

ANÁLISE COMPARATIVA DAS PERCEÇÕES DE IMIGRANTES E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A PROCURA E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NAS POPULAÇÕES IMIGRANTES

SÓNIA DIAS (S.D.)
ANA GAMA (A.G.)
INÊS FRONTEIRA (I.F.)

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT),
Universidade Nova de Lisboa. Rua da Junqueira N° 100, 1349-008 Lisboa. Tel.: 213652600. *E-mail:*
SFDias@ihmt.unl.pt (SD).

Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais (CMDT) / IHMT.

RESUMO

Este estudo pretende descrever percepções de imigrantes e de profissionais de saúde sobre a procura de cuidados de saúde e barreiras na utilização dos serviços pelos imigrantes, procurando identificar concordâncias e discrepâncias nas percepções dos dois grupos.

Desenvolveram-se dois estudos: um com aplicação de inquérito por questionário a 1375 imigrantes selecionados por “bola-de-neve” e outro com aplicação de um questionário de auto-preenchimento a uma amostra representativa de 320 profissionais dos serviços de cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo. Efetuou-se uma análise descritiva dos dados.

Os imigrantes e os profissionais divergem sobre os motivos que levam os imigrantes a procurar serviços de saúde e as dificuldades que encontram. Ambos os grupos referem maioritariamente dificuldades de nível individual (falta de recursos económicos e desconhecimento dos imigrantes sobre o acesso à saúde). Porém, as dificuldades na interação profissional-utente (dificuldades linguísticas, relacionadas com falta de competências para lidar com os imigrantes) são mais apontadas pelos imigrantes. Verificam-se ainda discrepâncias entre médicos/enfermeiros e administrativos.

Este conhecimento pode contribuir para a identificação de necessidades específicas e para a decisão informada no desenvolvimento de políticas e estratégias que promovam o acesso e utilização dos serviços e a adequação da prestação de cuidados aos imigrantes.

SUMMARY

This study aims to describe and assess concordances and discrepancies in the perceptions of immigrants and health workers on healthcare seeking and barriers in services' use by immigrant populations.

Two studies were conducted: one consisted of a questionnaire survey applied to 1375 immigrants selected through snowball sampling and the other entailed a self-administered questionnaire survey applied to a representative sample of 320 health workers from primary care services from Lisbon and the Tagus Valley region. A descriptive analysis of data was performed.

Immigrants and health workers diverge about the reasons that lead immigrants to seek health services and the difficulties they encounter. Both groups refer mostly difficulties at individual level (lack of economic resources and of knowledge on access to healthcare). Though, aspects related to health worker-user interaction (linguistic difficulties, related with lack of competencies to deal with immigrants) were mainly referred by immigrants. Discrepancies in the perceptions about barriers to healthcare were also found between doctors/nurses and office workers.

This knowledge may contribute to identify specific needs and assist informed decision-making in the development of policies and strategies to promote access and utilization of health services and adequate healthcare provision to immigrants.

INTRODUÇÃO

A migração é um fenómeno global presente na realidade de grande parte dos países. Em Portugal, as últimas décadas caracterizaram-se por alterações progressivas nos movimentos migratórios. De acordo com os dados mais recentes divulgados pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, no final de 2011 residiam, no país, 436822 cidadãos estrangeiros - 25,5% proveniente do Brasil, 11% da Ucrânia, 10,1% de Cabo-Verde, 9,0% da Roménia e 4,9% de Angola (SEF, 2012).

As características da imigração e das próprias populações imigrantes têm vindo a modificar-se, levando a que o conhecimento das tendências migratórias e do seu impacto nos países e populações envolvidas constitua, atualmente, uma preocupação da comunidade internacional (Peiro e Benedict, 2009). Mais especificamente, reconhece-se que a mobilidade das populações pode ter efeitos diretos ou indiretos na saúde da população, em geral, e das comunidades migrantes, em particular. Embora os resultados da literatura não sejam totalmente consensuais, esta aponta para que alguns grupos de imigrantes tendam a apresentar maior vulnerabilidade a determinadas doenças e problemas de saúde (Braveman e Gruskin, 2003; Nielsen e Krasnik, 2010).

Face à necessidade de maior compreensão da complexa relação entre saúde e imigração, tem sido notório o desenvolvimento da investigação nesta área. Os resultados de múltiplos estudos evidenciam que, de forma global, o estado de saúde é condicionado por uma rede complexa de determinantes interdependentes, nomeadamente biológicos, comportamentais, socioeconómicos, políticos e culturais, bem como fatores relacionados com os sistemas de saúde (Davies *et al.*, 2009; Dias *et al.*, no prelo; Peiro e Benedict, 2009; WHO, 2010). No contexto da migração,

importa reconhecer que também as condições no país de origem, durante o percurso migratório ou no país de acolhimento, podem expor o indivíduo a situações de risco para a saúde (Kristiansen *et al.*, 2007). Um estudo realizado em Portugal com grupos focais de mulheres imigrantes africanas e brasileiras sobre a temática da saúde sexual e reprodutiva revelou que, muitas vezes, as populações imigrantes encontram dificuldades no país de acolhimento inerentes à própria situação de imigrante, como condições precárias de vida e de emprego, situações de discriminação e o *stress* associado a estas experiências (Dias e Rocha, 2009). Como relatado pelas participantes, este contexto afeta a saúde individual, tornando as mulheres particularmente vulneráveis durante o período de gravidez e pós-parto, com implicações para a saúde da mãe e do bebé (Dias e Rocha, 2009).

A associação entre imigração e vulnerabilidade em saúde está também fortemente relacionada com o acesso e utilização dos serviços de saúde (Gonçalves *et al.*, 2003; WHO, 2010). O acesso e utilização dos serviços pelos imigrantes são aspetos importantes para diminuição da morbilidade nestas populações e, em última análise, para boa integração no país de acolhimento (Ingleby *et al.*, 2005; Kristiansen *et al.*, 2007). Dada a crescente intensidade dos fluxos migratórios, a heterogeneidade das populações imigrantes, a sua importância demográfica e a evidência das suas necessidades em saúde, a gestão da saúde e promoção do bem-estar destas comunidades implicam que os sistemas de saúde respondam adequadamente aos diversos desafios que o fenómeno migratório coloca, nomeadamente no que se refere à disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços prestados (WHO, 2010). De facto, numa perspetiva de saúde pública, o impacto dos fluxos migratórios coloca-se ao nível da saúde das populações, mas também ao nível da pressão exercida por este fenómeno nas dinâmicas dos serviços de saúde.

Apesar do reconhecimento do direito à saúde como um direito fundamental de todos os indivíduos, constata-se que, em vários países desenvolvidos recetores de imigrantes, estas populações tendem, muitas vezes, a não beneficiar de todos os serviços de saúde disponíveis e a não serem efetivamente abrangidas pelos sistemas de saúde ao nível da prevenção e tratamento da doença e promoção e proteção da saúde (Quan *et al.*, 2006; WHO, 2010). Vários estudos indicam que, quando comparados com a população autóctone, alguns grupos da população imigrante apresentam

menores índices de utilização dos serviços de saúde (Norredam *et al.*, 2004; Quan *et al.*, 2006). Vários autores sugerem que estas populações encontram diversas dificuldades quando tentam aceder ou utilizam estes serviços (Dias *et al.*, 2008; Scheppers *et al.*, 2006). Num contexto de subutilização de serviços, os cuidados de saúde tendem a ser prestados tardiamente, com potencial impacto na eficácia dos tratamentos realizados, nos custos dos cuidados prestados e na satisfação dos utentes. Em várias situações, os imigrantes tendem a recorrer à automedicação, a pessoal não especializado da comunidade ou à medicina tradicional, o que pode remeter para situações de risco potencial para a sua saúde (Gonçalves *et al.*, 2003). Esta evidência tem levado a um crescente interesse crescente da investigação na área da procura de cuidados de saúde, do acesso e da utilização dos serviços pelos imigrantes.

Em Portugal, o direito à saúde de todos os cidadãos está consagrado na Constituição da República Portuguesa e, desde 2001, assume-se o princípio do acesso universal aos cuidados de saúde por parte dos imigrantes, independentemente do seu estatuto administrativo (Despacho n.º 25.360/2001, Diário da República, II Série, n.º 286, de 12 de dezembro de 2001). No entanto, apesar desta garantia legal, constata-se a existência de dificuldades no acesso e utilização dos serviços de saúde em alguns grupos de imigrantes (Dias *et al.*, 2008; Machado *et al.*, 2006).

Em termos conceptuais, a noção de “acesso” aos cuidados de saúde é multidimensional, englobando o direito de um indivíduo utilizar os serviços, a sua capacidade para os utilizar e a eficácia e adequação dos cuidados prestados (Ingleby *et al.*, 2005). O conceito de “utilização” refere-se ao uso da oferta de serviços num determinado espaço temporal (Travassos e Martins, 2004). O modelo explicativo do acesso à saúde desenvolvido por Andersen em 1968 - *Behavioral Model of Health Services Use* - conceptualiza o acesso e utilização dos serviços de saúde nas seguintes dimensões: a) contexto das políticas de saúde (financiamento, recursos humanos e organização do sistema de saúde), b) características do sistema de saúde (distribuição geográfica, cobertura, organização e estrutura dos serviços), c) características das populações, d) resultados em termos de utilização dos serviços e satisfação dos utentes (Andersen, 1968). Numa revisão deste modelo por Andersen, em 1995, o conceito de acesso à saúde tornou-se mais abrangente, distinguindo-se entre “acesso potencial”, isto é, os recursos de saúde disponíveis e a capacidade para os utilizar, e “acesso real”, que

se refere à utilização efetiva dos recursos disponíveis e satisfação quanto a esses serviços (Andersen, 1995). Nesta perspectiva, o acesso e utilização dos serviços de saúde, bem como a satisfação dos utilizadores, resultam da interação entre as características do indivíduo e dos serviços (incluindo os profissionais de saúde) (Andersen, 1995).

Estudos desenvolvidos com vista a identificar padrões de procura de cuidados de saúde pelas comunidades imigrantes indicam que, muitas vezes, a utilização dos serviços por parte destas comunidades modifica-se progressivamente com o aumento do tempo de residência, desde a não utilização ou utilização ocasional dos serviços de emergência até à utilização regular dos serviços de cuidados de saúde primários (Gonçalves *et al.*, 2003; Norredam *et al.*, 2004). Num estudo realizado com imigrantes em Portugal, cerca de 77% reportou já ter utilizado o Serviço Nacional de Saúde e, destes, quando questionados sobre o primeiro serviço a que recorreram, 49,5% referiu o centro de saúde e 32,5% referiu o hospital (Dias *et al.*, 2011). Investigações apontam também no sentido de que o acesso e utilização dos serviços pelas populações imigrantes são, muitas vezes, dificultados pela presença de barreiras de ordem legislativa, estrutural, organizativa, económica, cultural e linguística (Scheppers *et al.*, 2006).

Atualmente, reconhece-se que a utilização dos serviços de saúde resulta da interação entre as características do indivíduo, dos profissionais de saúde e do sistema de saúde (Dutton, 1986). Com vista a aprofundar o conhecimento sobre estes diferentes fatores, têm vindo a ser desenvolvidos estudos quer com as comunidades imigrantes, quer com os próprios profissionais de saúde (Gonçalves *et al.*, 2003; Leduc e Proulx, 2004; Scheppers *et al.*, 2006). Um estudo conduzido recentemente pela nossa equipa revelou que nunca ter utilizado os serviços de saúde foi mais frequente entre os homens, os imigrantes provenientes de países da Europa de Leste e os que têm estatuto irregular de imigração (Dias *et al.*, 2011). Outros estudos salientam a influência de fatores ao nível da relação entre profissional de saúde e utente, nomeadamente as atitudes negativas dos profissionais face aos imigrantes (Dias *et al.*, 2012; Durieux *et al.*, 2004), e de fatores ao nível dos serviços de saúde (procedimentos burocráticos, custo, horários) (Dias *et al.*, 2008; Jones *et al.*, 2002).

A complexidade dos determinantes de saúde no contexto da imigração e a falta de dados consistentes sobre estas temáticas levam a que

ainda persistam lacunas no conhecimento. Neste contexto, o desenvolvimento de estudos na área é relevante, dada a necessidade de tornar os serviços de saúde e os profissionais mais adaptados à crescente diversidade cultural e operacionalizar os princípios da equidade em saúde. O estudo que se apresenta pretende descrever as perceções de imigrantes e de profissionais de saúde sobre questões relacionadas com a procura de cuidados de saúde e dificuldades na utilização dos serviços por parte das populações imigrantes, procurando identificar as concordâncias e discrepâncias nas perceções entre os grupos. Este conhecimento pode contribuir para identificação de necessidades específicas e para a decisão informada no desenvolvimento de políticas e estratégias de promoção do acesso e utilização dos serviços e de adequação da prestação de cuidados de saúde aos imigrantes.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo presente insere-se no projeto de investigação “Atitudes e representações face à saúde e doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes: Em direção a serviços de saúde amigos dos imigrantes”, promovido pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em parceria com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT) e outras instituições académicas. Neste projeto, desenvolveram-se dois estudos quantitativos, que consistiram na aplicação de um inquérito por questionário a imigrantes residentes em Portugal e a profissionais dos serviços de cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Estudo com imigrantes

Realizou-se um estudo transversal na área metropolitana de Lisboa, localidade que, atualmente, apresenta a maior concentração de populações imigrantes do país (SEF, 2012). O estudo consistiu na aplicação de um inquérito, por questionário, a uma amostra de 1372 imigrantes (51,1% mulheres; 38% do Brasil, 32,6% de países africanos de língua oficial portuguesa e 29,4% de países da Europa de Leste).

Os participantes foram selecionados através do método de amostragem “bola-de-neve” (Atkinson e Flint, 2001). Neste processo, estiveram envolvidas organizações não-governamentais e associações de imigrantes das comunidades em estudo, que colaboraram com a equipa de investigação na divulgação do estudo junto das

comunidades e na identificação de potenciais participantes. Após os participantes responderem ao questionário, foi-lhes pedido que identificassem e recrutassem potenciais participantes das suas redes sociais relacionais. Este processo foi repetido sucessivamente, levando a que a amostra crescesse à medida que novos indivíduos eram indicados aos investigadores. Os critérios de inclusão no estudo foram: 1) ser imigrante, definido como qualquer pessoa que não nasceu em Portugal e que imigrou com fins de instalação no país (IOM, 2004); 2) ter 18 anos ou mais.

Os questionários foram aplicados por entrevistadores treinados devidamente para o efeito e oriundos das comunidades em estudo. O questionário incluiu questões sobre características sociodemográficas, motivos de procura de serviços de saúde e percepção de dificuldades na utilização dos serviços pelas populações imigrantes.

O consentimento informado e voluntário foi obtido, garantindo-se o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados.

Estudo com profissionais de saúde

Realizou-se um estudo transversal com profissionais dos cuidados de saúde primários da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Para seleção dos participantes, desenvolveu-se um processo de amostragem por *clusters* a dois níveis: do total de centros de saúde da ARS LVT, foram amostrados 40 centros; em seguida, de cada um destes centros de saúde foram amostrados 10 profissionais. Dos 400 profissionais de saúde selecionados aleatoriamente, 320 (80%) aceitaram participar. Do total da amostra, 84,1% são do sexo feminino, 35,9% são administrativos, 35,6% são enfermeiros e 28,4% são médicos.

A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um inquérito por questionário de

autopreenchimento. O instrumento de recolha de dados incluiu questões relativas à caracterização sociodemográfica dos participantes, relacionadas com as perceções sobre os motivos de procura de serviços de saúde pelos imigrantes e sobre as dificuldades dos imigrantes nessa utilização.

A participação no estudo foi voluntária, anónima e confidencial, tendo sido obtido consentimento informado de todos os participantes.

Análise de dados

Foi efetuada uma análise estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas, percentagens, média e desvio-padrão. Os dados recolhidos foram tratados e analisados com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.

RESULTADOS

1. Caracterização dos imigrantes e dos profissionais de saúde

Nos imigrantes estudados, a quantidade de homens e mulheres é praticamente igual, o que não se verifica no grupo dos profissionais de saúde (Tabela 1). Nestes, existe um claro predomínio do sexo feminino, mais evidente nos administrativos do que nos médicos e enfermeiros.

Nos imigrantes, verifica-se uma distribuição quase idêntica pelos três níveis de escolaridade considerados. Todos os médicos e enfermeiros, como seria expectável, têm escolaridade superior. Nos administrativos, o nível de escolaridade mais frequente é o secundário.

A média de idades dos imigrantes é de 35,7 anos (dp = 11,7 anos). Nos médicos e enfermeiros a média de idades situa-se nos 45,8 anos (dp = 10,4 anos) e, nos administrativos, nos 47,4 anos (dp = 10,6 anos).

Tabela 1
Características sociodemográficas dos imigrantes e dos profissionais de saúde (médicos/enfermeiros e administrativos).

		Imigrantes	Profissionais de saúde	
			Médicos/Enfermeiros	Administrativos
		% (n)	% (n)	% (n)
Sexo	Feminino	51,1 (703)	78,5 (161)	93,9 (108)
	Masculino	48,9 (672)	21,4 (44)	6,1 (7)
Escolaridade	Até 3º ciclo	35,3 (475)	0	24,6 (28)
	Secundário	33,6 (452)	0	57,0 (65)
	Superior	31,0 (417)	100,0 (203)	18,4 (21)
Nacionalidade	Portuguesa	9,7 (133)	87,3 (178)	93,8 (106)
	Estrangeira	86,0 (1176)	12,7 (26)	6,2 (7)
	Dupla nacionalidade	4,2 (58)	0	0
		Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
Idade		35,7 (11,7)	45,8 (10,4)	47,4 (10,6)

No que concerne especificamente aos imigrantes, verifica-se a pertença a três comunidades distintas (africana, brasileira e da europeia de leste) praticamente em quantidades semelhantes (Tabela 2). A grande maioria dos imigrantes encontra-se em situação regular, está empregado e reside em Portugal, em média, há cerca de 8 anos (7,8 anos; dp = 8,1 anos).

Mais de metade dos imigrantes (57,0%) considera-se insatisfeita com os seus rendimentos. Relativamente ao estado civil, os imigrantes são, mais frequentemente, solteiros, divorciados ou viúvos.

Tabela 2
Outras características dos imigrantes.

		Imigrantes
		% (n)
Comunidade	Africana	32,6 (448)
	Brasileira	38,0 (523)
	Europeia de leste	29,4 (404)
Situação de imigração em Portugal	Regular	74,3 (998)
	Irregular	9,6 (129)
	Em processo de regularização	16,1 (217)
Situação perante o emprego	Empregado	67,4 (892)
	Não empregado	32,6 (431)
Rendimentos	Insuficientes	57,0 (751)
	Suficientes	43,0 (567)
Estado civil	Casado	46,4 (636)
	Solteiro/divorciado/viúvo	53,6 (734)
		Média (dp)
Tempo de residência em Portugal		7,8 (8,1)

2. Motivos de procura de cuidados de saúde

Imigrantes e profissionais de saúde foram questionados relativamente aos motivos que levam os primeiros a procurar os serviços de saúde (Tabela 3). De um modo geral, os médicos/enfermeiros e os administrativos foram consensuais na perceção da frequência com que os imigrantes procuram cada um dos tipos de cuidados estudados.

No entanto, ao comparar os imigrantes com os médicos/enfermeiros e os administrativos, identificam-se algumas diferenças. Os imigrantes referiram, na sua maioria, que nunca ou raramente procuram os cuidados de saúde para solicitar baixa médica ou atestados; já os profissionais de saúde consideraram que estes o fazem às vezes, sendo de realçar que mais de um quarto considerou que o fazem frequentemente ou sempre.

Relativamente às consultas de acompanhamento e rotina, os imigrantes consideraram que, por vezes, é este o motivo de procura dos cuidados. Os administrativos estiveram de acordo, mas os médicos e enfermeiros consideraram que este motivo é mais frequente.

Enquanto os profissionais de saúde, independentemente do grupo profissional, consideraram que, frequentemente ou sempre, o motivo de procura dos cuidados de saúde por parte dos imigrantes decorre de situações de urgência ou doença aguda, a maioria dos imigrantes referiu que este motivo é pouco frequente.

A renovação de receitas nunca ou raramente é motivo de procura de cuidados de saúde, de acordo com os imigrantes. No entanto, médicos/enfermeiros e administrativos tenderam a considerar que este motivo, às vezes, leva à procura de cuidados.

A procura de cuidados para apoio social mostrou uma grande discrepância entre os imigrantes e os profissionais de saúde: enquanto os primeiros referiram que este nunca ou raramente é motivo de procura, os profissionais consideraram que, às vezes, o é.

Relativamente à procura de cuidados para realização de exames complementares, os três grupos foram consensuais. Foi também consensual a opinião relativa à procura para medicina no trabalho.

Completamente díspares foram as opiniões relativamente à consulta de enfermagem e tratamentos: os imigrantes consideraram que nunca ou raramente é esse o motivo de procura, os médicos/enfermeiros consideraram que frequentemente ou sempre é esse o motivo de procura, e os administrativos que, às vezes, é esse o motivo. Também opostas foram as posições relativamente à procura de cuidados por saúde infantil/vacinação ou por planeamento familiar/gravidez. Os imigrantes consideraram nunca ser esse o motivo, enquanto os profissionais de saúde consideraram ser sempre esse o motivo (Tabela 3).

Tabela 3

Motivos de procura de serviços de saúde pelos imigrantes.

Motivo de procura de serviços de saúde		Imigrantes	Profissionais de saúde	
			Médicos/Enfermeiros	Administrativos
		% (n)	% (n)	% (n)
Solicitar baixa médica; atestados	Nunca/ raramente	54,8 (570)	21,6 (41)	13,8 (15)
	Às vezes	42,3 (440)	48,9 (93)	49,5 (54)
	Frequentemente/ sempre	2,9 (30)	29,5 (56)	36,7 (40)
Consultas de acompanhamento ou rotina	Nunca/ raramente	38,7 (405)	15,1 (29)	12,7 (14)
	Às vezes	51,9 (543)	36,5 (70)	46,4 (51)
	Frequentemente/ sempre	9,5 (99)	48,4 (93)	40,9 (45)
Situações de urgência/agudas	Nunca/ raramente	31,3 (324)	3,6 (7)	7,3 (8)
	Às vezes	63,0 (653)	17,8 (35)	24,8 (27)
	Frequentemente/ sempre	5,7 (59)	78,7 (155)	67,9 (74)
Renovação de receitas	Nunca/ raramente	67,7 (693)	17,0 (32)	30,2 (32)
	Às vezes	27,3 (280)	58,5 (110)	45,3 (48)
	Frequentemente/ sempre	5,0 (51)	24,5 (46)	24,5 (26)
Apoio social	Nunca/ raramente	90,6 (926)	27,0 (50)	29,2 (31)
	Às vezes	8,6 (88)	41,6 (77)	43,4 (46)
	Frequentemente/ sempre	0,8 (8)	31,4 (58)	27,4 (29)
Exames complementares	Nunca/ raramente	43,4 (444)	15,3 (27)	15,2 (16)
	Às vezes	51,1 (523)	61,4 (108)	45,7 (48)
	Frequentemente/ sempre	5,5 (56)	23,3 (41)	39,0 (41)
Medicina do trabalho	Nunca/ raramente	70,8 (723)	76,2 (131)	75,0 (66)
	Às vezes	27,2 (278)	19,8 (34)	19,3 (17)
	Frequentemente/ sempre	2,0 (20)	4,1 (7)	5,7 (5)
Consulta de enfermagem; tratamentos	Nunca/ raramente	63,9 (647)	7,9 (15)	8,4 (9)
	Às vezes	33,4 (338)	33,3 (63)	53,3 (57)
	Frequentemente/ sempre	2,7 (27)	58,7 (111)	38,3 (41)
Saúde infantil e vacinação	Nunca/ raramente	59,2 (604)	4,1 (8)	8,3 (9)
	Às vezes	31,3 (320)	13,4 (26)	21,3 (23)
	Frequentemente/ sempre	9,5 (97)	82,5 (160)	70,4 (76)
Consultas de planeamento familiar; gravidez	Nunca/ raramente	72,7 (747)	4,7 (9)	8,3 (9)
	Às vezes	22,0 (226)	21,2 (41)	24,8 (27)
	Frequentemente/ sempre	5,3 (54)	74,1 (143)	67,0 (73)
Consultas por doença crónica	Nunca/ raramente	89,1 (912)	14,2 (26)	0
	Às vezes	7,2 (74)	48,6 (89)	0
	Frequentemente/ sempre	3,6 (37)	37,2 (68)	100,0 (4)

3. Conhecimentos e competências dos profissionais para lidar com populações imigrantes

De forma geral, os profissionais avaliaram como razoáveis os seus conhecimentos e competências para lidar com imigrantes (Tabela

4). No entanto, 17,8% dos médicos/enfermeiros e 10,5% dos administrativos considerou que tem maus conhecimentos e competências.

A maior parte dos administrativos (cerca de 76%) considerou que conhece a legislação sobre

acesso dos imigrantes aos serviços, enquanto apenas cerca de metade dos médicos/enfermeiros afirmou conhecê-la.

A obtenção de formação específica sobre a saúde dos imigrantes foi considerada, pela grande maioria dos profissionais, como importante para a sua atividade profissional. Porém, a maior parte dos médicos/enfermeiros considerou ser indiferente, ou mesmo irrelevante, receber esse tipo de formação.

Tabela 4
Perceções dos profissionais sobre os seus conhecimentos e competências para lidar com populações imigrantes.

		Médicos/Enfermeiros	Administrativos
		% (n)	% (n)
Auto-avaliação dos conhecimentos e competências para lidar com imigrantes	Maus	17,8 (36)	10,5 (12)
	Razoáveis	59,9 (121)	71,9 (82)
	Bons	22,3 (45)	17,6 (20)
Perceção do conhecimento da legislação sobre acesso dos imigrantes aos serviços de saúde	Desconhece	45,1 (92)	14,0 (16)
	Conhece	49,5 (101)	75,5 (86)
	Conhece muito bem	5,4 (11)	10,5 (12)
Perceção da importância de receber formação específica sobre a saúde dos imigrantes	Nada importante	10,4 (21)	2,7 (3)
	Indiferente	11,8 (24)	5,3 (6)
	Importante	77,8 (158)	92,0 (104)

4. Dificuldades na utilização dos serviços de saúde

A grande maioria dos imigrantes (mais de 75%) reconheceu o pouco tempo de permanência em Portugal, a falta de conhecimentos sobre lei de

acesso à saúde, seus direitos e funcionamento dos serviços, a falta de recursos económicos para suportar custos e os procedimentos burocráticos complexos, como dificuldades na utilização dos serviços de saúde (Tabela 5).

Tabela 5

Dificuldades referidas pelos imigrantes na utilização dos serviços de saúde.

Dificuldades na utilização dos serviços de saúde	% (n)
Estar há pouco tempo em Portugal (n=1260)	85,1 (1072)
Falta de conhecimentos sobre lei de acesso à saúde, seus direitos e funcionamento dos serviços (n=1209)	78,9 (954)
Falta de recursos económicos para suportar custos (n=1375)	75,6 (930)
Procedimentos burocráticos complexos (n=1220)	75,2 (917)
Diferenças linguísticas em relação aos profissionais de saúde (n=1240)	59,8 (742)
Ausência de tradutores/intérpretes (n=1186)	49,5 (587)
Modo como expressam sintomas e reconhecem que estão doentes (n=1375)	46,9 (549)
Desconfiança em relação aos profissionais de saúde (n=1161)	45,7 (531)
Crenças, tradições religiosas e culturais (n=1204)	27,7 (333)

Relativamente às dificuldades dos imigrantes na utilização dos serviços referidas pelos profissionais, é de salientar que, na generalidade, estes concordaram com a complexidade dos procedimentos burocráticos, a ausência de intérpretes nos serviços, a falta de recursos económicos e o desconhecimento dos imigrantes sobre a lei de acesso à saúde e funcionamento dos serviços (Tabela 6).

Encontra-se uma exceção relativamente às diferenças linguísticas entre imigrantes e profissionais e aos mitos, tabus, crenças, tradições religiosas e culturais. Enquanto grande parte dos médicos e enfermeiros concordou com a ideia de diferenças linguísticas dificultarem o acesso, foi mais frequente os administrativos terem opinião contrária. O mesmo se verifica em relação aos mitos, tabus, crenças, tradições religiosas e culturais.

Tabela 6
Dificuldades dos imigrantes na utilização dos serviços de saúde referidas pelos profissionais de saúde.

Dificuldades na utilização dos serviços de saúde		Médicos/Enfermeiros	Administrativos
		% (n)	% (n)
Procedimentos burocráticos complexos	discordo totalmente / discordo	31,2 (64)	38,3 (44)
	não concordo nem discordo	26,3 (54)	19,1 (22)
	concordo / concordo	42,4 (87)	42,6 (49)
	totalmente		
Ausência de intérpretes nos serviços	discordo totalmente / discordo	28,3 (58)	34,8 (40)
	não concordo nem discordo	25,4 (52)	22,6 (26)
	concordo / concordo	46,3 (95)	42,6 (49)
	totalmente		
Tempo de permanência em Portugal	discordo totalmente / discordo	20,0 (41)	29,6 (34)
	não concordo nem discordo	30,7 (63)	31,3 (36)
	concordo / concordo	49,3 (101)	39,1 (45)
	totalmente		
Diferenças linguísticas entre imigrantes e profissionais	discordo totalmente / discordo	33,2 (68)	45,2 (52)
	não concordo nem discordo	20,5 (42)	27,8 (32)
	concordo / concordo	46,3 (95)	27,0 (31)
	totalmente		
Mitos, tabus, crenças, tradições religiosas e culturais	discordo totalmente / discordo	20,5 (42)	40,9 (47)
	não concordo nem discordo	31,7 (65)	34,8 (40)
	concordo / concordo	47,8 (98)	24,3 (28)
	totalmente		
Falta de recursos económicos	discordo totalmente / discordo	22,9 (47)	34,8 (40)
	não concordo nem discordo	17,6 (36)	20,9 (24)
	concordo / concordo	59,5 (122)	44,3 (51)
	totalmente		
Modo como os imigrantes expressam os seus sintomas e reconhecem que estão doentes	discordo totalmente / discordo	39,0 (80)	37,4 (43)
	não concordo nem discordo	34,1 (70)	40,0 (46)
	concordo / concordo	26,8 (55)	22,6 (26)
	totalmente		
Desconhecimento dos imigrantes sobre a lei de acesso à saúde e funcionamento dos serviços	discordo totalmente / discordo	18,0 (37)	24,3 (28)
	não concordo nem discordo	22,9 (47)	24,3 (28)
	concordo / concordo	59,0 (121)	51,3 (59)
	totalmente		
Desconfiança em relação aos profissionais de saúde	discordo totalmente / discordo	43,9 (90)	40,0 (46)
	não concordo nem discordo	34,6 (71)	31,3 (36)
	concordo / concordo	21,5 (44)	28,7 (33)
	totalmente		

Relativamente à forma de ultrapassar as dificuldades linguísticas que surgem no relacionamento dos imigrantes com os profissionais, reconhecidas por todos como entraves à utilização dos serviços, verifica-se que enquanto os imigrantes referiram que os profissionais de saúde nunca chamam outro profissional, estes consideraram fazê-lo

algumas vezes (Tabela 7). No que concerne a chamar um familiar ou amigo do imigrante, os imigrantes referiram que os profissionais nunca o fazem, enquanto estes referiram fazê-lo algumas vezes. Relativamente a recorrer a um intérprete para ultrapassar as dificuldades linguísticas, os três grupos concordaram: o mais frequente é nunca o fazerem.

Tabela 7
Estratégias adotadas para as dificuldades linguísticas.

Estratégias para ultrapassar as dificuldades linguísticas		Profissionais de saúde		
		Imigrantes	Médicos/Enfermeiros	Administrativos
Chamar outro profissional de saúde	Nunca	88,1 (882)	7,3 (14)	3,7 (4)
	Quase nunca	5,0 (50)	13,0 (25)	23,4 (25)
	Algumas vezes	5,0 (50)	42,0 (81)	52,3 (56)
	Muitas vezes	0,4 (4)	31,1 (60)	13,1 (14)
	Sempre	1,5 (15)	6,7 (13)	7,5 (8)
Chamar um familiar ou amigo	Nunca	84,4 (843)	1,5 (3)	14,6 (15)
	Quase nunca	4,7 (47)	5,6 (11)	34,0 (35)
	Algumas vezes	7,1 (71)	35,4 (70)	40,8 (42)
	Muitas vezes	1,7 (17)	43,4 (86)	7,8 (8)
	Sempre	2,1 (21)	14,1 (28)	2,9 (3)
Recorrer a um intérprete	Nunca	95,1 (949)	81,4 (153)	78,5 (73)
	Quase nunca	2,3 (23)	9,6 (18)	14,0 (13)
	Algumas vezes	1,5 (15)	7,4 (14)	6,5 (6)
	Muitas vezes	0,1 (1)	1,1 (2)	0
	Sempre	1,0 (10)	0,5 (1)	1,1 (1)

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu conhecer as percepções de imigrantes e de profissionais sobre questões relacionadas com a procura de cuidados de saúde e dificuldades na utilização dos serviços por parte das populações imigrantes, procurando identificar as concordâncias e discrepâncias nas percepções entre os diferentes grupos. Do que é conhecido, este é um dos poucos estudos desenvolvidos com vista a compreender ambas as perspetivas sobre esta temática.

É de salientar que se assistiu a uma divergência entre imigrantes e profissionais sobre os principais motivos que levam os imigrantes a recorrerem aos serviços de saúde. Os profissionais, principalmente os médicos e enfermeiros, consideraram, como motivos frequentes, as consultas de enfermagem/tratamentos, as de saúde infantil/vacinação e de planeamento familiar/gravidez, ao contrário dos imigrantes - a maior parte referiu raramente recorrer aos serviços para esses efeitos, mas frequentemente fazê-lo para consultas de acompanhamento ou rotina, para realização de exames complementares ou em

situações de urgência/agudas. Também entre profissionais se verificaram opiniões díspares sendo que, comparativamente aos médicos e enfermeiros, os administrativos consideraram, como menos frequente, os imigrantes utilizarem os serviços para consultas de enfermagem/tratamentos, de saúde sexual e reprodutiva, materna e infantil. Estas diferenças parecem resultar de uma possível valorização destas questões de saúde pelos médicos e enfermeiros.

Neste estudo, foram também analisadas as percepções dos participantes sobre dificuldades que consideram existir no contexto da utilização dos serviços. Os resultados obtidos podem ser interpretados à luz do modelo conceptual de Andersen sobre o uso dos serviços de saúde (Andersen, 1995). De facto, este modelo tem-se constituído uma ferramenta útil para seleccionar, identificar e sequenciar as variáveis relevantes no processo de utilização dos serviços, quer pela população em geral, quer por populações imigrantes (Scheppers *et al.*, 2006).

Por um lado, ambos os grupos foram consensuais ao referir maioritariamente as barreiras de nível individual, como falta de recursos económicos e desconhecimento dos imigrantes sobre as questões legais do acesso à saúde enquanto aspetos que dificultam a utilização dos serviços, como se encontra noutros estudos (Anderson *et al.*, 2003; Dias *et al.*, 2008; Leduc e Proulx, 2004). Da parte dos profissionais, a ênfase dada aos aspetos relacionados com o utente imigrante como dificultadores da utilização dos serviços pode refletir alguma atitude associada a estereótipos em relação à população imigrante (Dias *et al.*, 2012). Por outro lado, a convergência de percepções parece realçar que esta é uma área prioritária de intervenção.

Os aspetos da interação com os profissionais, como dificuldades linguísticas e sentimento de desconfiança em relação aos mesmos, foram realçados pelos imigrantes mas não foram valorizados pelos profissionais. Estes resultados podem indicar, à semelhança de estudos anteriores, que os profissionais tendem a subvalorizar a qualidade de aspetos não técnicos dos cuidados de saúde, como a comunicação e as relações interpessoais (Durieux *et al.*, 2004). Adicionalmente, os resultados obtidos são coincidentes com investigações anteriores em que os profissionais revelam uma reduzida percepção da relevância do seu papel e dos serviços na melhoria do acesso e utilização dos serviços por parte das comunidades imigrantes (Dias *et al.*, 2010). A

desvalorização da comunicação e das relações interpessoais na prestação de cuidados pode afetar a qualidade da interação profissional-utente, podendo resultar em insatisfação dos utentes quanto aos serviços e, conseqüentemente, em menor utilização (Anderson *et al.*, 2003; Junge *et al.*, 2002). Estes dados indiciam que esta é uma área de atuação com oportunidades potenciais para melhoria da prestação de cuidados. Neste contexto, torna-se necessário sensibilizar os profissionais e incentivar a mudança do seu desempenho profissional, no sentido de uma abordagem holística e inclusiva.

Outros aspetos considerados diferentemente pelos participantes incluíram questões relacionadas com mitos, crenças, tradições religiosas e culturais dos imigrantes, que foram apontadas como dificuldades, principalmente pelos profissionais. Esta percepção pode traduzir-se na necessidade sentida pelos profissionais, e conseqüente oportunidade de ação, de maior conhecimento e competências para lidar com a diversidade cultural que, atualmente, caracteriza a população utente dos serviços. No mesmo sentido apontam os resultados obtidos sobre a percepção dos profissionais de que existem algumas lacunas nos conhecimentos e competências para lidar com as populações imigrantes e de que a formação na área da saúde e imigração é importante.

Importa assinalar que, entre os grupos de profissionais, surgiram discrepâncias sobre o peso das diferenças linguísticas e dos mitos, crenças, tradições religiosas e culturais enquanto barreiras à utilização dos serviços. Grande parte dos médicos e enfermeiros indicou que estes aspetos dificultam o acesso, ao contrário dos administrativos, que, mais frequentemente discordaram. De forma geral, as diferentes percepções encontradas nos grupos profissionais podem, em parte, explicar-se pelas funções singulares que cada grupo desempenha e com as suas experiências e contactos específicos com imigrantes. Assim, torna-se saliente a necessidade de que as estratégias de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural considerem as especificidades e necessidades associadas aos diferentes perfis profissionais.

Este estudo apresenta algumas limitações. Os dados obtidos por parte dos profissionais de saúde não se referem aos cuidados prestados a utentes específicos, mas sim às suas percepções relativas ao atendimento a populações imigrantes. Da mesma forma, não é possível conhecer os profissionais de saúde a que se referem os imigrantes nas suas respostas. Isto impossibilita o estabelecimento de

uma ligação direta entre as respostas dos utentes imigrantes e dos profissionais de saúde estudados. Outra limitação a considerar é que, em ambos os estudos, com imigrantes e com profissionais de saúde, existe possibilidade de ocorrência de um efeito de desejabilidade social nas respostas dos participantes. No entanto, a garantia do anonimato dos participantes e do tratamento das suas respostas de forma confidencial contribuiu para minimizar este efeito potencial. Por fim, a categoria “imigrantes” utilizada não permite captar a diversidade entre países de origem e, potencialmente, entre outros aspetos, como a língua e a cultura, o que pode ocultar diferenças em termos de perceções e experiências relacionadas com os cuidados de saúde e o acesso e utilização dos serviços. Futuramente, será importante estudar, em pormenor, subgrupos de imigrantes de países ou regiões de países específicas para análises mais aprofundadas.

CONCLUSÕES

Os resultados evidenciam oportunidades de ação e intervenção ao nível das comunidades imigrantes e dos profissionais de saúde. Entre outros aspetos, é importante promover, nas comunidades imigrantes, ações de divulgação de informação sobre os serviços e os direitos em saúde destas populações. É pertinente investir na formação dos

BIBLIOGRAFIA

- ANDERSEN, R. M. (1968) - *Behavioral model of families' use of health services. Research Series No. 25.* Center for Health Administration Studies/ University of Chicago, Chicago, 111 pgs.
- ANDERSEN, R. M. (1995) – “Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?”. *J. Health. Soc. Behav.*, 36:1-10.
- ANDERSON, L. M., SCRIMSHAW, S. C., FULLILOVE, M. T., FIELDING, J. E., NORMAND, J. & TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES (2003) – “Culturally competent healthcare systems: a systematic review”. *Am. J. Prev. Med.*, 24: 68-77.
- ATKINSON, R. & FLINT, J. (2001) – “Accessing hidden and hard-to-reach populations: snowball research strategies”. *Soc. Res. Update*, 33: 33-41.
- BRAVEMAN, P. & GRUSKIN, S. (2003) – “Poverty, equity, human rights and health”. *Bull. World Health Organ.*, 81: 539-545.
- DAVIES, A., BASTEN, A. & FRATTINI, C. (2009) - *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants* [Background Paper]. IOM Immigration Health Department, Geneva, 26 pgs.
- DIAS, S., SEVERO, M. & BARROS, H. (2008) – “Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal”. *BMC Health Serv. Res.*, 8: 207.

profissionais em termos de conhecimentos e competências para lidar com a diversidade cultural, assumindo que a prestação de cuidados deve garantir qualidade clínica mas também ser sensível e culturalmente adequada. Um desafio importante é promover a participação dos grupos enquanto parceiros na identificação de barreiras no acesso e utilização dos serviços e no desenvolvimento de estratégias efetivas para melhoria da qualidade dos serviços. Nas investigações futuras, será importante explorar estas perspetivas, nomeadamente no que respeita à avaliação da qualidade e satisfação dos cuidados de saúde.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (IME/SAUESA/81760/2006). Os autores agradecem a todas os participantes do estudo e aos membros da equipa de projeto, especialmente António Carlos Silva, Helena Cargaleiro, Rosário Horta, Miguel Lemos, Mário Carreira, Maria Cortes e Violeta Alarcão.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

DIAS, S. & ROCHA, C. (2009) - *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras: Um Estudo*

Qualitativo. Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, Lisboa, 172 pgs.

DIAS, S., RODRIGUES, R., SILVA, A. C., HORTA, R. & CARGALEIRO, H. (2010) – “[Care seeking and access to health services in immigrant communities: a study with immigrants and health]”. *Arg. Med.*, 24: 253-259.

DIAS, S., GAMA, A., CORTES, M. & SOUSA, B. (2011) – “Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal”. *Health Soc. Care Community*, 19: 514–521.

DIAS, S., GAMA, A., CARGALEIRO, H. & MARTINS, M. O. (2012) – “Health workers' attitudes toward immigrant patients: a survey in primary health care services”. *Hum. Resour. Health*, 10:14.

DIAS, S., GAMA, A., MARTINS, M. O. (no prelo) – “Migration and health: what are the challenges to improving health outcomes of immigrant populations?”. Em: Huy, H. T., *Migration: Practices, Challenges and Impact.* Nova Science Publishers Inc., Nova Iorque.

DURIEUX, P., BISSERY, A., DUBOIS, S., GASQUET, I. & COSTE, J. (2004) – “Comparison of health care professionals' self-assessments of standards of care and patients' opinions on the care they received in hospital: observational study”. *Qual. Saf. Health Care*, 13:198-202.

- DUTTON, D. (1986) – “Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization”. *Soc. Sci. Med.*, 23: 721-735.
- GONÇALVES, A., DIAS, S., LUCK, M., FERNANDES, J. & CABRAL, J. (2003) – “Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes”. *Rev. Port. Saúde Públ.*, 21: 55-64.
- INGLEBY, D., CHIMIANTI, M., HATZIPROKOPIOU, P., ORMOND, M. & FREITAS, C. (2005) - *The Role of Health in Integration. Social Integration and Mobility: Education, Housing and Health – IMISCOE Cluster B5*. Relatório nº 67. Centro de Estudos Geográficos: Estudos para o Planeamento Regional e Urbano, Lisboa, 185 pgs.
- IOM (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION) (2004) - *Glossary on migration*. IOM, Genebra, 78 pgs.
- JONES, M. E., CASON, C. L. & BOND, M. L. (2002) – “Access to preventive health care: is method of payment a barrier for immigrant Hispanic women?”. *Womens Health Issues*, 12: 129-137.
- JUNG, H. P., WENSING, M., OLESEN, F. & GROU, R. (2002) – “Comparison of patients’ and general practitioners’ evaluations of general practice care”. *Qual. Saf. Health Care*, 11: 315–319.
- KRISTIANSEN, M., MYGIND, A. & KRASNIK, A. (2007) – “Health effects of migration”. *Dan. Med. Bull.*, 54: 46-47.
- LEDUC, N. & PROULX, M. (2004) – “Patterns of health services utilization by recent immigrants”. *J. Immigr. Health*, 6: 15-27.
- MACHADO, M. C., SANTANA, P., CARREIRO, M., NOGUEIRA, H., BARROSO, M. & DIAS, A. (2006) - *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de migrantes*. Bial, Lisboa, 211 pgs.
- NIELSEN, S. S. & KRASNIK, A. (2010) – “Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review”. *Int. J. Public Health*, 55: 357-371.
- NORREDAM, M., KRASNIK, A., SORENSEN, T. M., KEIDING, N., MICHAELSEN, J. J. & NIELSEN, A. S. (2004) – “Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents”. *Scand. J. Public Health*, 32: 53-59.
- PEIRO, M. J. & BENEDICT, R. (2009) - *Migration Health: Better Health for All in Europe*. International Organization for Migration, Bruxelas, 48 pgs.
- QUAN, H., FONG, A., DE COSTER, C., WANG, J., MUSTO, R., NOSEWORTHY, T. W. & GHALLI, W. A. (2006) – “Variation in health services utilization among ethnic populations”. *CMAJ*, 174: 787-791.
- SCHEPPERS, E., DONGEN, E., DEKKER, J., GEERTZEN, J. & DEKKER, J. (2006) – “Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review”. *Fam. Pract.*, 23: 325-348.
- SEF (SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS) (2012) - *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2011*. Departamento de Planeamento e Formação do SEF, Lisboa, 75 pgs.
- TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. (2004) – “Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde”. *Cad. Saúde Pública*, 20: 190-198.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (2010) - *Health of Migrants: The Way Forward. Report of a Global Consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010*. WHO, Genebra, 119 pgs.