

Procura de Cuidados e Acesso aos Serviços de Saúde em Comunidades Imigrantes: Um Estudo com Imigrantes e Profissionais de Saúde

Sónia Dias¹, Rita Rodrigues¹, António Silva², Rosário Horta², Helena Cargaleiro²

RESUMO

Neste estudo pretendeu-se descrever as percepções de imigrantes e profissionais de saúde sobre a procura de cuidados de saúde e os factores que influenciam o acesso e utilização dos serviços pelas populações imigrantes.

A recolha dos dados foi efectuada através de grupos focais com amostras intencionais de 20 imigrantes e 32 profissionais de saúde. Realizaram-se seis grupos focais, um com cada grupo de imigrantes (de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, do Brasil e de países da Europa de Leste) e profissionais (médicos, enfermeiros, administrativos). Os dados foram analisados através da análise de conteúdo.

Os resultados revelaram a existência de diferentes padrões de procura de cuidados de saúde, tendo sido descritas situações de utilização regular dos serviços, de uso apenas em situação de urgência e de não utilização. Simultaneamente foi referida a adopção de outras práticas face à necessidade de cuidados de saúde. Nos grupos focais foram apontados como barreiras no acesso e utilização dos serviços a situação irregular, as dificuldades socioeconómicas, o desconhecimento da legislação sobre o acesso, as questões culturais, as atitudes e competências dos profissionais e aspectos relacionados com os serviços.

A procura de cuidados nos serviços de saúde resulta da interacção dinâmica de múltiplos factores que devem ser tidos em conta no planeamento de estratégias para a melhoria da saúde das populações imigrantes. O acesso aos cuidados envolve vários aspectos que não apenas o direito legal. É essencial investir na formação dos profissionais de saúde ao nível do seu conhecimento e competências para lidar com a diversidade cultural, e na divulgação de informação sobre serviços e direitos em saúde nas populações imigrantes.

PALAVRAS-CHAVE: IMIGRANTES; PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE; ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS; PROFISSIONAIS DE SAÚDE; GRUPOS FOCAIS

HEALTH CARE SEEKING AND ACCESS TO HEALTH SERVICES IN IMMIGRANT COMMUNITIES: A STUDY WITH IMMIGRANTS AND HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT

This study aimed to describe the perceptions of immigrants and health professionals regarding health care seeking and the factors that influence access and utilization of health services among immigrants.

Data was collected through focus groups with intentional samples of 20 immigrants and 32 health professionals. Six focus groups were conducted, one with each immigrant group (from Portuguese-speaking African countries, Brazil and Eastern European countries) and health professional group (doctors, nurses, office workers). Data were analyzed using content analysis.

The results revealed the existence of different patterns of health care seeking, having been described situations of regular utilization of health services, use only in an acute condition and non-utilization. Simultaneously, given the need of health care, other practices were reported. In focus groups, some barriers in access and utilization of health services were pointed out, as the irregular status, the socioeconomic difficulties, the lack of knowledge on legislation about access, the cultural issues, the attitudes and competencies of professionals and those related with services.

The seeking of health care at the health services results from the dynamic interaction of multiple factors that should be taken into account in the planning of strategies for improving health of immigrant populations. Access to health care involves several aspects besides the legal right. It is essential to invest in health professionals' training concerning their knowledge and competencies to deal with cultural diversity, and in provision of information about the health services and rights among immigrant populations.

KEY-WORDS: IMMIGRANTS; HEALTH CARE SEEKING BEHAVIOR; ACCESS AND UTILIZATION OF HEALTH SERVICES; HEALTH PERSONNEL; FOCUS GROUPS

INTRODUÇÃO

O progressivo aumento dos fluxos migratórios tem conduzido a um processo contínuo de transformação social nas sociedades europeias¹. Em Portugal, os dados oficiais mais recentes indicam que, em 2008, residiam ou permaneciam de forma regular 443 102 cidadãos estrangeiros, maioritariamente oriundos do Brasil, dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e de países da Europa de Leste².

O fenómeno da imigração tem representado um importante desafio na área da saúde pública, com impacto ao nível das dinâmicas dos serviços de saúde dos países de acolhimento.

A utilização dos serviços é reconhecidamente uma importante condição para a obtenção de ganhos em saúde³. De acordo com vários estudos, a procura de cuidados de saúde pelos imigrantes pode ser influenciada por factores socio-demográficos e económicos como o sexo, a idade, o nível educacional, o estatuto

de imigração, os recursos financeiros e a situação laboral). Outros factores individuais incluem o país de origem, o tempo de residência no país de acolhimento, as crenças culturais e atitudes face à saúde e doença, a percepção sobre a necessidade de utilização dos serviços de saúde, as experiências anteriores, as expectativas e o conhecimento em relação aos mesmos^{4,6}. Por outro lado, diversos factores relacionados com os profissionais de saúde, como as atitudes face aos imigrantes ou a ausência de competências culturais, e os relacionados com os serviços também podem determinar a procura de cuidados⁷⁻⁹.

Em Portugal, a Constituição estabelece que todos os cidadãos, incluindo estrangeiros, têm direito à prestação de cuidados globais de saúde e por esse motivo todos os meios de saúde existentes devem ser disponibilizados na medida exacta das necessidades de cada indivíduo¹⁰. A legislação vigente define ainda que qualquer imigrante que se encontre em território nacional e que precise de cuidados de saúde tem o

1. Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa

2. Ministério da Saúde

direito de ser assistido num centro de saúde ou hospital, independentemente da sua situação socioeconómica, nacionalidade ou estatuto de imigração¹⁰. No entanto, apesar das alterações legislativas registadas na última década que garantem o direito universal ao acesso aos serviços de saúde, vários estudos indicam que para alguns grupos de imigrantes ainda persistem dificuldades no acesso e na utilização dos mesmos¹¹⁻¹³.

Recentemente tem vindo a assistir-se a um acentuado desenvolvimento da investigação na área. Contudo, existem lacunas no conhecimento, nomeadamente sobre os comportamentos de procura de cuidados de saúde, os factores que os influenciam e as dificuldades que persistem quando os imigrantes recorrem aos serviços de saúde. Neste contexto, torna-se pertinente conhecer as experiências e percepções, tanto das comunidades como dos profissionais, sobre os padrões de procura de cuidados de saúde e as questões relacionadas com o acesso e utilização dos serviços. Os estudos qualitativos contribuem para um conhecimento mais aprofundado permitindo aceder a informação que pode ser relevante para a definição de estratégias que visem a melhoria dos cuidados de saúde a estas populações¹⁴.

Este estudo teve como objectivo descrever as percepções dos imigrantes e dos profissionais de saúde sobre a procura de cuidados de saúde e os factores que influenciam o acesso e utilização dos serviços pelas populações imigrantes em Portugal.

MÉTODOS

A recolha dos dados foi realizada através de grupos focais, uma técnica de investigação qualitativa que consiste na realização de sessões de discussão em grupo e que permite conhecer as opiniões do grupo sobre um tema proposto para discussão pelo moderador^{15,16}.

Neste estudo foram utilizadas amostras intencionais constituídas por 20 imigrantes e 32 profissionais de saúde. Realizaram-se seis grupos focais, três com imigrantes e três com profissionais de saúde. Dos grupos com imigrantes, um foi constituído por oito participantes provenientes de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Moçambique, Angola, Cabo Verde e Guiné-Bissau), outro por cinco participantes de países da Europa de Leste (Roménia, Ucrânia e Moldávia) e outro por sete participantes do Brasil. Dos grupos com profissionais de saúde, um foi constituído por 12 médicos, outro por 10 enfermeiros e outro por 10 administrativos).

Para a organização dos grupos focais com imigrantes, em parceria com organizações não governamentais e associações de imigrantes, foram seleccionados

informadores-chave de cada uma das comunidades em estudo que posteriormente foram convidados a participar nas sessões. A escolha destes participantes teve por base serem indivíduos que, pelo tempo de residência, pela sua posição e pelas relações sociais que têm na comunidade, possuíam um conhecimento detalhado sobre a mesma. Em colaboração com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo contactaram-se profissionais de saúde no sentido de os convidar a participar. A escolha destes profissionais teve como critério o facto de serem de serviços de cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo com elevada proporção de utentes imigrantes. Todos os elementos aceitaram participar no estudo, à excepção de dois profissionais de saúde que recusaram por motivos de indisponibilidade de horário.

Para a condução dos grupos focais foram elaborados dois guiões semi-estruturados, um para os grupos com imigrantes e outro para os grupos com profissionais de saúde. O guião para os grupos focais com imigrantes incluiu questões sobre: crenças, atitudes e práticas relacionadas com saúde e doença, percepção do estado de saúde dos imigrantes em geral, procura de cuidados de saúde e factores que condicionam o acesso e a utilização do Serviço Nacional de Saúde. O guião para os grupos focais com profissionais de saúde contemplou questões relacionadas com: conhecimentos, competências e necessidades de formação dos profissionais na área da saúde dos imigrantes, percepção do estado de saúde das populações imigrantes, práticas de saúde e doença adoptadas por estas populações, percepção do utente imigrante, padrões de procura de cuidados de saúde destas populações e factores que condicionam o seu acesso e utilização dos serviços. Neste artigo foram analisados apenas alguns dos temas abordados, nomeadamente os padrões de procura de cuidados de saúde e os factores que condicionam o acesso e a utilização dos serviços pelos imigrantes.

Os grupos focais realizaram-se entre Março e Abril de 2010 no Instituto de Higiene e Medicina Tropical. As sessões tiveram uma duração média de uma hora e trinta minutos. No início de cada sessão foi apresentada informação sobre os objectivos do estudo e a forma de condução das sessões. Cada sessão foi registada em áudio, com o consentimento prévio dos participantes, para otimizar a recolha de dados e facilitar a transcrição das discussões para análise posterior.

Os dados foram analisados através da análise de conteúdo¹⁵⁻¹⁷. As questões teóricas previamente definidas foram analisadas em conjunto com os tópicos gerais explícitos nas discussões de forma a elaborar os primeiros itens para análise. Em seguida seleccionaram-se as questões de maior significado e definiram-se categorias que foram sendo ajustadas à medida que prosse-

guia a análise dos dados, procedendo-se depois à sua codificação. As categorias de análise criadas foram: padrões de procura de cuidados de saúde e factores que condicionam o acesso e utilização dos serviços pelos imigrantes. Na análise dos dados foram consideradas as opiniões individuais, os consensos e as divergências que emergiram nas discussões.

De forma a assegurar o anonimato, todos os participantes são identificados neste trabalho como Africanos, Brasileiros, da Europa de Leste, Médicos, Enfermeiros ou Administrativos.

O consentimento informado escrito e voluntário dos participantes foi obtido com garantia do seu anonimato e da confidencialidade dos dados. O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

RESULTADOS

Os resultados apresentados reflectem as percepções dos grupos de imigrantes e de profissionais sobre as questões relacionadas com a procura de cuidados de saúde e os factores que condicionam o acesso e utilização dos serviços pelos imigrantes.

Padrões de procura de cuidados de saúde

Os participantes expressaram diferentes percepções sobre os padrões de procura de cuidados de saúde pelas populações imigrantes. De acordo com alguns imigrantes, bem como médicos e enfermeiros, estas populações utilizam os serviços de saúde de forma preventiva e regular. Outros participantes manifestaram a opinião de que os imigrantes, especialmente os indocumentados, tendem a utilizar os serviços apenas em situação de urgência. Um grupo salientou que, na sua perspectiva, os imigrantes tendem a não utilizar os serviços: *“uma carrinha foi lá no bairro e apareceram lá pessoas que já estão em Portugal há seis, sete anos e nunca tinham ido ao médico”* (Africano); *“esta população não vai muito ao centro de saúde”* (Enfermeiro).

Alguns africanos referiram práticas de automedicação: *“é que temos a tendência de auto-medicar-nos”* (Africano). Neste grupo também foi abordada a frequente procura de curandeiros: *“noutras situações usando a medicina alternativa (...) estou-me a referir a determinados curandeiros mais velhos.”* (Africano). Os participantes da Europa de Leste reportaram utilizar frequentemente remédios caseiros para o tratamento de certos problemas de saúde devido ao elevado custo dos fármacos: *“A maioria faz estas coisas porque sempre que se entra numa farmácia e se vê os preços de alguns medicamentos, o cabelo fica em pé”*.

Vários participantes referiram que os imigrantes tendem a dar continuidade aos padrões de procura de cuidados de saúde que tinham no país de origem: *“quem nos medica é a farmácia (...) é cultural. No Brasil, (...) é uma prática social completamente diferente, isso pesa”* (Brasileiro); *“as pessoas muitas vezes têm o centro de saúde perto (...) mas para eles não é importante porque os meninos em África andam dois, três, quatro anos sem ir ao médico”* (Enfermeiro). De acordo com um grupo de médicos, os imigrantes da Europa de Leste tendem a seguir as orientações médicas que obtêm no seu país: *“O que eu noto nos dos países de Leste é (...) eles seguem as orientações de lá e não aquelas que eu lhes dou e quando vão de férias os exames são feitos lá, é tudo lá”* (Médico). Os imigrantes brasileiros e da Europa de Leste mencionaram que os seus congéneres utilizam os serviços de saúde do país de origem quando se deslocam nos períodos de férias. Os participantes consideraram que as questões culturais, nomeadamente as diferentes concepções de saúde e doença, influenciam a procura de cuidados de saúde, como mencionado por alguns médicos e enfermeiros: *“se calhar a percepção que os imigrantes têm de saúde e de doença é que é diferente, e voltamos à cultura...”* (Enfermeiro).

Alguns participantes brasileiros e da Europa de Leste referiram ainda que, devido à sua condição de imigrante, por vezes a saúde não é considerada uma prioridade, não sendo adoptadas práticas preventivas: *“quando se está numa situação de busca pela sobrevivência, a saúde fica em segundo plano porque é mais importante chegar e ter um trabalho do que ver se nós estamos sentindo bem ou não”* (Brasileiro).

Em suma foi perceptível que existem diversos padrões de procura de cuidados de saúde e que estas práticas são influenciadas por múltiplos factores.

Factores que condicionam o acesso e utilização dos serviços de saúde

Nos grupos focais, os factores que podem funcionar como barreiras no acesso e na utilização dos serviços foram amplamente discutidos.

Os brasileiros e africanos, bem como os profissionais, apontaram para a existência de dificuldades económicas que se traduzem frequentemente na incapacidade para suportar os custos associados aos cuidados de saúde: *“Quando tentam ter acesso não conseguem porque não têm condições de pagar”* (Brasileiro); *“e o dinheiro?! Quando se pede os 30 e não sei quantos euros, começam os problemas logo ali”* (Administrativo).

Na opinião de alguns participantes, a situação administrativa irregular do imigrante é um obstáculo: *“uma das barreiras é o documento. Quando a pessoa está*

indocumentada (...) não tem direito à saúde” (Africano); *“o próprio acesso é vedado para os que estão em situação irregular (...) chegam e encontram a barreira da inscrição*” (Enfermeiro). Os médicos e enfermeiros salientaram também que o medo de recorrer aos serviços de saúde leva, muitas vezes, à sua não utilização: *“Sei que há pessoas que estão em casa até morrerem porque têm medo de se dirigirem às instituições de saúde”* (Enfermeiro).

Em todos os grupos focais foi apontado o desconhecimento, tanto dos imigrantes como dos profissionais, sobre a legislação que regulamenta o acesso aos serviços e sobre os procedimentos necessários para aceder aos mesmos.

Os participantes de todos os grupos, à excepção dos brasileiros, descreveram dificuldades de comunicação devido a diferenças linguísticas entre o profissional e o utente: *“eles querem comunicar e não conseguem, isso cria às vezes revolta”* (Africano); *“o problema da língua (...) encontram-se com o médico e ele fala rápido (...) e o resultado é nada porque não perceberam nada do que ele disse”* (da Europa de Leste); *“o que acontece frequentemente é a barreira da linguagem”* (Médico).

Em todos os grupos focais foi apontado o desconhecimento dos profissionais sobre práticas culturais e religiosas: *“as enfermeiras decidiram fazer um folheto sobre hábitos alimentares e quando comecei a ler não estava lá nada do que nós comemos.”* (Africano); *“Nós é que ficamos à nora porque não sabemos nada das crenças, nem sabemos nada da cultura que eles têm”* (Médico). Os profissionais salientaram que este desconhecimento pode dificultar a prestação de cuidados de saúde: *“... o nosso desconhecimento da base cultural vai estar sempre muito presente na avaliação que fazemos (...) e não sei até que ponto é que nós próprios não prejudicaremos os utentes”* (Enfermeiro). No decorrer das discussões, participantes de todos os grupos realçaram a existência de dificuldades no relacionamento entre profissionais de saúde e utentes imigrantes: *“... a formalidade ou a distância que se estabelece entre o médico e o paciente”* (Brasileiro), o que na sua opinião está frequentemente associado à falta de sensibilidade para as diferenças culturais: *“não querem perceber, querem impor as regras deles. Não querem perceber que as culturas são diferentes, é assim e pronto”* (Africano); *“do ponto de vista cultural há algumas dificuldades de entender, de querer entender, de arranjar soluções para superar dificuldades”* (Médico); *“preocupa-me essencialmente a falta de sensibilidade dos profissionais para as questões das diferenças culturais e da multiculturalidade”* (Enfermeiro). Pelos discursos de alguns imigrantes constata-se que, muitas vezes, estas dificuldades contribuem para uma menor utilização dos serviços: *“é algo que a pessoa vive uma vez, depois pensa três vezes para ir outra vez, só mesmo se estiver muito necessitado”* (Brasileiro).

As atitudes dos profissionais face ao imigrante foram descritas como um obstáculo: *“O funcionário do balcão é muito pior porque ele é a porta de entrada, é a primeira selecção e geralmente são de uma arrogância...”* (Brasileiro). Os participantes de todos os grupos consideraram que os profissionais de saúde possuem um conjunto de preconceitos relativamente aos imigrantes, tendo sido referida a existência de atitudes discriminatórias: *“O facto de ser imigrante agrava porque existe um preconceito na sociedade contra o imigrante...”* (Brasileiro); *“Eu não sei se os imigrantes não serão tratados um bocadinho como de segunda. Estão mais vulneráveis...”* (Médico).

Alguns africanos e médicos apontaram ainda a falta de prática no diagnóstico e tratamento de doenças tropicais por parte dos profissionais: *“pode ser barreira o não conhecimento dos médicos de doenças africanas, doenças tropicais porque às vezes há coisas que nós temos, que aqui nunca viram”* (Africano).

A referência à falta de recursos humanos foi transversal a todos os grupos focais. Os participantes consideraram que esta lacuna nos serviços condiciona a capacidade de resposta às necessidades dos imigrantes: *“Outra coisa fundamental tem a ver com os recursos humanos (...) é muito bonito nós falarmos na disponibilidade, de ter tempo para saber de que etnia é aquela pessoa mas vamos lá ver!...”* (Enfermeiro); *“... É muito trabalho para muito pouca gente. Estão muito pressionados”* (Africano).

Outro factor apontado como uma dificuldade foi o reduzido horário de atendimento: *“Um dos constrangimentos da população imigrante é o horário de funcionamento das unidades de saúde. Há muitas a fecharem às 18 horas (...) não estão abertas ao fim de semana nem aos feriados”* (Enfermeiro). Alguns participantes referiram a impossibilidade dos imigrantes recorrerem aos serviços devido às exigências das suas vidas profissionais: *“... não vão ao centro de saúde ‘ah, eu trabalho o dia inteiro, mas o centro de saúde só funciona x horas, a médica só me pode atender a tal hora’. Não vão porque não podem mesmo”* (Brasileiro).

No decorrer das discussões foi ainda apontado o excesso de procedimentos burocráticos e o longo tempo de espera para ser atendido: *“... eu queria fazer análises e o médico de família deu-me tantos papeis... não fui mais, pronto”* (da Europa de Leste); *“As Unidades de Saúde Familiar são uma burocracia intensa para os imigrantes (...) Muitos deles nem sequer passam lá”* (Médico).

Em síntese, nos grupos focais foram apontados vários factores que influenciam o acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes em Portugal, como os relacionados com o indivíduo (situação económica e administrativa, desconhecimento sobre a legislação do acesso aos serviços), com os profissionais de saúde (desconhecimento sobre práticas

culturais e religiosas, atitudes face aos imigrantes, falta de prática no diagnóstico e tratamento de doenças tropicais) e com os serviços (falta de recursos humanos, reduzido horário de atendimento, procedimentos burocráticos).

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu conhecer as perspectivas de imigrantes e profissionais sobre a procura de cuidados de saúde e os factores que influenciam o acesso e utilização dos serviços pelos imigrantes em Portugal.

Os resultados revelam que, de acordo com as percepções dos participantes, os imigrantes apresentam diferentes padrões de procura de cuidados de saúde, tendo sido descrita a utilização dos serviços de forma preventiva e regular, para além do uso apenas em situação de urgência ou da não utilização dos serviços. Em parte, estes dados parecem apontar no sentido de uma evolução positiva nos padrões de procura de cuidados de saúde dos imigrantes na medida em que contrastam com estudos anteriores que descreviam que o recurso aos serviços para obtenção de cuidados era maioritariamente realizado em situações de emergência^{13, 18}. Esta mudança pode ser reflexo dos esforços que têm sido desenvolvidos na última década, nomeadamente ao nível das políticas que promovem o acesso aos serviços de saúde e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Nas discussões também foi mencionado que, face à necessidade de cuidados de saúde, os grupos de imigrantes adoptam diferentes práticas, como o recurso à farmácia, à auto-medicação, a tratamentos caseiros e a curandeiros. De acordo com a maioria dos participantes, as práticas que os imigrantes adoptam para obter cuidados de saúde nos países de acolhimento reflectem experiências e especificidades culturais do país de origem. O contexto do país de origem e a etnicidade produzem uma matriz de valores, crenças e concepções de saúde e doença que influencia a interpretação dos sintomas e sua causalidade, bem como a percepção da necessidade de cuidados de saúde e as práticas realizadas^{5, 19, 20}. A interacção entre os factores culturais e as questões relacionadas com a saúde e a procura de cuidados é complexa. Neste contexto, futuras investigações sobre esta temática devem ser desenvolvidas.

Alguns imigrantes brasileiros e da Europa de Leste mencionaram que os seus congéneres preferem obter cuidados de saúde nos serviços dos países de origem. Num estudo anterior realizado com mulheres imigrantes residentes em Portugal foi

descrito o mesmo padrão entre participantes brasileiras²¹. Estas participantes referiram que, muitas vezes, os cuidados de saúde recebidos geram insatisfação pois não correspondem às expectativas que possuem, criadas com base no sistema de valores e padrões de referência do seu país. No mesmo sentido, a literatura tem sugerido que os níveis de desenvolvimento dos sistemas de saúde nos países de origem contribuem para a criação de expectativas e a percepção de satisfação com os serviços nos países de acolhimento^{8, 22}.

Os resultados do estudo indicam que a procura de cuidados nos serviços de saúde resulta da interacção dinâmica de múltiplos factores, suportando outros estudos^{21, 23, 24}. A um nível individual, as condições socioeconómicas desfavoráveis e a precariedade laboral podem limitar a capacidade do imigrante aceder aos serviços e de suportar os custos associados aos cuidados de saúde. Efectivamente, nos grupos focais foi apontada a frequente dificuldade dos imigrantes em realizar exames prescritos e em aderir à terapêutica em caso de doença. Adicionalmente, tal como referido pelos participantes, num contexto de vulnerabilidade social a saúde não é considerada prioritária, o que reduz a adopção de práticas preventivas. Os resultados sugerem assim que potenciais dificuldades no processo de imigração podem ter repercussões no estado de saúde destas populações^{7, 11, 25, 26}.

Por outro lado, vários participantes relataram situações de recusa de atendimento a imigrantes indocumentados, apesar de o actual enquadramento legal estabelecer que todos os indivíduos podem aceder aos serviços de saúde. O fraco conhecimento dos imigrantes e dos profissionais sobre a legislação em vigor foi apontado, de forma consensual, como um factor que tem implicações na aplicação da lei. A reduzida utilização dos serviços por imigrantes que se encontram em situação irregular está muitas vezes também associada ao receio de denúncia às autoridades. Estas situações levam a que estes imigrantes frequentemente utilizem os serviços apenas em situação de urgência, tal como percebido por alguns participantes e referido em estudos anteriores^{11, 27}. Estes dados reforçam a pertinência de desenvolver estratégias que melhorem o conhecimento de todos os intervenientes sobre o direito ao acesso aos serviços, contribuindo para uma maior e mais adequada utilização dos mesmos, principalmente pelos grupos mais vulneráveis^{27, 28}.

Outros factores mencionados nos grupos focais remetem para o contexto de interacção entre imigrantes e profissionais de saúde. As dificuldades de comunicação, relacionadas com diferenças linguísticas, foram expressas por vários participantes. De facto, a barreira da língua dificulta a obtenção de informação e a expressão de necessidades em saúde pelos imigrantes,

bem como o desempenho dos profissionais, nomeadamente ao nível do diagnóstico e da prescrição^{7,12,29}.

No decorrer dos grupos focais foi relatado que os profissionais têm, muitas vezes, um fraco conhecimento sobre práticas culturais e religiosas, o que dificulta a relação entre profissional e utente imigrante e a prática clínica^{7,30}. A dificuldade no diagnóstico e tratamento de doenças tropicais também foi descrita como um obstáculo na prestação de cuidados. Esta situação tem sido referida como um factor com consequências na continuidade da utilização dos serviços^{30,31}.

Nos grupos focais foram ainda descritas dificuldades no relacionamento entre profissionais e imigrantes devido à existência de estereótipos e preconceitos dos profissionais em relação a estas populações. Na opinião de vários participantes, e como sugerido em outros estudos, a atitude face aos imigrantes pode ser reflexo da insuficiente capacidade dos profissionais para lidar com populações culturalmente diversas^{5,27}. Neste contexto será importante melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde na área da saúde e imigração, promover as suas competências culturais, bem como intervir ao nível da desconstrução de estereótipos e da promoção de atitudes positivas face às populações imigrantes^{32,33}. As funções singulares que os administrativos, enfermeiros e médicos desempenham e as suas experiências e contacto específicos com imigrantes traduzem-se em diferentes percepções sobre o acesso e utilização dos serviços pelos imigrantes. De facto, os tópicos em discussão foram explorados nos vários grupos de forma distinta: os administrativos realçaram as questões relacionadas com os procedimentos de acesso aos cuidados, enquanto que os médicos e enfermeiros salientaram o desconhecimento dos profissionais sobre as práticas culturais e religiosas e a sua influência na prestação de cuidados. Estes dados indicam que para a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com populações imigrantes será pertinente considerar as especificidades e necessidades associadas aos seus perfis profissionais.

De uma forma consensual, os participantes apontaram diversos aspectos do funcionamento dos serviços que dificultam a sua utilização, como sejam a falta de recursos humanos, o reduzido horário de atendi-

to e o excesso de procedimentos burocráticos^{8,34}. Resultados semelhantes têm sido documentados em estudos anteriores desenvolvidos na mesma área com a população Portuguesa^{35,36}. As dificuldades socioeconómicas, o funcionamento e a organização dos serviços de saúde condicionam o seu acesso e utilização por parte da população em geral. No entanto, estas dificuldades tendem a afectar de forma diferente os imigrantes uma vez que estas populações encontram-se, muitas vezes, em situação de irregularidade administrativa, de precariedade laboral com elevada carga horária e de menor protecção social^{8,21,34}.

Os resultados obtidos devem ser interpretados tendo em conta as limitações do estudo. A dinâmica de grupo, característica dos grupos focais, pode inibir a expressão individual de opiniões e experiências que não são consistentes com as da maioria do grupo. Dado o processo de selecção dos participantes, as percepções expressas nas discussões podem não representar as das populações de imigrantes e de profissionais. No entanto, os dados apresentados corroboram as conclusões de estudos anteriores no que se refere aos padrões de procura de cuidados de saúde e aos factores que condicionam o acesso e a utilização dos serviços.

O acesso aos cuidados de saúde envolve múltiplos factores e não apenas o direito legal. Entre outros aspectos, é essencial investir na formação dos profissionais de saúde ao nível do seu conhecimento e competências para lidar com a diversidade cultural, bem como na divulgação de informação sobre os serviços e direitos em saúde nas populações imigrantes. A prestação de cuidados deve garantir qualidade clínica, mas também ser sensível e culturalmente adequada. A convergência de percepções dos imigrantes e dos profissionais aponta para a existência de oportunidades de intervenção, em que ambos os grupos poderão estar igualmente motivados para participar. O envolvimento de todos os intervenientes no planeamento de estratégias de melhoria do acesso e utilização dos serviços deve ser incentivado. No conjunto, estas estratégias podem contribuir para a adequação da prestação de cuidados no contexto da imigração e, consequentemente, para a obtenção de ganhos em 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 projecto, especialmente Miguel Lemos, Mário Carreira, Maria Cortes, Violeta Alarcão, Fernanda Silva e Ana Gama.

REFERÊNCIAS

1. Davies A, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of the health of migrants. Geneva: IOM Immigration Health Department; 2009.
2. SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Relatório de actividades 2007: imigração, fronteiras e asilo. Lisboa: Departamento de Planeamento e Formação do SEF; 2008.
3. WHO – World Health Organization. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes - WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007.
4. Becker G, Newsom E. Socioeconomic status and dissatisfaction with health care among chronically ill African Americans. *Am J Public Health* 2003;93(5):742-8.
5. Eshiet M, Parry H. Migrants and health: a cultural dilemma. *Clin Med* 2003;3(3):229-31.
6. Uiters E, Devillé W, Foets M, et al. Use of health care services by ethnic minorities in the Netherlands: do patterns differ? *Eur J Public Health* 2006;16(4):388-93.
7. Scheppers E, Dongen E, Dekker J, et al. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract* 2006;23(3):325-48.
8. Dias S, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res* 2008;8:207. DOI:10.1186/1472-6963-8-207.
9. Peiro MJ, Benedict R. Migration health: better health for all in Europe. Final report "Assisting Migrants and Communities (AMAC): Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities" Project. Brussels: IOM; 2009.
10. ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. Imigração em Portugal: informação útil. Lisboa: ACIDI; 2009.
11. Dias S, Gonçalves A. Migração e saúde. *Migrações* 2007;1:15-26.
12. Fonseca M, Esteves A, McGarrigle J, Silva S. Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *Migrações* 2007;1:27-52.
13. Gonçalves A, Dias S, Luck M, Fernandes J, Cabral J. Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes. *Rev Port Sau Pub* 2003;21(1):55-64.
14. Green J, Thorogood N. Qualitative methods for health research. London: Sage Publications; 2004.
15. Krueger R, Casey M. Focus groups: a practical guide for applied research. 3rd Ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
16. Morgan DL. Focus group interviewing. In: Gubrium JF, Holstein JA, editors. Handbook of interview research: context and method. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2002. p. 141-59.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2007.
18. Freitas C. Identification study: report on Portugal. In: Watters C, Ingleby D, Bernal M, de Freitas C, van Leeuwen M, de Ruuk N, Le Touze D, Venkatesan S, editors. Good practices in mental health and social care for asylum seekers and refugees. Final report of project for the European Commission. Canterbury: University of Kent; 2003.
19. Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J, Task Force on Community Preventive Services. Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;24(3S):68-79.
20. Fuertes C, Laso M. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An Sist Sanit Navar* 2006;29(1):9-25.
21. Dias S, Gama A, Rocha CF. Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: insights from a focus group study. *J Public Health* 2010;18(5):489-96.
22. Gurman TA, Becker D. Factors affecting Latina immigrants' perceptions of maternal health care: findings from a qualitative study. *Health Care Women Int* 2008;29(5):507-26.
23. Derose KP, Bahney BW, Lurie N, Escarce JJ. Immigrants and health care access, quality, and cost. *Med Care Res Rev* 2009;66(4):355-408.
24. Norredam M, Krasnik A, Sorensen TM, Keiding N, Michaelsen JJ, Nielsen AS. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health* 2004;32(1):53-9.
25. Norredam ML, Nielsen AS, Krasnik A. Migrants' access to healthcare. *Dan Med Bull* 2007;54(1):48-9.
26. Judge K, Platt S, Costongs C, Jurczak K. Health inequalities: a challenge for Europe. Discussion paper. London: UK Presidency of the EU; 2006.
27. Ingleby D, Chimienti M, Hatziprokopiou P, Ormond M, de Freitas C. 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; 2005. p. 101-37.
28. Manfellotto D. 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; 2002.
29. Hultsjö S, Hjelm K. Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *Int Nurs Rev* 2005;52:276-85.
30. Esteve M, Cabrera S, Remartinez A, Diaz A, March S. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Aten Primaria* 2006;37(3):154-9.
31. Vázquez-Villegas J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Aten Primaria* 2006;37:249-50.
32. Betancourt J, Green A, Carrillo J, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and healthcare. *Public Health Rep* 2003;118:293-302.
33. Michaelsen J, Krasnik A, Nielsen A, Norredam M, Torres A. Health professionals' knowledge, attitudes and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish Hospital. *Scand J Public Health* 2004;32:287-95.
34. Fennelly K. Listening to the experts: provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees. Malmö: Malmö University; 2004.
35. Cabral MV, Silva PA, Mendes H. Saúde e Doença em Portugal. Lisboa: ICS; 2002.
36. Santos O, Biscaia A, Antunes AR, Craveiro I, Júnior A, Caldeira R, Charondière P. Os centros de saúde em Portugal: a satisfação dos utentes e dos profissionais. Lisboa: Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2007.

Correspondência:

Sónia Dias
Instituto de Higiene e
Medicina Tropical, I00
1349-008 Lisboa

Email:

sfdias@ihmt.unl.pt