram muito pequenas. Os motivos económicos foram também avançados por vários agregados e alguns pais mostraram confiar/depende das orientações da escola e de médicos para cuidar da saúde oral das crianças.

Em síntese, estes resultados permitem extrair duas conclusões fundamentais: além de demonstrarem uma forte associação entre baixo nível socioeconómico e uma limitada capacitação dos residentes realojados no Alto Lumiar para que façam escolhas saudáveis e disponham de condições de vida que lhes permitam adoptar estilos de vida favoráveis à saúde, puseram ainda em evidência uma situação de maior desvantagem dos imigrantes africanos e seus descendentes, relativamente ao acesso aos serviços médicos e à adopção de comportamentos preventivos da saúde.

### *Grau de satisfação com os serviços de saúde*

O Estudo *Saúde e Doença em Portugal*, coordenado por Manuel Villaverde Cabral (2002), indica que as dificuldades na obtenção, em tempo oportuno, de uma consulta num centro de saúde são responsáveis pela elevada procura de consultas de urgência, verificando-se que, de um total de 2537 indivíduos entrevistados de 1 de Março a 30 de Junho de 2001, 76% recorreram à urgência hospitalar porque não quiseram esperar por uma consulta, ou porque o atendimento era mais rápido do que no centro de saúde.

Os equipamentos de proximidade na área da saúde que servem a Alta de Lisboa revelam degradação e múltiplas insuficiências (incluindo recursos humanos) face à actual pressão demográfica e carências específicas. No início de 2005 o Centro de Saúde do Lumiar e as suas duas extensões registavam a falta de seis médicos e de alguns enfermeiros. Cerca de 15.000 utentes não possuíam médico de família e a equipa médica da extensão da Musgueira passou de seis para quatro, apesar do forte aumento da carga populacional (Fonseca *et al.*, 2006).

Os comentários de dois moradores nos edifícios de realojamento atestam estes problemas:

*“O Centro de Saúde é um barracão.”*

*“O Centro de Saúde é muito velho, [está em] más condições e o atendimento [é] muito demorado.”*

Apesar destas dificuldades, segundo os resultados do inquérito às famílias realojadas mais de metade dos respondentes (64,9%) estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com o médico de família no centro de saúde. Ainda assim, ao fazer-se uma análise mais pormenorizada, verificam-se algumas diferenças entre o grau de satisfação das famílias portuguesas e estrangeiras, sendo que o descontentamento das famílias portuguesas é muito superior ao das estrangeiras e mistas: enquanto que apenas 14,3% das famílias estrangeiras inquiridas se mostram «pouco satisfeitas», «insatisfeitas» ou «nada satisfeitas» com o médico do centro de saúde, para as famílias portuguesas o valor equivalente ascende a 36,5% (Quadro 7).

**Quadro 7 – Grau de satisfação com o médico/centro de saúde.**

% do grau de satisfação com o médico/centro de saúde					
Nacionalidade da família	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito	Insatisfeito/ Nada satisfeito	Total
Famílias estrangeiras e mistas	12,0	61,0	16,0	11,0	100,0
Família portuguesa	11,6	52,0	19,0	17,5	100,0
Total	11,7	54,2	18,2	15,9	100,0

Embora seja difícil comparar estes resultados com os obtidos pela equipa coordenada por Villaverde Cabral (2002), é interessante notar que o grau de insatisfação do conjunto da população portuguesa com os serviços de saúde é superior ao manifestado pelos moradores nos edifícios de realojamento do Alto Lumiar, particularmente pelos indivíduos pertencentes a famílias de origem africana.

Estas avaliações, sempre subjectivas, são construídas e dependentes de vários factores, como os papéis desempenhados pelos indivíduos, pelo grau de instrução, pelas experiências anteriores com os serviços de saúde, pelos resultados obtidos, pelas crenças e ainda pelas expectativas que se têm quando se contacta pela primeira vez um serviço prestador de cuidados de saúde. Contudo, deve salientar-se que tanto para os habitantes da Alta de Lisboa, imigrantes e autóctones, como para a média da população portuguesa, a avaliação mais negativa que se faz dos centros de saúde é o tempo de espera por uma consulta e, por isso, são obrigados a recorrer, com frequência, aos serviços de urgência. Passada a barreira do acesso, quase 50% dos respondentes ao inquérito nacional avaliam globalmente como muito bons ou bons os cuidados prestados pelo centro de saúde, rondando os 80% a percentagem de utilizadores da amostra que consideram, por exemplo, que «o médico explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos recebidos».

Em conclusão, parece legítimo afirmar que a avaliação mais positiva que os imigrantes e minorias étnicas de origem africana, residentes na Alta de Lisboa, fazem dos serviços de saúde, resulta da comparação com os serviços disponíveis nos países de origem e reflecte uma situação de desvantagem múltipla, nos planos social e económico, e uma limitada capacitação para adoptar comportamentos e práticas de saúde recomendáveis para uma vida saudável.

## Conclusões e recomendações

A revisão da bibliografia e a análise que efectuámos de alguns indicadores de acesso à saúde das principais comunidades de imigrantes residentes em Portugal permitiram concluir que, apesar de se terem registado, no plano legislativo, avanços significativos, não existem ainda os estudos necessários para fazer uma avaliação detalhada e fundamentada das condições e práticas de saúde dos imigrantes, bem como da qualidade e da adequação dos serviços prestados pelo Sistema Nacional de Saúde. Além disso, constatou-se também que as tendências observadas na população realojada na Alta de Lisboa coincidem com as desigualdades sociais referidas na literatura científica sobre as questões da saúde noutros países europeus.

O estado de saúde dos distintos grupos de imigrantes é resultante do respectivo nível socioeconómico e do estatuto enquanto cidadãos estrangeiros. Por conseguinte, estas populações apresentam vulnerabilidades específicas da condição de migrante, nomeadamente *stress* resultante de um maior isolamento social, do desconhecimento da língua e das regras de funcionamento da sociedade de acolhimento, estigmatização e atitudes discriminatórias por parte de alguns profissionais de saúde e ainda desvantagens adicionais provocadas pela sua situação perante a lei, maior precariedade no emprego, condições de habitação e menor acesso aos mecanismos de protecção social. A desvantagem resultante do “efeito de ser imigrante” pode ser atenuada criando serviços complementares dirigidos a estas populações.

As diferenças ao nível das práticas dos indivíduos e da auto-representação do seu estado de saúde devem ser interpretadas como diferenças culturais. As expectativas em torno dos cuidados de saúde e a “clínicalização” de algumas doenças ou estados de saúde específicos podem ser diferentes em regiões com características distintas, e depender do *background* social e das experiências vividas no país de origem. Por conseguinte, para interpretar, com exactidão, os resultados dos estudos já realizados e aprofundar o conhecimento das desigualdades no acesso à assistência médica, de grupos particulares de pessoas, é necessário definir melhor os conceitos-chave e os indicadores mais adequados para avaliar e monitorizar este fenómeno.

A escassez de estudos sobre esta problemática constitui uma limitação importante para a formulação de recomendações políticas. Apesar disso, as investigações já realizadas, além da necessidade de promover mais trabalhos de pesquisa neste domínio, aconselham uma maior atenção dos serviços da Administração Central orientados para as comunidades imigradas, para os tornar mais acessíveis. O desconhecimento dos direitos dos imigrantes, por parte de alguns profissionais de saúde, ou a negação arbitrária da prestação de cuidados a cidadãos

estrangeiros indocumentados sugerem também que devem ser criados mecanismos mais potentes, ao nível local, de implementação da legislação em vigor. O conhecimento da diversidade cultural deve merecer a atenção dos responsáveis políticos, através da organização de acções de formação que abranjam todos os níveis hierárquicos dos profissionais de saúde.

A comunicação dos imigrantes com o pessoal médico, de enfermagem e afins constitui também uma questão de importância fundamental. As barreiras linguísticas impedem alguns imigrantes de expressarem as suas necessidades de saúde. Esta dificuldade é particularmente grave para os imigrantes chineses e da Europa de Leste. Nestes casos, a maior parte dos profissionais de saúde, para se fazerem entender, têm de recorrer à mímica, confiar nos familiares do doente que sejam mais fluentes na língua portuguesa, ou estabelecer ligações com membros da comunidade imigrante local quando é necessário. Uma maior ligação entre entidades fornecedoras de cuidados médicos e de enfermagem, os CNAIs, CLAIs, ONGs e associações de imigrantes não-lusófonos, poderia ajudar a resolver alguns destes problemas, nomeadamente através da criação de um serviço de interpretação e tradução, que pudesse apoiar os utentes e os profissionais de saúde, sempre que necessário. Além disso, importa também continuar e aprofundar o esforço de informação aos imigrantes sobre o funcionamento do SNS, que tem vindo a ser desenvolvido pelo ACIDI, alargando os meios habituais de difusão, em línguas estrangeiras (através da Internet, folhetos informativos, Centros Nacionais e Centros Locais de Apoio aos Imigrantes), aos locais onde habitualmente se recorre para obter cuidados de saúde ou aconselhamento médico: farmácias, centros de saúde e urgências hospitalares.

Perante a complexidade e diversidade de situações dos distintos grupos de imigrantes estabelecidos em Portugal, as políticas públicas na área da saúde e noutros domínios da integração social devem ser pensadas, construídas e implementadas tendo em conta as especificidades, a história e a distinção cultural dos lugares e das comunidades, com o objectivo de reduzir as desigualdades entre grupos e criar comunidades sustentáveis e saudáveis.

Em síntese, parece-nos que a chave para evitar os mecanismos de exclusão dos imigrantes e minorias étnicas e de outros grupos de risco, não só face à saúde mas também face a outros problemas sociais, reside em acções descentralizadas, fundadas no fortalecimento da sociedade civil ao nível local. Contudo, para serem eficazes, devem ancorar-se num contexto territorial mais amplo que inclua um planeamento estruturante e de longo prazo, que permita corrigir as desigualdades económicas, sociais e territoriais e transformar a metrópole de Lisboa e o país numa sociedade mais tolerante, mais coesa e solidária na sua diversidade.



## Notas

<sup>1</sup> Foram efectuados 1588 inquéritos válidos, distribuídos por 55 pontos de amostragem correspondentes a igual número de freguesias, disseminadas pelo território nacional, em contexto urbano, suburbano, peri-urbano e rural, tendo em conta a distribuição da população de nacionalidade originária dos países que fazem parte do universo de referência.

<sup>2</sup> Taxa de risco de pobreza é a proporção de população cujo rendimento equivalente, após transferências sociais, se encontra abaixo da linha de pobreza (as transferências sociais incluem os apoios à família, educação, habitação, doença/invalidez, desemprego e outros). A percentagem de população estrangeira realojada na Alta de Lisboa pertencente a agregados com rendimentos mensais líquidos, por adulto equivalente, inferiores à linha de pobreza é de 58,7%, sendo que para os habitantes portugueses (de ascendência portuguesa), o valor equivalente é de 49,9%. Em 2004, a percentagem de população portuguesa com rendimentos inferiores à linha de pobreza era de 21%.

<sup>3</sup> A maior parte dos membros das famílias mistas com nacionalidade estrangeira são descendentes de imigrantes que já nasceram em Portugal.

## Referências Bibliográficas

- Achermann, C. e Efiionayi-Mader (2003), *Leben ohne Bewilligung in der Schweiz: Auswirkungen auf den Sozialen Schutz – Swiss Forum for Migration and Population Studies*, Bern: BBL, Vertrieb Publikationen.
- ACIME (2007), *Imigração em Portugal 2007*, Lisboa: ACIDI.
- Bentes, M., Dias, M.C., Sakellarides, C. e Bankauskait V. (2004), "Health Care Systems in Transition: Portugal", *WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*, Vol. 6, n.º 1.
- Bruijnzeels, M. (2004), "Migrant Health in Europe", *Ethnicity and Health*, 9, Supplement 1, pp. 3-124.
- Cabral, M.V. (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa: ICS.
- Calado, B., Silva, L., Guerreiro, D. e Barreiras, E. (1997), "Incentivos à Vigilância Pré-natal: Resultados Parcelares", *Saúde em Números*, 124.
- Carlsten, C. (2003), "Refugee and Immigrant Health Care". Disponível: [http://www.ethnomed.org/ethnomed/clin\\_topics/refugee\\_health/carlsten.pdf](http://www.ethnomed.org/ethnomed/clin_topics/refugee_health/carlsten.pdf).
- Carrillo, J.E., Green, A.R. e Betancourt, J.R. (1999), "Cross-cultural primary care: a patient-based approach", *Annals of Internal Medicine*, 130 (10), pp. 829-834.
- Council of Europe (2001), *The Adaptation of Health Care Services to the Demand of Health Care and Health Care Services of People in Marginal Situations*, CoE.
- Council of the European Union (2004), *Joint Report by the Commission and the Council on Social Exclusion (Report 7101/04)*, Brussels.
- DHSS (1980), *Inequalities in Health*. The Black Report, London.
- Dixon, A., LeGrande, J., Henderson, J., Murray, R. e Poteliakhoff, E. (2003), "Is the NHS Equitable?", *Discussion Paper*, 11. London: LSE.
- Fonseca, L., Ormond, M. e Malheiros, J. (2005), *Reagrupamento Familiar e Imigração Familiar em Portugal*, Relatório Final para o Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), actual ACIDI.
- Fonseca, M. L. et al. (2006), *Programa de Desenvolvimento Comunitário Urbano K' Cidade – Análise da situação de Partida na Alta de Lisboa*, Lisboa: CEG/AKP Portugal [policopiado].
- Freitas, C. (2003), "Identification Study Report on Portugal", *Good Practice in Mental Health and Social Care for Refugees and Asylum Seekers*, report for the European Commission, pp. 165-224.

- Gonçalves, A. et al. (2003), "Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes: Problemas e Perspectivas de Intervenção", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1), pp. 55-64.
- Hatziprokopiou, P. (2004), "Balkan Immigrants in the Greek City of Thessaloniki: Local Processes of Incorporation in an International Perspective", *European Urban and Regional Studies*, 11 (4), pp. 321-338.
- ICMH (no prelo), *Le Processus d'Insertion Sociale des Migrants, Réfugiés et Requérrants d'Asile dans le Contexte de l'Accès aux Services Sociaux et Sanitaires et de Leur Utilisation*, Geneva: IMCH.
- Ingleby, D. et al., (2005), "The Role of Health in Integration", *Social Integration and Mobility: Education, Housing and Health – Imiscoe Cluster B5, State of the Art Report*, Lisboa: Centro de Estudos Geográficos: Estudos para o Planeamento Regional e Urbano n.º 67, pp. 101-137.
- Judge, K., Platt, S., Costongs, C. e Jurczak, K. (2006), *Health Inequalities a Challenge for Europe*, European Commission: UK Presidency of the EU.
- Manfellotto, D. (2002), *Case Study 5: From Misinformation and Ignorance to Recognition and Care: Immigrants and Homeless in Rome, Italy in Health Systems Confront Poverty*, Geneva: WHO Regional Office for Europe.
- Ormond, M. (2004), "Barriers to Immigrant Health Care in Portugal", presentation at the *1st IMISCOE workshop of Cluster B5 on Social Integration and Mobility: Housing, Education and Health*, Lisbon 16-17 July.
- Picker Institute (2003), "Improving Cultural Awareness in the Health Care Environment in Patients Experience", *Newsletter*, 5 (March).
- Pillinger, J. (2003), "Managing Diversity in Public Health and Social Care", *Report 1: Race and Ethnicity*, Dublin: ESN/EHMA.
- Social Protection Committee (2001), *Report on indicators in the Field of Poverty and Social Exclusion*, Brussels: European Commission.
- Stegeman, I. e Costongs, C. (2003), *Health Poverty and Social Inclusion in Europe: Literature Review on Concepts Relations and Solutions*, Brussels: EuroHealthNet.
- Tamsma, N. e Berman, C. (2004), *The Role of the Health Care Sector in Tackling Poverty and Social Exclusion in Europe*, EMHA.
- Van Doorslaer, E., Koolman, X. e Puffer, F. (2002), "Equity in the Use of Physician Visits in OECD Countries: Has Equal Treatment for Equal Need Been Achieved?", *Measuring Up? Improving Health Systems Performance in OECD Countries*, Paris, pp. 225-248.
- Voorham, A. (2003), *Gezondheidsberorderig Voor-en-door de Doelgroep – Peer Led Health Promotion*, Rotterdam: GGD.
- Warnes, A.M. (2003), "The Challenge of Intra-Union and In-Migration to Social Europe", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 28 (1), pp. 135-152.
- Westerling, R. e Rosén, M. (2002), "'Avoidable' mortality among immigrants in Sweden", *European Journal of Public Health*, 12, pp. 279-286.