

O ACESSO À SAÚDE E OS FACTORES DE VULNERABILIDADE NA POPULAÇÃO IMIGRANTE

Bárbara Bäckström

Segundo os dados do Relatório Anual do Observatório de Acesso à Saúde nos Imigrantes, da Rede Internacional Médicos do Mundo de 2007 (Chauvin e Parizot, 2007) apenas um terço das pessoas inquiridas, imigrantes irregulares, que sofrem de um problema de saúde crónico beneficia de um tratamento em curso e perto de metade das pessoas que declararam pelo menos um problema de saúde sofreu um atraso ao recorrer aos cuidados de saúde.

O mesmo relatório afirma ainda que os obstáculos mais frequentes ao acesso e continuidade dos cuidados de saúde, expressos pelas próprias pessoas, dizem principalmente respeito ao desconhecimento dos seus direitos, dos locais onde se devem dirigir para receber esses cuidados, ao custo dos tratamentos, às dificuldades administrativas, ao medo de uma denúncia, à discriminação e às barreiras linguísticas e culturais. Tendo como referência a nossa experiência no terreno, (Bäckström, 2006 e 2008) é de destacar, em primeiro lugar, entre os principais obstáculos, aqueles que podemos associar às condições de vida e que contribuem directamente para a deterioração do estado de saúde, nomeadamente, as precárias condições de habitabilidade, alimentação deficiente, baixos rendimentos e as difíceis e incertas condições de contratação e de segurança no trabalho.

Determinantes da saúde e imigração

Uma das áreas em que nos debruçamos para compreender a saúde e a imigração, numa perspectiva sociológica, é a dos determinantes de saúde. A saúde é resultado de uma rede complexa de determinantes que envolvem factores biológicos e genéticos, psicológicos e sociais, estilos de vida e comportamentos, o meio ambiente físico, socioeconómico e cultural, aspectos relacionados com os sistemas de saúde e as políticas de saúde (Reijneveld, 1998a). Segundo Gravel (2000) é reconhecido que a saúde é influenciada pelos factores associados à etnicidade. Estes factores reflectem os aspectos culturais, os valores, as crenças, as práticas e as particularidades biológicas e genéticas. Podem ser considerados como determinantes da saúde, ligados à saúde e ao bem-estar, ao contexto social, cultural e físico, aos hábitos de vida, à utilização formal e informal da saúde, à forma de entender a doença e os valores educativos.

Os determinantes da saúde podem ser de dois tipos: os determinantes da saúde, aqueles que estão associados ao estilo de vida, onde se incluem os comportamentos tais como: o consumo de tabaco e álcool, a alimentação e a actividade física, enquanto o outro tipo de determinantes está ligado aos factores externos e nele se incluem determinantes socioeconómicos da saúde sendo estes a educação, o emprego e as condições de trabalho, o rendimento, as condições de habitação, o ambiente e a cultura. Também podemos considerar as redes de suporte sociais e comunitárias enquanto importantes determinantes da saúde, assim como os factores genéticos e as condições de acesso a serviços de saúde.

No estudo sobre a saúde dos imigrantes (Bäckström, 2006) a evidência empírica demonstrou que a condição socioeconómica das pessoas revela as maiores diferenças e marca a posição de variável explicativa na saúde e bem-estar, bem como no acesso e tipo de utilização dos serviços de saúde. Conclusão esta, que foi ao encontro de Nettleton (1995), que refere existirem diversas explicações para padronizar a saúde e a doença pela etnicidade, através dos factores genéticos, culturais e socioeconómicos. Sem excluir a influência dos primeiros, as circunstâncias sociais nas quais as pessoas vivem e a natureza das relações sociais que os indivíduos experimentam são as considerações mais importantes para a saúde e a doença. Também como indica Germov (1998) a construção social da saúde e da doença, e a etnicidade, não podem ser isoladas dos efeitos da classe social, do género e da idade. Pelo contrário, a etnicidade interage com cada um destes factores. Venema (1995) acrescenta que os determinantes da relação entre grupos de imigrantes, grupos étnicos e a saúde são geralmente compostos por factores de pertença a um grupo, factores socioculturais e factores socioeconómicos. O factor sociocultural evidencia as diferenças de cultura e o socioeconómico inclui a posição social, o acesso ao consumo de bens, a participação no mercado de trabalho, valores e normas e o acesso à informação. Os determinantes socioeconómicos têm ganho especial relevo no esforço de compreensão da relação entre migração e vulnerabilidade no que diz respeito à saúde (WHO, 2003). As desigualdades socioeconómicas que estão associadas a contextos de pobreza, exclusão social e a situações laborais precárias podem traduzir-se em reduzidas oportunidades de acesso à educação, informação e utilização dos serviços sociais e de saúde. De acordo com Smaje (1995) uma comunidade migrante encontra-se tão estratificada quanto a sociedade de acolhimento. A relação dos imigrantes com os serviços de saúde e as políticas específicas de saúde para os imigrantes têm de ter em conta as diversidades de origem e dos grupos sociais, sendo necessário estar atento às especificidades que daí resultam, o que exige um ajustamento e adaptação a essa realidade.

Muitas vezes, os padrões étnicos na saúde e na doença são resultado de outras categorias produzidas socialmente e que reproduzem as desigualdades sociais. A etnicidade, usada como variável explicativa, sobretudo nos estudos anglo-saxónicos, esconde as condições sociais, económicas e culturais que estão na base das desigualdades e que são os factores determinantes da saúde e da doença das pessoas. A diferença cultural e étnica também pode influenciar a saúde e as desigualdades sociais na saúde. Estas diferenças são explicadas pela posição socioeconómica e a atenção deve ser dada, desde o início, à relação entre a posição socioeconómica e a saúde, e não à pertença a um grupo étnico minoritário.

Em contexto migratório importam também as condições de legalização e de integração, o exercício da cidadania, o direito à protecção social, o racismo, a estrutura familiar e redes informais de suporte e o acesso ao emprego, à educação e aos serviços de saúde.

Identificámos na literatura sobre etnicidade, migrações e saúde a existência de uma relação entre a saúde e as características socioeconómicas e culturais da área de residência onde vivem os imigrantes (Macintyre *et al.*, 1993; Reijneveld, 1998b). A residência numa área pobre pode ser um determinante ainda mais poderoso do que o rendimento, a educação ou outro indicador socioeconómico. Os imigrantes apresentam, em geral, piores condições de vida do que as populações dos países de acolhimento. Frequentemente, residem em zonas degradadas com reduzidos serviços de âmbito social e de saúde, em condições habitacionais deficientes e sem infra-estruturas básicas.

Outro factor muito importante de alteração da saúde dos imigrantes é o tempo de residência no país de acolhimento. O tempo de residência mais longo está associado ao total de sintomas relatados pelos indivíduos de ambos os sexos em conjunto e em separado. A duração da estadia tem a ver com o ano de chegada ao país de acolhimento e uma maior duração significa uma pior saúde (Williams, 1993). O tempo de permanência influencia a avaliação que os indivíduos fazem da sua situação. Quanto maior a “integração”, maiores são as necessidades percebidas e mais os valores se assemelham aos padrões dominantes da sociedade de acolhimento e maior a sensação de exclusão. Outros estudos chegam à mesma conclusão, afirmando que a saúde dos imigrantes recém-chegados é melhor do que a dos indivíduos “locais”. Os níveis de morbilidade para os imigrantes tende a ser mais baixo do que para a população de origem. Ao imigrarem, as pessoas são “seleccionadas” com base no seu estado de saúde. No entanto, uma vez chegados aos países de acolhimento estes grupos podem tornar-se mais vulneráveis e mais expostos a factores de risco, ao se confrontarem com um novo contexto onde se deparam com enormes diferenças que vão desde o meio ambiente, o clima, a língua, a cultura, ao funcionamento dos serviços. À medida que o tempo de residência vai aumentando verifica-se que crescem também as taxas de morbilidade e de mortalidade dos imigrantes, como consequência dos estilos de vida, particularmente do regime alimentar. Há tendência para um aumento da necessidade percebida de aceder aos serviços por parte dos imigrantes que já estão há mais tempo no país e que têm um maior grau de alfabetização.

Outro determinante importante da saúde dos imigrantes é a própria experiência da imigração que poderá ter inúmeros efeitos positivos, pois os recém-chegados, de culturas diferentes, possuem muitas vezes mecanismos eficazes de adaptação às perturbações e ao stress. Os sólidos valores familiares e comunitários poderão também contribuir para que o país de acolhimento seja um lugar mais saudável para se viver. Existe, por enquanto, uma pesquisa insuficiente sobre os pontos fortes dos imigrantes e o lado positivo da imigração na saúde. Podemos agrupar em três grandes categorias os factores que influenciam a saúde dos imigrantes que estão em processo migratório: as características sociodemográficas e culturais do imigrante, as experiências pré-migratórias, incluindo as condições de partida e as experiências e condições pós-migratórias (Massé, 1995).

A distância cultural do país de origem e as dificuldades de adaptação no local de acolhimento podem ser factores sociais determinantes de saúde. O processo de

adaptação na sociedade de acolhimento pode constituir uma experiência particularmente difícil para alguns grupos etnoculturais, mais precisamente, para certos subgrupos sociais no interior de um dado grupo etnocultural.

O acesso aos cuidados de saúde das pessoas em situação irregular – resultados do Inquérito Europeu

Os Médicos do Mundo criaram um Observatório Europeu do Acesso aos Cuidados de Saúde que permite testemunhar sobre as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde no território europeu por parte das pessoas que vivem em situação precária. Este testemunho apoia-se em constatações e inquéritos face a face, no terreno, junto das pessoas mais vulneráveis com o objectivo de convencer não só os diferentes governos, mas também as instituições europeias, da necessidade de melhorar o acesso à prevenção e aos cuidados de saúde.

Para tal, realizaram em 2006 o estudo europeu sobre *o acesso aos cuidados de saúde das pessoas em situação irregular* (Chauvin e Parizot, 2007). No total, 835 pessoas, estrangeiros em situação irregular, foram interrogadas em sete países: Bélgica, Espanha, França, Grécia, Itália, Portugal e Reino Unido. Os questionários foram administrados por intervenientes das missões de Médicos do Mundo ou, em casos mais raros, por intervenientes das associações parceiras de Médicos do Mundo. Quando participámos como comentadores na apresentação dos resultados contidos neste relatório, tecemos algumas considerações, que gostaríamos de aqui evocar. Em primeiro lugar chamou-nos a atenção a referência no estudo de que o Médicos do Mundo não tem vocação de organismo de pesquisa e que isso impõe uma dupla restrição ao inquérito. Por um lado, cada questão colocada ao paciente deve apresentar-lhe directamente uma mais-valia em matéria de acesso a uma cobertura de saúde e aos cuidados médicos; por outro, as questões colocadas também devem contribuir para construir um conhecimento sobre as dificuldades encontradas pelos pacientes, tal como sobre o seu estado de saúde. Perguntamos se se trata de uma restrição ou de uma forma de pesquisa orientada para a população, com uma vertente de investigação-acção. Pensamos que o que os Médicos do Mundo denominam de restrição pode ser considerado uma vantagem à luz das metodologias participativas com grupos em que a acção tem o objectivo de induzir uma mudança numa comunidade e a investigação contribui para a compreensão do fenómeno em estudo. De uma forma simplificada, podemos afirmar que a investigação-acção é uma metodologia de investigação orientada para a melhoria da prática nos diversos campos da acção.

Um inquérito europeu que tem como objectivo ser comparativo de realidades encontradas em contextos tão diversos como são os sete países estudados (Bélgica, Espanha, França, Grécia, Itália, Portugal e Reino Unido) depara-se com dificuldades metodológicas ligadas à diversidade das situações encontradas e com a falta de representatividade. Esta última é, evidentemente, muito difícil, ou mesmo impossível de conseguir, nomeadamente, por falta de estatísticas fiáveis sobre esta população. Para além disso, o público-alvo que recorre nesses países aos centros dos Missões dos Médicos do Mundo não é representativo da totalidade dos imigrantes em situação irregular, e esta amostra, não sendo aleatória, pode estar de certo modo enviesada porque estamos apenas perante uma população de

utentes que recorreram aos centros dos Médicos do Mundo e que se declararam em situação irregular. Sabe-se que, por medo, não há muita gente a declarar-se em situação irregular.

A comparação por países torna-se muito difícil. A União Europeia agrupa actualmente 27 países e os sistemas de saúde dos diferentes países da UE são ainda muito díspares, o que reflecte situações muito diversas e difíceis de comparar. Da mesma forma, a história e tipo de fluxos migratórios em cada país europeu dá origem a diferenças importantes e contextos particulares. Encontram-se grandes variações no seio da Europa no que respeita a imigração e também à saúde. Assim, podem-se identificar inúmeras diferenças de um país para o outro, ao nível das populações encontradas, da sua diversidade geográfica e tipologias distintas, das suas problemáticas, das práticas das equipas no terreno, dos contextos, dos meios de intervenção, da definição dos conceitos, do vocabulário utilizado, da língua, das leis, o que pode implicar uma compreensão e uma representação diferentes das situações.

De país para país utilizam-se diferentes termos para caracterizar o facto de aceder aos cuidados de saúde através de uma “cobertura de saúde”: cartão de saúde, cartão de utente, cartão da segurança social, cartão do sistema de saúde, certidão, ajuda médica. No relatório referido utiliza-se o termo cobertura de saúde.

As legislações dos diferentes países europeus relativamente ao acesso a uma cobertura de saúde para os estrangeiros em situação irregular são muito diversas. A legislação Portuguesa que rege o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde é bastante favorável a uma proximidade dos imigrantes com o Sistema Nacional de Saúde. Segundo o relatório dos Médicos do Mundo (Chauvin e Parizot, 2007) os direitos teóricos abrangem a quase totalidade dos indivíduos em Portugal e na prática uma proporção considerável beneficia deles, comparativamente com outros países da União Europeia.

Direitos teóricos e acesso efectivo a uma cobertura de saúde

Países	Direitos teóricos Teoria	Acesso Efectivo Prática
Bélgica e França	Quase totalidade dos indivíduos	Uma ínfima minoria beneficia desses direitos
Itália, Espanha e Portugal	Quase totalidade dos indivíduos	Proporção considerável beneficia deles
Reino Unido	Acesso às consultas de medicina geral	Só têm acesso às consultas de medicina geral; os outros cuidados de saúde não são geralmente cobertos
Grécia	Mais restritivos	Menos acessíveis

Fonte: *Relatório dos Médicos do Mundo, 2007.*

Nestes países, quase 80% dos inquiridos podem, em teoria, beneficiar de cuidados de saúde, mas apenas 24% beneficiam realmente deles. A análise de diferentes indicadores do *Index* de Políticas de Integração de Migrantes (Niessen, 2007) mostra, no entanto, que a maioria dos imigrantes e seus descendentes são afectados por situações de desvantagem relativamente à população dos países de

acolhimento. No caso português, vários indicadores põem em evidência essa desigualdade no domínio do emprego, das condições de habitação, no acesso à educação, saúde e outros aspectos da vida social. Os cidadãos de países terceiros registam uma taxa de desemprego mais elevada do que a dos portugueses, apresentam uma estrutura profissional em que predominam as actividades de baixa qualificação e menores salários; têm piores condições de habitação, e, conseqüentemente, apresentam maior risco de pobreza e exclusão social (Baganha *et al.*, 2002; Fonseca *et al.*, 2002; Malheiros *et al.*, 2007).

Imigrantes irregulares

Apenas um terço dos imigrantes em situação irregular na União Europeia afectados por um problema de saúde crónico beneficia de tratamento; e um em cada dez destes imigrantes viu recusado um tratamento durante um episódio de doença, revelou este estudo. A falta de informação é responsável pelo afastamento destas pessoas dos cuidados médicos, já que mais de metade dos imigrantes dizem que não sabem onde se dirigir. Mas cerca de 25% confessam que têm medo de ser denunciados, e preferem enfrentar a doença a ter de sair do país.

Aos imigrantes irregulares também são associadas nestes diferentes países, diversas designações como “sem papéis”, “ilegais”, “indocumentados” e “sem autorização”. Os imigrantes irregulares são um grupo da população que está sujeito a níveis elevados de vulnerabilidade, numa situação de quase exclusão social e de pobreza. São populações mais vulneráveis, em situações de crise e de exclusão, com dificuldades de acesso à prevenção e aos cuidados de saúde. Essa vulnerabilidade é causadora de uma pior saúde e um pior acesso aos cuidados de saúde, cujos factores de risco conduzem a uma maior exposição a doenças e epidemias. Consideramos que a condição de imigrante à chegada ao país de acolhimento já reflecte alguma vulnerabilidade, apesar de termos visto que para emigrar é preciso reunir as poupanças e a coragem necessárias a um projecto desta envergadura. Após a chegada, mais vulneráveis se tornam os que não possuem documentos e que ficam expostos a uma dupla vulnerabilidade. Urge nesses casos assegurar-lhes e garantir-lhes a condição de regulares, ou seja, “com papéis”, “legais”, “documentados” ou “com autorização”.

Determinantes enquanto obstáculos e “não facilitadores” da integração no acesso à saúde

Os principais determinantes da saúde dos imigrantes prendem-se com aqueles que já foram referidos. Estes podem transformar-se em obstáculos ou barreiras considerando que a maioria dos imigrantes enfrenta inúmeras dificuldades e problemas em inúmeros aspectos, que poderão ter a ver nomeadamente com o acesso à habitação, o emprego, a falta de informação, o desconhecimento dos direitos e dos deveres, assim como a ignorância dos locais onde se devem dirigir e serviços existentes, a falta de cobertura de cuidados de saúde, custos das consultas e dos tratamentos, a necessidade de apoio social e dificuldades financeiras, a falta de documentos (estatuto irregular), uma protecção social limitada, a falta de confian-

ça nos médicos e dificuldade de comunicação ou barreira da língua e barreiras administrativas e burocráticas.

Os imigrantes com estatuto irregular em Portugal, apesar de a lei portuguesa enquadrar os irregulares garantindo-lhes o acesso ao SNS, efectivamente deparam-se com dificuldades quando se dirigem aos serviços públicos de saúde, no acesso a cuidados de saúde, na obtenção do cartão de utente e no pagamento das taxas moderadoras. No mesmo relatório refere-se ainda a recusa de cuidados pelos profissionais, se bem que em Portugal esta recusa ocorra por vezes ao nível do pessoal administrativo que faz o atendimento ao público. Por norma, os médicos e pessoal de saúde não se recusa a tratar ninguém. O comportamento dos administrativos e profissionais de saúde é, na verdade, outro dos factores que pode ser determinante no uso dos serviços. Frequentemente, os profissionais apresentam um limitado conhecimento da legislação ou da sua aplicabilidade, o que se traduz na exclusão das comunidades imigrantes do sistema de saúde. (Wolffers *et al.*, 2003). Temos vindo a constatar que em Portugal registam-se inúmeros casos de obstáculos administrativos em que as equipas de funcionários administrativos se recusam a aceitar imigrantes indocumentados sob falsos pretextos de desconhecimento da lei. No entanto, existem diferenças significativas de um centro de saúde para outro, no que respeita ao conhecimento sobre o direito de acesso ao SNS por parte dos imigrantes irregulares. Alguns centros de saúde parecem desconhecer que os cuidados básicos de enfermagem e a vacinação são gratuitos, enquanto noutros estes direitos são respeitados na prática diária. Além disso, o acesso aos serviços de saúde depende, até certo ponto, da boa vontade dos administrativos e das equipas médicas (Bäckström *et al.*, 2008).

Um outro factor determinante no acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, que se pode tornar num obstáculo para os irregulares é ainda o medo da denúncia, de ser preso ou de ser expulso, o qual impede alguns imigrantes de utilizarem adequadamente os serviços. Também sabemos que a discriminação e a estigmatização são barreiras socialmente produzidas e associadas à situação de imigrante, sobretudo a de irregular, podendo condicionar o acesso à informação e à utilização dos serviços de saúde.

Como vimos na identificação dos determinantes da saúde, o tempo de residência e a duração da estadia no país de acolhimento determinam o acesso efectivo e não meramente teórico a uma cobertura de saúde. A antiguidade de residência no país de acolhimento está relacionada com o tipo de obstáculos referidos. Os principais obstáculos no acesso aos cuidados de saúde evoluem com o passar dos anos sem autorização de estadia no país de acolhimento. No estudo referido (Chauvin e Parizot, 2007) revelam-se as diferenças dos obstáculos com o passar dos anos. No caso dos recém-chegados e dos que estão há pouco tempo no país de acolhimento referem-se o medo da denúncia, as barreiras administrativas, a falta de informação (como o desconhecimento dos direitos e dos locais onde ir para serem tratados), problemas de habitação, horários inadaptados aos dos serviços de saúde, de insuficiência ou mesmo falta de cobertura de cuidados de saúde. Com mais tempo de residência no país de acolhimento realçam-se as barreiras culturais, o medo da discriminação e perduram os obstáculos financeiros. Relativamente às barreiras culturais, ao contrário do que muitos estudos na área da etnicidade, migrações e saúde referem, estas não são referidas como obstáculos

nos primeiros meses da emigração. A barreira cultural, bem como as dificuldades de adaptação linguística, são vividas enquanto obstáculos no acesso aos cuidados de saúde somente alguns anos após a chegada e é sentida ao nível do processo de integração em geral.

Como também é referido no relatório dos resultados do estudo, a percepção do estado de saúde e do risco de estar infectado pode ser diferente, particularmente em função dos grupos migratórios maioritários. Os problemas de saúde mental são relatados a propósito dos requerentes de asilo, das pessoas refugiadas ou dos migrantes sem documentos. Os diversos factores socioeconómicos tais como um baixo rendimento, as condições de vida e de habitação, expõem-nos efectivamente a riscos sanitários importantes. A estes factores juntam-se muitas vezes a situação laboral e a exposição a riscos e doenças profissionais. No contexto da migração e saúde, é cada vez mais consensual que a migração, em si, não representa um factor de risco. No entanto, o tipo de migração, o trânsito e acolhimento, as políticas de imigração e de integração do país de acolhimento e o estatuto legal, sobretudo no caso dos irregulares, podem ser considerados factores de risco ou até de exclusão social, tornando os imigrantes parte de uma população vulnerável com uma limitada capacidade para exercer os seus direitos. Um outro factor de vulnerabilidade associado ao processo migratório é a própria experiência de afastamento do país de origem e a ruptura das relações familiares e sociais (Unaid/IOM, 2001). Essas pessoas, para além de terem sofrido muitas vezes choques e traumatismos consideráveis, vivem em condições muito frágeis e de enorme vulnerabilidade, devido sobretudo ao isolamento social, à ruptura com a família e a perda de redes sociais, o que pode fragilizar ainda mais o seu estado de saúde psicológico.

Desenham-se actualmente políticas europeias de saúde para imigrantes estando Portugal fortemente motivado no sentido de construir uma política a favor da integração dos imigrantes, oferecendo-lhes os mesmos cuidados de saúde e serviços de saúde “universais”. Nesta perspectiva, os responsáveis pela produção de cuidados de saúde, assim como os seus profissionais, deveriam actualizar os seus conhecimentos e documentar-se a fim de poderem interpretar os aspectos ligados às culturas e aumentar a eficácia dos serviços que produzem e que são disponibilizados, aconselhando-se a formação dos profissionais de saúde na área da “saúde e multiculturalidade” para a adopção de práticas de saúde integradoras e culturalmente sensíveis.

Como refere o relatório, a falta de informação é um dos principais obstáculos no acesso a uma cobertura da saúde. As pessoas não estão informadas acerca dos seus direitos. Recomendam-se medidas de veiculação da informação, junto dos imigrantes, relativamente aos seus direitos e deveres com base no “Acesso à saúde por parte dos imigrantes/despacho n.º 25.360/2001”. A par do obstáculo da informação, no acesso a uma cobertura de saúde, encontram-se os obstáculos administrativos. Deve-se igualmente investir na educação, na formação e na divulgação de informação destinados a imigrantes através de medidas e políticas de integração dos que já residem em Portugal. Devem-se desenhar projectos de educação e promoção da saúde, para a população imigrante, tendo em conta as suas particularidades culturais e simbólicas. Deve-se também apostar na criação do Programa de cuidados de saúde a imigrantes do Plano Nacional de Saúde – Programa Nacional de Luta contra as desigualdades em saúde.

Recomendações

Desde 2001 que a lei portuguesa reconhece a estes cidadãos, ao contrário de outros Estados-membros, o direito ao acesso aos cuidados de saúde. O principal problema é que este direito nem sempre é aplicado na prática e a maioria dos imigrantes irregulares não é aceite nos serviços de saúde, que não sabem como os enquadrar no sistema.

Torna-se imprescindível a promoção de políticas de legalização dos imigrantes em situação irregular de forma a eliminar esta barreira da *situação irregular* que só por si, já constitui um obstáculo para a plena integração na sociedade. Os principais obstáculos no acesso aos cuidados de saúde evoluem com o passar dos anos decorridos sem autorização de estadia no país de acolhimento. A situação irregular reflecte-se em todos os domínios da vida de um imigrante: emprego, habitação, serviços sociais, saúde, educação, justiça, tornando-se num ciclo vicioso que vai aumentando as situações de vulnerabilidade, pobreza e de exclusão social. O medo da denúncia, de ser detido e deportado, obriga-o a viver numa situação de clandestinidade e silêncio. Muitas vezes os “irregulares” não utilizam os serviços públicos por receio e não têm o mesmo nível de acesso aos serviços disponíveis para os restantes imigrantes com estatuto legal regularizado e outros cidadãos.

O estatuto de “irregular” funciona por si só enquanto um factor de risco e este estatuto deveria ser o mais curto possível. Como refere MacPherson (2004) a exposição a doenças infecto contagiosas pode ocorrer durante essa fase da migração irregular.

Daqui resulta uma maior utilização de outros serviços prestados pelas ONG, instituições religiosas e associações por parte dos cidadãos em situação irregular.

Para se conseguir uma melhoria significativa da saúde dos migrantes é necessário primeiramente, melhorar as condições de vida, laborais e económicas. Torna-se necessário investir em políticas fora da saúde, ou seja, tomar as medidas necessárias para se atingir uma integração efectiva e plena, começando pela melhoria das condições de vida e de acesso aos cuidados de saúde, proporcionando uma gestão mais eficaz da saúde pública. No Plano Para a Integração dos Imigrantes (PII) (Acidi/Presidência do Conselho de Ministros, 2007) as medidas propostas no plano vão ao encontro das nossas recomendações. Recomendamos que se faça chegar junto dos imigrantes a informação sobre os seus direitos e deveres bem como as condições de acesso aos serviços de saúde tal como as medidas 22 e 23 do PII: “promover a realização de acções de formação, educação e de comunicação para combater a falta de informação dos imigrantes relativamente aos serviços de saúde, incentivando-os a utilizar o Sistema Nacional de Saúde; promover o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde”.

No caso particular dos imigrantes em situação irregular recomenda-se que se divulgue o despacho 25.360 de 2001, tal como na medida 24 do PII “Garantir o acesso à saúde por parte dos cidadãos estrangeiros em situação irregular, nos termos previstos na Lei, através da possibilidade da sua integração no SNS com a apresentação de credencial a emitir pelo ACIDI, I. P., em alternativa ao atestado de residência emitido pelas Juntas de Freguesia, de forma a agilizar a aplicação do Despacho n.º 25 360/2001 do Ministério da Saúde”.

É necessário promover e desenvolver sistemas de informação eficientes, uniformes e possíveis de comparar nos diferentes países da União Europeia bem como desenvolver investigação específica e dirigida sobre a saúde e a migração. A limitação da informação e as questões éticas que a produção de dados levanta constituem um dos problemas da pesquisa neste domínio do conhecimento. Devem-se utilizar populações de referência e amostragens idênticas nos diferentes contextos de forma a comparar resultados ao nível europeu.

Deve-se investir na formação dos profissionais de saúde e no planeamento adequado dos serviços de saúde. A presença de profissionais que dominem as línguas dos imigrantes permite facilitar o acesso das minorias ao sector. O esforço passa pela preparação dos profissionais de saúde para que saibam como lidar com os migrantes não só no que se refere ao trato, à linguagem, à compreensão dos seus valores, das suas atitudes, da sua cultura, mas também em termos técnicos. As medidas 26 e 28 do PII contemplam esta vertente com um plano de Formação para a interculturalidade dos profissionais do Sistema Nacional de Saúde e o desenvolvimento de um Programa de Mediação sociocultural na rede de hospitais e de centros de saúde em territórios com elevada presença de imigrantes, respectivamente. O Plano para a Integração dos Imigrantes, na área da saúde, considera também útil a implementação, na rede hospitalar portuguesa, de referenciais de boas práticas, como por exemplo, o referencial dos “Hospitais Amigos dos Migrantes”, desenvolvido em 12 países europeus. Este referencial visa criar um atendimento mais adequado às necessidades específicas dos imigrantes, através da melhoria da gestão da diversidade e do desenvolvimento de algumas iniciativas para promover conhecimentos nas áreas da interpretação, da formação em competências culturais para o pessoal hospitalar e na delegação de responsabilidades nos cuidados materno-infantis.

O acesso aos serviços de saúde por parte dos imigrantes é influenciado por todos os factores enumerados, tais como as barreiras linguísticas e a iliteracia, mas também em grande parte, pela falta de estatuto legal, o que torna essencial ultrapassar estes obstáculos e garantir uma melhor integração social a fim de se alcançar uma melhoria ao nível da sua saúde. As questões como o desenraizamento, deslocação, inserção social e integração influenciam a saúde. Deve-se procurar melhorar a saúde dos imigrantes através da integração na sociedade e do *empowerment*, em colaboração com os vários sectores: governo, ONG e a sociedade civil. Deve-se, como recomenda o PII, desenvolver parcerias entre Organizações Não Governamentais, o Sistema Nacional de Saúde e outras entidades para a promoção do acesso dos imigrantes e minorias étnicas à saúde¹.

Em suma, só ultrapassando efectivamente todos estes obstáculos se poderá conseguir uma melhoria significativa ao nível do acesso e à continuidade dos cuidados de saúde para a população imigrante regular e irregular.

Ao reflectirmos, por um lado, acerca dos determinantes da saúde e, por outro lado, sobre os obstáculos e/ou barreiras que os imigrantes encontram na sua relação com a saúde, consideramos que estamos a contribuir para uma melhor compreensão desta problemática, assim como para a melhoria das políticas de saúde centradas na população migrante. Para um bom acolhimento e integração dos

¹ Medida 29.

imigrantes, deve-se pensar numa política de integração dos imigrantes, independentemente do seu estatuto jurídico, que seja ampla e multidimensional. Recomenda-se a implementação de práticas culturalmente sensíveis, de iniciativas na área da formação/informação e de acções que envolvam a comunidade e que, em conjunto, contribuam para a plena integração e exercício da cidadania dos imigrantes.

Referências bibliográficas

- Acidi/Presidência do Conselho de Ministros, (2007), *Plano para a Integração dos Imigrantes*. Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, de 3 de Maio.
- Acidi/Presidência do Conselho de Ministros (2008), *Plano para a Integração dos Imigrantes*. Relatório Anual de Execução, Maio 2007-Maio 2008, Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, de 3 de Maio, Lisboa, Julho 2008.
- Bäckström, B.; Carvalho, A.; Inglês, U. (2008), *A Nova Imigração e os Problemas de Saúde em Portugal – O Gabinete de Saúde do Cnai enquanto um observatório para o estudo da saúde dos migrantes em Portugal*, Lisboa.
- Bäckström, B. (2006), *Saúde e Imigrantes. Representações e práticas de saúde e de doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*, Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, IHMT.
- Chauvin, P.; Parizot., I. (2007), *Inquérito Europeu Sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde das Pessoas em Situação Irregular*, Paris, Médicos do Mundo. Observatório Europeu de acesso à Saúde de Médicos do Mundo.
- Germov, J. (1998), *Second Opinion: an introduction to health sociology*, Melbourne, New York, Oxford University Press.
- Gravel, S.; Legault, G. (1996), “Adéquation des services de santé aux jeunes familles immigrantes”, *Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 87, n.º 3: 152-157.
- Gravel, S. et al. (2000), “Culture, santé et ethnicité. Direction de la santé publique”, *Régie Régionale de la Santé et Services Sociaux de Montréal-Centre*, vol. 4, n.º 3, Mai.
- Unaid/IOM (2001), *Migrants’ Right to Health*, Geneva.
- Macintyre, S.; Maciver, S.; Sooman (1993), “Area, class and health: should we be focusing on places or people?”, *Journal of Social Policy*; 22, 2: 213-234.
- MacPherson, D. W.; Gushulak, B. D. (2004), “Irregular migration and health”, *Global Migration Perspectives*, n.º 7, Geneva, Global Commission on International Migration.
- Massé, R. (1995), *Culture et Santé Publique*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- Nettleton, S. (1995), *The Sociology of Health and Illness*, Oxford, Cambridge, Polity Press.
- Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (2007), *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*, Brussels.
- Reijneveld, S. A. (1998a), “Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 298-304.
- Reijneveld, S. A. (1998b), “The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking”, *International Journal of Epidemiology*, 27: 33-40.

- Smaje, C. (1995), *Health, "Race" and Ethnicity: making sense of the evidence*, London: Kings Fund Institute.
- Sousa, J. E. F. de (2006), *Os Imigrantes Ucrânicos em Portugal e os Cuidados de Saúde*, Coleção Teses, n.º 4, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), Março.
- Venema *et al.* (1995), "Health of migrants and migrant health policy, the Netherlands as an example", *Social Science and Medicine*, 41: 809-18.
- WHO (2003), "International migration, health & human rights", *Health & Human Rights, Publication Series*, n.º 4, December.
- Williams, R. (1993), "Health and length of residence among south Asians in Glasgow: a study controlling for age", *Journal of Public Health Medicine*, 15: 52-60.