

Acesso à saúde por imigrantes com infecção VIH em Portugal



**CENTRO
ANTI-DISCRIMINAÇÃO
VIH E SIDA**



MEMBRO DA **COALITION PLUS**



Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida

Autora:

Ana Luísa Duarte, Ser+, Centro Anti-Discriminação VIH

Co-autores:

João Brito, GAT, Centro Anti-Discriminação VIH

Joana Assunção, GAT, Centro Anti-Discriminação VIH

Pedro Matos Águas, Ser+, Centro Anti-Discriminação VIH

Nota:

Este estudo de investigação foi desenvolvido no âmbito da tese de mestrado da autora, realizada no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, sob orientação de:

Rui Pena Pires, Professor Catedrático

Cláudia Pereira, Investigadora Auxiliar

Publicado por:

SER+ Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida

Rua André Homem, Edifício SER+, nº 60,

2750-783 Cascais,

Portugal

ISBN 978-989-98611-5-2

www.sermais.pt

www.cad.vih.pt

geral.cad@vih.pt

Alguns direitos reservados: Este documento pode ser partilhado, copiado, traduzido, revisto e distribuído livremente, em parte ou no seu todo, mas não para venda ou uso associado a propósitos comerciais.

© 2024 SER+, Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida

Agradecimentos

Para o desenvolvimento deste estudo foi essencial a colaboração dos vários profissionais que aceitaram partilhar as suas ideias e experiências acerca deste assunto, ajudando a dar corpo à presente investigação, nomeadamente Joana Bettencourt (DGS- PNISTVIH), Helena Cortes Martins (INSA), Luís Mendão e Willian Gomes (GAT), bem como aos que integraram os grupos focais, partilhando a sua visão e deixando importantes contributos para melhorar o acesso à saúde dos imigrantes com VIH em Portugal.

Também a colaboração de várias organizações a nível nacional na divulgação deste estudo pelos seus utentes, membros e associados, foi crucial, ficando um agradecimento especial às que contribuíram diretamente na aplicação dos questionários:

- AHSeAS - Associação Humanitária de Saúde e Apoio Social
- AJPAS - Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde
- Abraço - Associação de Apoio a Pessoas com VIH/SIDA
- Associação Existências
- Fundação Portuguesa a Comunidade Contra a Sida
- GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos
- MAPS - Movimento de Apoio à Problemática da Sida
- Opus Diversidades
- Passo a Passo - Associação de Ajuda Psicossocial
- Ser+ - Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida

Por fim, aos principais protagonistas deste estudo, os imigrantes que vivem com VIH em Portugal, que tiveram a paciência e disponibilidade para preencher mais um questionário, acreditando que a partilha da sua experiência pode ajudar a melhorar as políticas e práticas atuais, facilitando o acesso à saúde aos atuais e futuros imigrantes no nosso país.

Resumo

O crescente fluxo migratório e o aumento de novos diagnósticos de VIH nos imigrantes em Portugal fazem com que o tema do acesso à saúde desta população seja cada vez mais pertinente, com implicações na saúde dos próprios e na saúde pública. Apesar de a nossa legislação promover o acesso universal à saúde, este direito sofre influência de muitos outros fatores (*determinantes*) que importa conhecer para promover o desenvolvimento de políticas e práticas verdadeiramente integrativas. Com este objetivo foi realizada a presente pesquisa que utilizou uma metodologia mista de investigação, qualitativa e quantitativa: 1) grupos focais (com profissionais de saúde e colaboradores de ONG), e 2) inquérito por questionário, aplicado a nível nacional a 407 imigrantes com VIH residentes em Portugal.

Os resultados encontrados permitiram identificar uma maior vulnerabilidade dos imigrantes com VIH face aos nacionais, revelando que mais de metade já experienciaram diversos obstáculos no acesso e utilização dos serviços de saúde. Os determinantes identificados coincidem em grande parte com os referidos na literatura para os imigrantes em geral, incluindo fatores inerentes aos indivíduos, aos profissionais de saúde e sua relação com os utentes, e questões estruturais do SNS. Verificou-se ainda que os fatores que influenciam o acesso e utilização dos serviços gerais de saúde não são totalmente coincidentes com os relacionados com a retenção nos cuidados de VIH, permitindo identificar grupos e áreas prioritárias de intervenção. Os resultados obtidos são concretizados no final em recomendações concretas ao governo e administração central, aos serviços de saúde e às organizações comunitárias.

Palavras-chave: Migrações; Saúde; Integração; Infecção VIH

Abstract

The growing migratory flow and the increase in new HIV diagnoses among immigrants in Portugal make the issue of access to healthcare for this population increasingly relevant, with implications for their own health and for public health. Although our legislation promotes universal access to health, this right is influenced by many other factors (*determinants*) that are important to know in order to promote the development of truly integrative policies and practices. With this objective, this research was carried out using a mixed qualitative and quantitative research methodology: 1) focus groups (with healthcare professionals and NGO collaborators), and 2) questionnaire survey, applied nationally to 407 immigrants with HIV resident in Portugal.

The results found allowed us to identify a greater vulnerability of immigrants with HIV compared to nationals, revealing that more than half have already experienced various obstacles in accessing and using health services. The identified determinants largely coincide with those referred to in the literature for immigrants in general, including factors inherent to individuals, to healthcare professionals and their relationship with users, and structural issues of the national healthcare service. It was also found that the factors that influence access to and use of general health services do not fully coincide with those related to retention in HIV care, allowing the identification of priority groups and areas for intervention. The results obtained are ultimately translated into concrete recommendations to the government and central administration, healthcare services and community organizations.

Keywords: Migration; Health; Integration; HIV infection

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract	iii
Índice	iv
Índice de figuras.....	vii
Índice de quadros	vii
Glossário de siglas.....	viii
INTRODUÇÃO.....	1
1. CONTEXTO.....	4
1.1. Migrações e saúde.....	4
1.2. Infecção VIH.....	5
1.3. Direito à saúde dos imigrantes: enquadramento político-legal	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1. Determinantes da saúde dos migrantes	9
2.2. O caso particular da infeção VIH.....	11
2.3. Barreiras no acesso à saúde de imigrantes com VIH.....	12
2.4. Fatores facilitadores no acesso à saúde de imigrantes com VIH	14
2.5. Acesso inicial aos serviços de saúde vs Utilização e retenção nos cuidados.....	14
3. METODOLOGIA.....	16
3.1. Grupos Focais	16
3.1.1. Participantes e técnica de amostragem.....	16
3.1.2. Guião dos Grupos Focais.....	17
3.1.3. Fases de implementação	17
3.1.4. Análise de conteúdo	18
3.2. Inquérito por questionário.....	18
3.2.1. Participantes e técnica de amostragem.....	19
3.2.2. Questionário	20
3.2.3. Fases de implementação	20
3.2.4. Análise de dados	21
3.3. Considerações éticas.....	21
3.4. Limitações metodológicas.....	22
4. RESULTADOS.....	22
4.1. Grupos Focais	23
4.1.1. Análise genérica do discurso.....	23

4.1.2. Barreiras no acesso e retenção nos cuidados de saúde dos imigrantes com VIH	23
4.1.3. Fatores facilitadores e boas práticas.....	28
4.1.4. Sugestões / recomendações	31
4.2. Inquérito por Questionário	32
4.2.1. Secção A: informação sobre si	32
4.2.2. Secção B: processo de imigração	33
4.2.3. Secção C: cultura e crenças sobre saúde	34
4.2.4. Secção D: acesso aos serviços de saúde	35
4.2.5. Secção E: utilização dos serviços de saúde	36
4.2.6. Secção F: tratamento do VIH	37
4.2.7. Secção G: experiências com os serviços de saúde	38
4.2.8. Secção H: fatores facilitadores do acesso	39
4.2.9. Fatores correlacionados com o primeiro acesso aos serviços de saúde	40
4.2.10. Fatores correlacionados com a utilização e retenção nos serviços de saúde	42
5. DISCUSSÃO	45
5.1. Barreiras no acesso à saúde de imigrantes com VIH.....	46
5.2. Fatores facilitadores no acesso à saúde de imigrantes com VIH	47
5.3. Acesso inicial aos serviços de saúde vs utilização e retenção nos cuidados	49
5.4. Determinantes do acesso à saúde dos imigrantes com VIH em Portugal	51
CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	53
Recomendações ao Governo e Administração	56
Recomendações aos serviços de saúde	58
Recomendações às organizações da sociedade civil.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS.....	67
ANEXO A. Acesso à saúde de migrantes: Instrumentos do Direito Internacional.....	68
ANEXO B. Acesso à saúde de migrantes, em Portugal: Legislação nacional de referência	72
ANEXO C. Matriz do Guião dos FG	75
ANEXO D. Consentimento Informado - Grupos Focais	78
ANEXO E. Lista de códigos e sua frequência, usada na análise de conteúdo.....	79
ANEXO F. Questionário do Estudo	80
ANEXO G. Protocolo do Estudo.....	90
ANEXO H. Matriz de Códigos do Grupos Focais'	91
ANEXO I. Matriz de Conexões entre Códigos.....	92
ANEXO J. Gráficos e tabelas correspondentes aos dados sociodemográficos dos participantes no questionário.....	93
ANEXO K. Gráficos correspondentes aos dados relativos ao processo de imigração dos participantes no questionário.....	95

ANEXO L. Comparação entre os imigrantes originários da África subsariana e da América Latina, constantes da amostra	96
ANEXO M. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Ter número de utente”	97
ANEXO N. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Tempo entre precisar de ir a um serviço de saúde em Portugal e ter sido atendido por um médico”	98
ANEXO O. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Dificuldade de acesso aos serviços de saúde em Portugal (auto-perceção)”	99
ANEXO P. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Tempo até à primeira consulta médica de VIH, em Portugal”	100
ANEXO Q. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Utilização dos serviços de saúde nos últimos 12 meses”	101
ANEXO R. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Utilização da urgência num hospital público”	102
ANEXO S. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Utilização de consulta de especialidade (sem ser de VIH) num hospital público”	103
ANEXO T. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Utilização de consultas programadas no Centro de Saúde”	104
ANEXO U. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Necessidades de saúde não satisfeitas”	105
ANEXO V. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Não estar em tratamento para o VIH ou ter interrompido nos últimos 12 meses”	106

Índice de figuras

<i>Fig 4.1.</i> Crenças e conhecimentos sobre saúde/VIH (% inquiridos que concorda com as afirmações)	34
<i>Fig 4.2.</i> Estigma interno e estigma percebido (% inquiridos que concorda com as afirmações)	34
<i>Fig 4.3.</i> Local do primeiro acesso a serviços de saúde em Portugal	35
<i>Fig 4.4.</i> Razão do primeiro acesso a serviços de saúde em Portugal	35
<i>Fig 4.5.</i> Tempo entre precisar de ir ao serviço de saúde e ser atendido por um(a) médico/a	36
<i>Fig 4.6.</i> Grau de dificuldade para aceder aos serviços de saúde em Portugal	36
<i>Fig 4.7.</i> Utilização dos diferentes serviços de saúde, em Portugal	36
<i>Fig 4.8.</i> Razões subjacentes às necessidades médicas não satisfeitas	37
<i>Fig 4.9.</i> Acompanhamento médico para VIH em Portugal	37
<i>Fig 4.10.</i> Tempo até à primeira consulta VIH em Portugal	37
<i>Fig 4.11.</i> Razões para não tomar ou ter interrompido a medicação para o VIH	38
<i>Fig 4.12.</i> Experiência com os serviços de saúde em Portugal	39
<i>Fig 4.13.</i> Dificuldades na relação com os profissionais de saúde	39
<i>Fig 4.14.</i> Obstáculos experienciados no acesso e/ou utilização dos serviços de saúde em Portugal	39
<i>Fig 4.15.</i> Apoio recebido para aceder aos serviços de saúde em Portugal	40
<i>Fig 4.16.</i> Inquiridos com número de utente, por tempo de residência em Portugal	41
<i>Fig 4.17.</i> Inquiridos com número de utente, por país de origem (região)	41
<i>Fig 4.18.</i> Nível de dificuldade no acesso aos serviços de saúde em Portugal, por zona de residência	41
<i>Fig 4.19.</i> Utilização dos serviços de urgência, consulta de especialidade e consulta no Centro de Saúde, por situação administrativa no país	43
<i>Fig 4.20.</i> Necessidades de saúde não satisfeitas, por tipo de obstáculos experienciados nos serviços de saúde em Portugal	43

Índice de quadros

<i>Tabela 5.1.</i> Fatores associados aos vários níveis de acesso aos serviços de saúde em Portugal encontrados no presente estudo	51
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Glossário de siglas

ACM	Alto Comissariado para as Migrações
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CNAIM	Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes
DGS	Direção-Geral da Saúde
GF	Grupos Focais
HSH	Homens que têm sexo com homens
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
MIPEX	Índice de Políticas de Integração de Imigrantes (no original: <i>Migrant Integration Policy Index</i>)
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIM	Organização Internacional para as Migrações (no original: <i>IOM - International Organization for Migration</i>)
ONG	Organizações Não Governamentais
PNISTVIH	Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e infeção pelo VIH
PS	Profissionais de saúde
Pt	Portugal
PUD	Pessoas que usam ou usaram drogas
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
Trans	Pessoa(s) transgénero / não binária(s)
TS	Trabalhadores do sexo / Pessoas que fazem ou fizeram trabalho sexual
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/Sida (no original: <i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>)
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como tema central o **“Acesso à saúde por imigrantes com infeção VIH em Portugal”**. Insere-se no tema global da integração dos imigrantes na sociedade de acolhimento, considerando especificamente a saúde, uma das áreas fundamentais de integração. É analisada, em particular, a situação dos imigrantes com VIH, aplicada ao contexto português. Este tema ganha especial relevo na atualidade, tendo em conta o progressivo aumento da população imigrante, na Europa e no nosso país (IOM, 2021; SEF, 2022), e a expressão crescente de imigrantes nos novos diagnósticos VIH em Portugal (DGS & INSA, 2022; Nöstlinger, 2022). De facto, há evidência que os imigrantes são desproporcionalmente afetados por esta infeção, adquirindo-a maioritariamente após iniciar o processo migratório, e obtendo piores resultados em saúde em todo o contínuo de cuidados para a infeção VIH¹ (WHO & ECDC, 2022; Nöstlinger et al., 2022; Yin et al., 2021; ECDC, 2020; entre outros). Esta questão assume especial relevo pois diagnosticar e tratar as pessoas que vivem com VIH é crucial para quebrar a cadeia de transmissão (Deblonde, 2015; Op de Coul et al., 2015).

Deste modo, o compromisso mundial de alcançar e cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e “não deixar ninguém para trás” só será concretizado se as necessidades dos migrantes forem seriamente consideradas e abordadas, promovendo um ambiente legal seguro e favorável e defendendo os seus direitos (UNAIDS, 2019). O direito à saúde é um dos direitos humanos fundamentais, estando contemplado no ODS 3² e em vários instrumentos legais (a nível nacional e internacional), sendo um dos indicadores de integração dos imigrantes nos países de acolhimento (Dias et al., 2018; Oliveira & Gomes, 2018; Oliveira, 2021). Assume especial relevância nos casos em que os migrantes têm doenças crónicas como a infeção VIH, podendo o não acesso aos cuidados de saúde assumir graves consequências para a sua saúde, e para a saúde pública (UNAIDS, 2018).

Os estudos desenvolvidos sobre migrações e saúde em Portugal revelam que a saúde dos imigrantes começa por apresentar indicadores mais favoráveis que os naturais portugueses, tendendo, no entanto, a degradar-se com o tempo, devido à exposição continua a diversos fatores adversos (Oliveira 2022; Oliveira, 2021; Dias et al., 2018; Oliveira & Gomes, 2018; Silvestre 2010; Estrela, 2009). A estes fatores que influenciam o acesso aos cuidados de saúde, ou em geral, o estado de saúde das pessoas, é usualmente dado o nome de *Determinantes da Saúde*, podendo incluir fatores sociais e económicos, o ambiente físico, e características e comportamentos individuais (WHO, 2017). Os determinantes que afetam a saúde dos imigrantes parecem ser semelhantes aos identificados para a

¹ O *contínuo de cuidados* na área do VIH, ou *cascata de tratamento*, relaciona-se com as metas estabelecidas pela UNAIDS dos 95-95-95: que 95% das pessoas que vivem com infeção conheçam o seu estatuto serológico; que destas, 95% estejam em tratamento; e que destas, 95% estejam com carga viral indetetável (UNAIDS, 2014).

² ODS 3 – Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todas as pessoas;

<https://ods.pt/>

restante população (WHO & ECDC, 2022; Nöstlinger et al., 2022; Gogishvili et al., 2021; ECDC, 2020; entre outros), podendo, no entanto, ter um maior impacto nestas pessoas, em particular, nas que vivem com infeção VIH, pelo acumular de fatores de vulnerabilidade (Gomes, 2020). Esta evidência decorre essencialmente de estudos internacionais, ficando a dúvida se a realidade nacional será semelhante. Os poucos estudos realizados em Portugal sobre o tema confirmam a elevada prevalência de VIH nos imigrantes, com desconhecimento frequente do seu estatuto serológico, e menor utilização dos serviços de saúde, sendo identificados alguns fatores de vulnerabilidade (e.g. baixo nível de conhecimentos sobre VIH e sobre os serviços, insegurança socioeconómica, estar em situação irregular no país e pertencer às populações vulneráveis para o VIH) (Dias et al., 2020a; Dias et al., 2020b; Dias et al., 2019; Dias et al., 2017; Dias, 2015; Baleizão, 2010). Existe também pouca informação sobre as diferenças e semelhanças entre os fatores que influenciam o primeiro acesso aos serviços de saúde e os que afetam a sua utilização continuada e a retenção nos cuidados ao nível do VIH (especialmente relevantes tratando-se de uma doença crónica), bem como sobre os fatores que facilitam este acesso.

É assumido que uma melhor compreensão dos determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde na população imigrante é de grande utilidade para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde mais adequados e igualitários (Oliveira, 2021; ERS, 2015), e no caso específico da infeção VIH, para compreender os fatores associados à perda no seguimento das pessoas nas várias fases do contínuo de cuidados (Tanser et al., 2015), pelo que, para este estudo, foi definida a seguinte questão de investigação: ***“Quais os determinantes do acesso à saúde dos imigrantes com infeção VIH, em Portugal, e qual a sua influência na utilização dos serviços de saúde?”***

Dentro desta questão, e tendo em conta as lacunas no conhecimento atual no âmbito desta temática, são definidas três sub-questões: ***1) os obstáculos dos imigrantes com VIH no acesso e utilização dos serviços de saúde em Portugal são equivalentes aos dos imigrantes que não vivem com esta infeção, já identificados na literatura?; 2) Que fatores estão associados a um melhor acesso e utilização dos serviços de saúde /retenção nos cuidados, por parte de imigrantes com VIH?; 3)Os fatores que dificultam e facilitam o primeiro acesso aos cuidados de saúde são semelhantes aos que influenciam o acesso continuado e retenção nos cuidados?***

Com a resposta às referidas questões de pesquisa, este estudo pretende atingir dois objetivos: 1) identificar e analisar os determinantes associados a uma maior dificuldade ou facilidade tanto no primeiro acesso, como na utilização dos serviços de saúde / retenção nos cuidados, por parte de imigrantes com infeção VIH, em Portugal; e 2) produzir recomendações sustentadas e direcionadas, ao nível de políticas e práticas que facilitem o acesso à saúde de imigrantes com VIH, em Portugal.

Nos dois primeiros capítulos é feito um enquadramento geral sobre migrações, saúde e VIH, incluindo dados atuais, informação científica e legislativa, e orientações políticas e programáticas, seguindo-se uma revisão de literatura onde são especificados com mais detalhe os estudos desenvolvidos nesta área e principais resultados encontrados. Segue-se a descrição da metodologia

utilizada, que se centra em dois métodos de investigação: 1) a realização de dois grupos focais (um com profissionais de saúde e outro com colaboradores de ONG de apoio a imigrantes e/ou pessoas com VIH), e 2) a aplicação de um inquérito por questionário, a nível nacional, a uma amostra de 407 imigrantes com VIH, residentes em Portugal.

Os capítulos 4 e 5 são dedicados à apresentação e discussão dos resultados encontrados com ambos os instrumentos. Foi visível uma maior vulnerabilidade dos imigrantes com VIH face aos nacionais, revelando maior taxa de desemprego, menor suporte social e mais necessidades de saúde não satisfeitas. Apesar da grande maioria dos imigrantes inquiridos já ter recorrido a serviços de saúde em Portugal, fazendo uma avaliação positiva dos mesmos, 56% experienciaram diversos obstáculos no acesso e utilização destes serviços. Os fatores que se mostraram relevantes no acesso aos cuidados de saúde coincidem em grande parte com os identificados na literatura para os imigrantes em geral, incluindo determinantes inerentes aos imigrantes e sua posição social (características sociodemográficas, tempo e local de residência no país, situação administrativa, mobilidade, pertença às populações vulneráveis para o VIH, conhecimento sobre os seus direitos e modo de funcionamento do SNS, literacia face à saúde e VIH, estigma interno e percecionado, segurança financeira e suporte social), fatores associados aos profissionais e sua relação com os utentes (conhecimento da legislação em vigor e procedimentos associados, diferenças culturais e atitudes negativas face à imigração e ao VIH, quebra de sigilo profissional e dificuldades de comunicação inerentes às diferenças linguísticas), e fatores estruturais, associados ao SNS e sistema legal em vigor (complexidade das regras e documentação exigida, sistemas informáticos que dificultam a aplicação da legislação, e aspetos relacionados com a acessibilidade, disponibilidade e capacidade de resposta dos serviços. Este estudo permitiu ainda verificar que nem todos os fatores exercem influencia ao mesmo nível, tendo sido possível compreender que os que influenciam o acesso e utilização dos serviços de saúde gerais não são coincidentes com os relacionados com a retenção nos cuidados de VIH.

No capítulo final são elencadas as principais conclusões do estudo, salientadas algumas questões que ficam por responder, merecendo investigação futura mais aprofundada, e analisada a implicação que os resultados encontrados podem ter na definição das políticas públicas, sendo proposto que ao nível do acesso e utilização dos serviços gerais de saúde, seja dada especial atenção aos imigrantes recém-chegados a Portugal, aos que estão em situação irregular no país e aos que pertencem às populações vulneráveis para o VIH, enquanto que ao nível da retenção nos cuidados de VIH, o foco seja posto nos imigrantes com maiores dificuldades económicas, menor rede social de suporte, e pouca literacia em saúde e VIH. Por fim são deixadas diversas recomendações (fundamentadas pelos resultados do estudo), ao Governo e administração, aos serviços de saúde, e às organizações da sociedade civil, de medidas que poderão implementar para facilitar o acesso e a utilização dos serviços de saúde / retenção nos cuidados, dos imigrantes em Portugal, em particular os que vivem com VIH.

1. CONTEXTO

Neste capítulo é feito o enquadramento estatístico dos imigrantes no contexto europeu e nacional, bem uma contextualização sobre a infeção VIH, com dados epidemiológicos gerais e específicos da população imigrante. De seguida é apresentada a principal legislação existente sobre imigrantes e VIH.

1.1. Migrações e saúde

A migração é um dos maiores desafios a nível global. Estima-se que em 2020 existiam cerca de 281 milhões de migrantes internacionais, representando 3,6% da população mundial (IOM, 2021). Este número tem vindo a subir nas últimas cinco décadas, apesar de a percentagem relativa de migrantes internacionais se manter relativamente estável, flutuando entre 2,7% e 3,3% da população mundial (entre os anos de 1950 e 2017) (De Haas et. al., 2019; IOM, 2021). Já na Europa, o aumento relativo da população migrante é bastante expressivo, contando atualmente com 87 milhões de migrantes (31% do total de migrantes internacionais), que representam 12% da população europeia (IOM, 2021).

A mesma tendência verifica-se em Portugal, apontando os dados mais recentes para 698.887 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência em 2021 (aumento de 5,6% face a 2020), que representam 6,8% da população residente, mantendo-se a tendência crescente dos últimos anos (SEF, 2022; Oliveira, 2022). A nacionalidade mais representada é a brasileira (29%), seguindo-se o Reino Unido (6%), sendo a maioria população potencialmente ativa (76% têm entre 20 e 64 anos). Grande parte concentra-se nas zonas urbanas do litoral do país (67% estão registados nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal) (SEF, 2022; Oliveira, 2022). Note-se que os dados do SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) se referem apenas a cidadãos estrangeiros, não englobando todos os que, tendo nascido noutro país, adquiriram, entretanto, nacionalidade portuguesa. Se nos reportarmos a nascidos no estrangeiro a percentagem sobe para 11,5% dos residentes em Portugal (Oliveira, 2022).

Mesmo sendo a imigração no nosso país maioritariamente económica e essencialmente composta por pessoas jovens e ativas, os fluxos migratórios constituem sempre um desafio de saúde pública, tanto pela pressão que exercem nas dinâmicas dos serviços de saúde, como pelo seu impacto na saúde das populações migrantes (Dias et al., 2018; Oliveira, 2021). Por outro lado, os problemas de saúde podem constituir um obstáculo fundamental à integração dos imigrantes, com consequências em quase todas as áreas da sua vida (trabalho, ensino, socialização, etc.) pelo que o acesso e a proteção da saúde dos imigrantes são atualmente reconhecidos como indicadores de integração nas sociedades de acolhimento³ (Dias et al., 2018; Oliveira & Gomes, 2018; Oliveira, 2021).

³ Clarificados em 2010 na Declaração de Zaragoza, os *indicadores de integração de imigrantes* estão organizados em quatro dimensões – emprego, educação, inclusão social e cidadania ativa.

Portugal é considerado um país com uma abordagem abrangente de integração, que garante a igualdade de direitos, oportunidades e segurança para estrangeiros e nacionais, ocupando atualmente a terceira posição global na avaliação do Índice de Políticas de Integração de Imigrantes (MIPEX 2020⁴) com uma pontuação de 81 em 100, entre os 56 países avaliados. No entanto, no que diz respeito à área da saúde, Portugal obteve apenas 65 pontos, ficando em 17º lugar (Solano & Huddleston, 2020), mostrando que há ainda muito trabalho para fazer neste domínio.

1.2. Infecção VIH

A infecção por VIH (vírus da imunodeficiência humana) causa uma diminuição progressiva do sistema imunitário podendo levar ao estadió de SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida), e conseqüentemente à morte. A sua infecciosidade é baixa, sendo o vírus transmitido exclusivamente por contacto sexual, sanguíneo e de mãe para filho (na gravidez, parto ou amamentação), pautando-se usualmente por uma evolução lenta, sem sintomas específicos durante vários anos (SNS24, 2021).

Não existe ainda cura ou vacina, mas o tratamento antirretroviral disponível atualmente é altamente eficaz, contribuindo não só para aumentar a qualidade e esperança média de vida das pessoas infetadas, mas evitando a transmissão do vírus a terceiros ao suprimir a carga viral (UNAIDS, 2018). Por esta razão, uma das grandes metas estabelecidas pela UNAIDS para acabar com a epidemia da SIDA até 2030 (constantes nos objetivos a atingir até 2025) são os chamados 95-95-95, relacionados com o continuo de cuidados / cascata de tratamento (que 95% das pessoas que vivem com infecção VIH conheçam o seu estatuto serológico; que destas, 95% estejam em tratamento; e que destas, 95% estejam com carga viral indetetável) (UNAIDS, 2014; UNAIDS 2021). Tendo em conta que a maioria das pessoas que contribui (involuntariamente) para a transmissão da infecção são as que não estão em tratamento (tendo, por isso, carga viral detetável), diagnosticar precocemente e promover a adesão terapêutica, é um passo essencial no combate ao VIH (Deblonde et al., 2015; Op de Coul et al., 2015).

Estima-se que vivam atualmente no mundo cerca de 38 milhões de pessoas com VIH (54% no este e sul de África) mas apenas 74% têm acesso à terapêutica antirretroviral, tendo sido registadas, em 2021, 1,5 milhões de novas infeções VIH e 650 mil mortes relacionadas com a SIDA (UNAIDS, 2022). Em Portugal foram notificados em 2021, 933 novos diagnósticos e 150 óbitos relacionados com a infecção (DGS & INSA, 2022). Apesar de apresentar uma tendência decrescente, a taxa nacional de novas infeções (8,7 casos por 100 mil habitantes em 2020/2021) continua a ser quase o dobro da taxa da União Europeia (DGS & INSA, 2022), mantendo-se o VIH integrado num programa de saúde prioritário da Direção-Geral da Saúde⁵ (DGS). O peso da imigração sente-se também nesta área, com cerca de metade (46%) dos novos diagnósticos em 2020/21 em Portugal a ocorrerem em pessoas

⁴ <https://www.mipex.eu>, acessido em 24 de março 2023.

⁵ <https://www.dgs.pt/programa-nacionaistvih.aspx>

nascidas fora do país (nomeadamente África subsariana e América Latina), tendência que tem vindo a acentuar-se nos últimos anos (DGS & INSA, 2022). Este dado segue a tendência da União Europeia, onde 42% dos novos diagnósticos em 2021 ocorreram em migrantes (WHO & ECDC, 2022).

Estimativas nacionais atuais apontam para que vivam atualmente em Portugal cerca de 41 889 pessoas com infeção VIH ⁶, sendo cerca de um quarto (11 784) imigrantes, com idade mediana de 49 anos, maioritariamente do sexo masculino (58%) e oriundos de países da África subsariana (63%) (essencialmente dos PALOP), seguindo-se a América Latina (21%) (essencialmente Brasil) ⁷.

A perceção de que os migrantes necessitam de respostas específicas no âmbito da infeção VIH, levaram a que em 1999 a UNAIDS e a OIM (Organização Internacional para as Migrações) estabelecessem um acordo de cooperação para promover o acesso a serviços de prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao VIH para migrantes, populações móveis e pessoas afetadas por emergências humanitárias, acordo este renovado em dezembro de 2017 (UNAIDS, 2019). Nele recomenda-se que os países desenvolvam políticas e estratégias de prevenção e acesso aos cuidados de saúde para a população imigrante, diminuindo os riscos de infeção por VIH e garantindo o acesso universal ao tratamento (ECDC & WHO, 2018). A noção de que as desigualdades existentes não só entre países, mas dentro do mesmo país, são um dos principais obstáculos à eliminação da epidemia, está também na base da nova estratégia delineada pela UNAIDS 2021-2026 de “*Acabar com as desigualdades. Acabar com a SIDA*”, nomeadamente na prioridade estratégica nº1 “*Maximizar o acesso igualitário aos serviços e soluções na área do VIH*” (UNAIDS, 2021).

1.3. Direito à saúde dos imigrantes: enquadramento político-legal

O direito à saúde surge como direito fundamental e universal, em 1946, na *Constituição da Organização Mundial de Saúde* e em 1948 na *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (artigo 25) (ver Anexo A⁸). Desde então, tem sido elencado em vários instrumentos do Direito Internacional, sendo de destacar o *Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais* (artigo 12^o), complementado pelo *General Comment No. 14* (em 2000), onde são elencadas *guidelines* para assegurar que as populações mais vulneráveis (incluindo os migrantes em situação irregular) beneficiam efetivamente de padrões de saúde elevados. Consta ainda de diversos instrumentos regionais (Europa) como a *Carta Social Europeia*, em 1961 (artigo 11.^o e 13.^o) e a *Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia*, em 2000 (artigo 35.^o).

O caso particular da infeção VIH tem merecido, desde cedo, atenção por parte das Nações Unidas, tendo, em 1996 começado a operar a UNAIDS (*Joint United Nations Program on HIV/AIDS*), com a

⁶ Estimativa do número de pessoas que viviam com VIH em Portugal a 31/12/2019, dado fornecido pela DGS/INSA em dezembro 2022.

⁷ Dados fornecidos pelo INSA a 02/06/2023.

⁸ No Anexo A são listados instrumentos do Direito Internacional referentes ao acesso à saúde por imigrantes.

função de liderar, fortalecer e apoiar uma resposta global ao VIH. A UNAIDS, ao longo dos anos, tem estado envolvida na elaboração de diversas Declarações e Recomendações para promover a defesa dos direitos humanos de todas as pessoas que vivem com infeção VIH, incluindo as populações móveis. São exemplo disso as *Diretrizes Internacionais sobre HIV/SIDA e Direitos Humanos* (1997), com a atual versão consolidada de 2006 (UNAIDS, 2006), e as várias declarações de compromisso, e declarações políticas sobre VIH/SIDA emitidas pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2001, 2006, 2011, 2016 e 2021. Estas declarações instigam os países a agir e alcançar metas concretas, incluindo a garantia de acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao VIH.

Portugal ratificou e subscreveu a grande maioria dos pactos, cartas e convenções internacionais de proteção dos direitos Humanos e integração dos imigrantes, comprometendo-se a incorporar na sua legislação e políticas as medidas elencadas nos vários documentos. De facto, a saúde é um dos direitos fundamentais inscritos na *Constituição da República Portuguesa* (artigo 64º), sendo reforçado e concretizado em 1979 com a criação do *Serviço Nacional de Saúde* (SNS), e em 1990 pela *Lei de Bases da Saúde*. No entanto, apesar de o artigo 15º da Constituição conferir aos estrangeiros e apátridas residentes no país, os mesmos direitos do cidadão português este princípio nem sempre era respeitado, sendo dúbia a sua extensão às pessoas que residiam em Portugal em situação irregular (um exemplo do *gap* muitas vezes existente entre as políticas gerais e a sua implementação [De Haas et al., 2019]). Apenas na transição para o século XXI, quando aumenta a expressão da população estrangeira residente em Portugal, é clarificado e garantido o direito à proteção da saúde dos imigrantes, independentemente do seu país de origem ou estatuto administrativo (regular ou irregular) no país, respeitando assim o princípio da universalidade pressuposto na Constituição (Dias et al., 2018; Oliveira & Gomes, 2018; Oliveira, 2021). Esta garantia é assegurada pelo *Despacho do Ministro da Saúde n.º 25.360/2001*, que estabelece os procedimentos em matéria de acesso dos cidadãos estrangeiros ao SNS, sendo reforçada na reformulação feita em 2019 à *Lei de Bases da Saúde*, onde consta na Base 21, que para além dos cidadãos nacionais, são igualmente beneficiários do SNS todos os residentes em Portugal, incluindo migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada.

A atual legislação em vigor (ver *Anexo B*⁹), define que os estrangeiros residentes em Portugal, para efeitos de acesso ao SNS, se subdividem em cinco grandes grupos com enquadramentos específicos (ERS, 2015; Min. Saúde, 2016; ERS, 2020; ACM, 2022).

- **Cidadãos nacionais dos Estados-Membros da União Europeia (UE), Espaço Económico Europeu (EEE) e Suíça:** os cidadãos abrangidos por um sistema de saúde e de segurança social de outro Estado-membro têm acesso ao SNS em igualdade de tratamento com os utentes nacionais, desde que respeitem determinados procedimentos associados à transferência da sua residência para Portugal (*Regulamento n.º 883/2004* e sucessivas redações).

⁹ No Anexo B são listados instrumentos do Direito Nacional referentes ao acesso à saúde por imigrantes.

- Cidadãos nacionais de **países terceiros à UE abrangidos por convenção internacional (acordo bilateral) celebrada entre Portugal e países terceiros**: os cidadãos abrangidos pelo sistema de segurança social de um país com o qual Portugal tenha celebrado um acordo de segurança social que abranja a proteção na doença e maternidade (Andorra; Brasil; Cabo Verde; Quebec; Marrocos; e Tunísia), podem aceder a cuidados de saúde prestados no SNS em condições idênticas aos cidadãos nacionais, desde que apresentem o respetivo atestado de direito. O mesmo acontece com acordos de cooperação estabelecidos nos domínios do Ensino e da Formação Profissional (Cabo Verde e Angola). Ainda neste grupo englobam-se os acordos de cooperação no domínio da saúde com os PALOP, que visam assegurar assistência médica de doentes evacuados destes países (segundo quotas definidas).

- Cidadãos nacionais de **países terceiros à UE não abrangidos por convenção internacional, em situação regular**: os imigrantes com autorização de residência, autorização de permanência ou visto de trabalho, têm direito de acesso ao SNS, nos mesmos termos dos cidadãos nacionais (*Despacho N.º 25.360/2001*, complementado pela *Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD*, de 07/05/2009).

- Cidadãos nacionais de **países terceiros à UE não abrangidos por convenção internacional, em situação irregular**: os imigrantes que não sejam titulares de uma autorização de permanência ou de residência ou que se encontrem em situação irregular, têm acesso ao SNS mediante a apresentação de um documento da Junta de Freguesia da sua área de residência que certifique que se encontram a residir em Portugal há mais de 90 dias. Poder-lhes-á ser exigido, porém, o pagamento dos cuidados recebidos segundo as tabelas em vigor, excetuando os casos que configuram situações que possam colocar em perigo a saúde pública (inclui a infeção VIH) e outras previstas no ponto 7 da *Circular Informativa N.º12/DQS/DMD* da DGS, caso em que os cuidados são prestados nos mesmos termos que qualquer cidadão nacional (*Despacho N.º 25.360/2001*). No caso dos menores em situação indocumentada, a lei confere-lhes acesso ao SNS com os mesmos direitos dos menores em situação regular (*Decreto-Lei n.º 67/2004* e *Circular Informativa n.º 65/DSPCS*, de 26/11/2004).

- Cidadãos nacionais de **países terceiros à UE não abrangidos por convenção internacional, com estatuto de refugiado ou requerente de asilo**: os requerentes e beneficiários de proteção internacional (asilo ou proteção subsidiária) e membros da sua família, têm acesso gratuito ao SNS (art.º 52º da *Lei n.º 27/2008* e *Circular Informativa conjunta da ACSS e da DGS n.º 13/2016/CS/ACSS*). Devem, para tal, entregar nos serviços de saúde uma declaração do SEF comprovativa do pedido de proteção internacional (ERS, 2020).

Têm também sido desenvolvidas medidas incluídas em planos de ação nacionais do domínio da saúde ou da integração de imigrantes, bem como criados serviços e programas que, não sendo específicos para a proteção da saúde dos imigrantes, trazem impactos a este nível, como a criação do *Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas*, em 2002 (atual *Alto Comissariado para as Migrações - ACM*), e do *Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM)*, lançado em março 2004, que engloba um Gabinete de Saúde (Oliveira & Gomes, 2018). De salientar que em 2019

Portugal é o primeiro país das Nações Unidas a transpor o *Pacto Global para a Migração Segura, Ordenada e Regular* para a realidade nacional, elaborando um *Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações*. Realça-se a medida 59, que pressupõe que sejam incorporadas “as necessidades de saúde dos migrantes nas políticas e planos de saúde nacionais e locais”.

Em resumo, face ao crescente fluxo migratório, e reconhecendo a importância da saúde na plena integração dos imigrantes, Portugal tem-se pautado por uma política de igualdade de direitos, incorporando na sua legislação e práticas as recomendações internacionais. No caso dos imigrantes que vivem com VIH esta questão assume especial relevância pois a interrupção do seguimento médico e do tratamento põe em causa não só a saúde dos próprios, como a saúde pública, sendo um importante entrave ao combate à infeção. Mas o pleno acesso à saúde não depende apenas da legislação vigente, sofrendo influência decisiva de múltiplos fatores, que importa conhecer de modo a que as políticas e práticas implementadas sejam verdadeiramente integrativas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo é apresentada a evidência acumulada sobre os determinantes de acesso à saúde por parte dos imigrantes, concretizando para o caso particular dos que vivem com VIH. Os últimos três sub-capítulos centram-se nos resultados de vários estudos que analisaram as barreiras no acesso aos serviços, os fatores facilitadores, e a diferença entre o primeiro acesso e a utilização continuada dos cuidados de saúde, indo ao encontro das três sub-questões de pesquisa definidas.

2.1. Determinantes da saúde dos migrantes

Os estudos desenvolvidos a nível nacional sobre imigração e saúde mostram que, tal como na maioria dos países da Europa do Sul, a imigração em Portugal é mais recente e em média mais jovem que a restante população residente. Este fator leva a que a população imigrante tenha indicadores do estado de saúde mais favoráveis do que os naturais portugueses, tendência identificada como o fenómeno do “migrante saudável” (Oliveira 2022; Oliveira, 2021; Dias et al., 2018; Oliveira & Gomes, 2018; Silvestre 2010; Estrela, 2009). Com o passar do tempo, no entanto, o estado de saúde dos imigrantes tende a deteriorar-se, pela exposição a um conjunto de riscos, essencialmente de natureza socioeconómica (Estrela, 2009). De facto, por comparação com os nascidos em Portugal, os imigrantes mostram um maior risco de pobreza, uma situação laboral instável, precária e com trabalhos mais exigentes, piores condições de habitação e nutrição, maior risco de isolamento e exclusão social, e dificuldades no

contacto com sistemas administrativos e legais de saúde. Estes fatores contribuem para uma maior vulnerabilidade à doença e para uma menor utilização dos serviços de saúde, especialmente quando associados a um estatuto irregular de imigração (Oliveira 2022; Oliveira, 2021; Dias et al., 2018).

Deste modo, e apesar da nossa legislação estar orientada segundo os princípios constitucionais da igualdade, não discriminação e equidade de direitos e deveres entre nacionais e estrangeiros (Oliveira, 2021), existem vários outros fatores que influenciam a saúde das pessoas (incluindo os imigrantes), fatores esses a que é dado o nome de *Determinantes da Saúde* (WHO, 2017).

A categorização dos determinantes da saúde dos imigrantes pode ser feita segundo vários critérios. Salienta-se a formulação de Oliveira (Oliveira, 2021; Oliveira & Gomes, 2018) que pressupõe a existência de determinantes a três níveis.

- **Determinantes estruturais:** fatores de natureza legal, institucional e administrativa que facilitam ou impedem o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes nas sociedades de acolhimento (e.g. contextos legais e institucionais do acesso e prestação dos cuidados de saúde a imigrantes, papel dos profissionais e das características dos serviços de saúde, organização e capacidade de resposta destes serviços às necessidades da população imigrante).
- **Determinantes sociais:** circunstâncias sociais e económicas de alguns grupos de imigrantes que afetam diretamente o uso dos serviços de saúde das sociedades onde residem (e.g. condições de habitação precárias, rendimentos reduzidos, falta de redes de apoio, níveis mais baixos de habilitações, piores condições de trabalho, e com maior exposição a riscos laborais, pior alimentação e nutrição, exclusão social).
- **Determinantes individuais:** fatores de natureza individual e cultural, associados às populações migrantes e que explicam a sua maior ou menor procura e utilização dos cuidados de saúde em sociedades de acolhimento (e.g. características sociodemográficas como a idade, sexo, país de origem, escolaridade, profissão, etc.; atitudes e crenças face à saúde e à doença; experiências passadas de cuidados e acesso a serviços de saúde; conhecimento de deveres e de direitos em saúde; dificuldades linguísticas; perceção ou exposição a discriminação e estigmatização; tempo de residência no país de acolhimento).

Outra possível classificação, que se centra nos determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes é apresentada por Dias et al. (2018) (e a nível internacional por Ndumbi et al., 2018 e por Scheppers et al., 2006), considerando três tipos de fatores.

- **Fatores associados ao indivíduo:** condição socioeconómica; precariedade laboral; estatuto administrativo (nomeadamente estar em situação irregular no país levando ao receio de ser denunciado); falta de confiança nos serviços, escassez de conhecimentos sobre o direito ao acesso à saúde e sobre o modo de funcionamento dos serviços de saúde nos países de acolhimento; sistema social e cultural de valores, crenças e representações face à saúde e à doença.

- **Fatores associados à relação entre profissionais e utentes:** desconhecimento por parte dos profissionais do enquadramento legal e sua aplicabilidade no que respeita ao acesso dos imigrantes aos serviços; diferenças culturais que se refletem numa dificuldade em compreender o modo como os imigrantes expressam a doença, bem como certas práticas e rituais; diferenças linguísticas que agravam as dificuldades de comunicação e relação entre utentes e profissionais; atitudes negativas e discriminatórias face à imigração e aos imigrantes.
- **Fatores associados aos serviços de saúde:** incluem não só o enquadramento legal, mas também fatores relacionados com acessibilidade, disponibilidade, organização e capacidade de resposta dos serviços às necessidades das populações imigrantes (e.g. horários de atendimento, localização e distância dos serviços, elevado tempo de espera, dificuldade na marcação das consultas, reduzida duração das mesmas e a falta de informação disponível nos serviços).

Note-se que, apesar das diferentes categorizações, a maioria dos determinantes identificados são os mesmos, coincidindo em grande parte com os resultados de estudos e relatórios nacionais e internacionais que identificam e/ou analisam os fatores que influenciam a saúde dos imigrantes, ou o seu acesso aos cuidados de saúde, nos países de acolhimento (Roche, 2021; Lebano et al., 2020; WHO, 2018; Vissandjée et al., 2017; Willen, 2017; ERS, 2015; Dias et al., 2011; Estrela, 2009; Stanciole & Huber, 2009). É importante referir que a maioria destes fatores não afetam exclusivamente os migrantes, e mesmo dentro desta população não influenciam todas as pessoas da mesma forma, sendo importante lembrar que a “categoria” migrante não pode ser assumida como um grupo homogéneo, podendo ser distintos os padrões e necessidades de saúde ou as condições de acesso, de imigrantes económicos, estudantes, requerentes de asilo, imigrantes em situação irregular, vítimas de tráfico, ou outras subcategorias (Dias et al., 2018; Oliveira & Gomes, 2018; Flegar et al., 2016; ERS, 2015).

2.2. O caso particular da infeção VIH

Como já referido anteriormente, na maioria dos países da Europa, incluindo Portugal os imigrantes são desproporcionalmente afetados pela infeção VIH (Nöstlinger et al., 2022; Ross et al., 2018; Dias, 2015; Alvarez-del Arco et al., 2013), havendo evidencia de que a maioria adquire o vírus não no seu país de origem, mas após iniciar o processo migratório (Nöstlinger et al., 2022; Yin et al., 2021; Pantazis et al., 2019; Ross et al., 2018; WHO, 2018). Verifica-se ainda que a população migrante tem piores resultados em saúde ao nível de toda a cascata de tratamento da infeção VIH, apresentando uma maior probabilidade de ser diagnosticada tardiamente, de não estar em tratamento ou ter uma fraca adesão ao tratamento, de não ter carga viral indetetável, e de morrer devido a causas relacionadas com o VIH, mesmo em países que já atingiram as metas da UNAIDS (WHO & ECDC, 2022; Nöstlinger et al., 2022; ECDC, 2020; UNAIDS, 2019; Fakoya et al., 2018; Ross et al., 2018; WHO, 2018; Saracino et al., 2014; Schiaroli, 2016; Tanser et al., 2015; Whyte et al., 2015; Alvarez-del Arco et al., 2013).

Os fatores associados à maior vulnerabilidade dos imigrantes à infecção VIH e à sua lenta progressão na cascata de tratamento parecem ser semelhantes aos determinantes da saúde identificados nos imigrantes em geral, evidenciando que, não sendo o processo migratório, por si, um fator de risco para o VIH, pode expor os imigrantes a situações de maior vulnerabilidade associada a vários fatores: pobreza; exclusão social; desemprego; habitações precárias; violência; exploração laboral e sexual; falta de proteção social e legal; mobilidade; falta de rede social de suporte; barreiras administrativas; dificuldades na comunicação; crenças culturais e religiosas; discriminação (real ou percebida); e maior dificuldade em aceder a informação, prevenção, rastreio e cuidados de saúde no geral (Nöstlinger et al., 2022; Gogishvili et al., 2021; IOM, 2019b; Bil et al., 2019; UNAIDS, 2019; Fakoya et al., 2018; Ndumbi et al., 2018; Ross et al., 2018; Schiaroli, 2016; Deblonde, 2015; Tanser et al., 2015; Alvarez-del Arco et al., 2013; Munyewende et al., 2011).

Também a este nível, nem todos os imigrantes são afetados de mesma forma, havendo evidência de que os que estão em situação irregular no país, os que pertencem às chamadas populações vulneráveis para a infecção VIH (homens que têm sexo com homens, pessoas transgénero, trabalhadores do sexo, e pessoas que usam drogas), bem como os que são originários da África subsariana, poderão estar em situação de maior vulnerabilidade, pela interseção de fatores que influenciam negativamente o seu acesso aos serviços de saúde em todo o contínuo de cuidados (Cassels et al., 2023; Cruz et al., 2023; Nöstlinger et al., 2022; Bil et al., 2019; UNAIDS, 2019; Ndumbi et al., 2018; Ross et al., 2018; Vignier et al., 2018; Deblonde, 2015; Whyte et al., 2015).

É importante salientar que estas evidências são essencialmente resultantes de estudos internacionais, existindo uma grande lacuna a este nível no que respeita à realidade nacional. Em Portugal, os poucos estudos existentes nesta área revelam que os imigrantes apresentam maior prevalência de infecção VIH que os nascidos em Portugal, desconhecendo frequentemente o seu estatuto serológico (Dias et al., 2020a; Dias et al., 2020b; Dias et al., 2019; Dias et al., 2017; Dias, 2015; Baleizão, 2010), revelam poucos conhecimentos sobre a infecção VIH e serviços onde recorrer (Dias et al., 2017; Dias, 2015), e elevada vulnerabilidade social (Dias et al., 2020a; Dias et al., 2019). É ainda visível uma menor utilização dos serviços de saúde (especificamente serviços relacionados com a infecção VIH), especialmente nos imigrantes que estão em situação irregular, e nos que pertencem a populações vulneráveis para o VIH, como sendo as pessoas que fazem trabalho sexual (Dias et al., 2019; Dias et al., 2017), indo ao encontro dos resultados dos estudos internacionais.

2.3. Barreiras no acesso à saúde de imigrantes com VIH

Como se percebe pelo acima exposto, a maioria dos estudos que analisam os fatores que influenciam a saúde e o acesso à saúde dos imigrantes com VIH, centram-se naqueles que exercem uma influência negativa, ou seja, nas barreiras ao acesso. Num estudo recente, Nöstlinger et al. (2022) propôs a

organização dos fatores que influenciam o acesso a serviços relacionados com o VIH nos imigrantes, em 4 categorias, que se ligam e intersejam mutuamente.

- **Fatores ao nível das políticas e regulamentações:** barreiras relacionadas com as políticas e leis de cada país, de onde se destacam as referentes ao estatuto migratório (irregular);
- **Fatores inerentes ao sistema de saúde:** barreiras relacionadas com a organização do sistema de saúde, que incluem os longos tempos de espera, a complexidade administrativa, e o receio de quebra de confidencialidade, bem como barreiras relacionadas com os profissionais de saúde como problemas de comunicação, desconhecimento dos tramites legais para acesso dos imigrantes com VIH aos serviços, baixa literacia em saúde, práticas discriminatórias e fraca sensibilidade cultural.
- **Fatores ao nível da comunidade:** a principal barreira ao nível da comunidade é o estigma relacionado com a infeção VIH, podendo diminuir o apoio das redes sociais de suporte;
- **Fatores ao nível do indivíduo:** incluem os determinantes sociodemográficos que estão associados a um baixo acesso aos serviços de VIH, como a idade mais avançada, ser homem, ter um baixo nível educacional e precariedade económica. Englobam ainda outras barreiras, como a baixa literacia em saúde (nomeadamente ao nível da infeção VIH), crenças e mitos relacionados com a infeção, e desconhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde e forma de acesso.

Apesar de os fatores identificados serem muito semelhantes aos que afetam os imigrantes no geral, nesta área do VIH parece haver uma influência mais acentuada do estigma e discriminação de que esta infeção ainda é alvo, que interseja e potencia outras formas de estigma e discriminação relacionadas com a migração, e com a pertença a populações vulneráveis para o VIH (Cruz et al., 2023; ECDC, 2020; Bil et al., 2019; UNAIDS, 2019; Ndumbi et al., 2018). Note-se que o estigma e a discriminação podem manifestar-se de várias formas, podendo refletir-se nas atitudes e práticas dos profissionais de saúde, mas também nas próprias pessoas que vivem com a infeção (estigma interno) que acabam muitas vezes por se isolar e evitar ir aos serviços de saúde por vergonha e receio de serem discriminados ou que o seu estatuto serológico seja revelado, com impacto em todos os níveis da cascata de tratamento (Cruz et al., 2023; Duarte et al., 2022; Nöstlinger et al., 2022; Philpot et al., 2022; Gogishvili et al., 2021; UNAIDS, 2019; Ross et al., 2018; Whyte et al., 2015).

A nível nacional, são escassos os estudos sobre as barreiras enfrentadas pelos imigrantes com VIH no acesso aos serviços de saúde, salientando-se o de Gomes (2020) em que os fatores identificados foram semelhantes aos dos estudos internacionais, nomeadamente a falta de conhecimento por parte dos imigrantes e dos profissionais de saúde sobre os direitos dos imigrantes no acesso à saúde, a insuficiência económica, a burocracia no acesso às consultas (especialmente para os imigrantes em situação irregular), e dificuldades na comunicação. Num outro estudo com imigrantes co-infetados com VIH e tuberculose foram também encontrados obstáculos relacionados com os baixos recursos

económicos e a burocracia, acrescentando-se a mobilidade e o isolamento social como fatores determinantes na continuidade do tratamento (Tavares et al., 2019).

2.4. Fatores facilitadores no acesso à saúde de imigrantes com VIH

Quando se fala de determinantes da saúde ou do acesso aos serviços de saúde referimo-nos sempre a fatores que podem exercer uma influência positiva ou negativa sobre estas questões. No entanto, como vimos acima, a grande maioria dos estudos centra-se nos obstáculos ou barreiras ao acesso, sendo poucos os que analisam especificamente os fatores facilitadores. Salienta-se o estudo de Estrela (2009) onde são identificados alguns fatores que favorecem a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes, nomeadamente um elevado nível de escolaridade/qualificação profissional, elevado estatuto socioeconómico, posição geográfica do país de origem, existência de relações históricas entre os países de origem e de acolhimento, tempo de permanência mais elevado no país anfitrião e maior grau de integração nesse país. Também Sónia Dias et al. (2018) referem dois aspetos que se destacam como facilitadores da procura de cuidados de saúde para alguns grupos de imigrantes, sendo a confiança nos profissionais de saúde apontada pelos imigrantes africanos e a existência de profissionais de saúde do seu país de origem mencionada pelos imigrantes europeus de Leste.

No que diz respeito ao caso particular dos imigrantes com VIH, as organizações não governamentais (ONG) parecem desempenhar um papel fundamental, tanto no acesso inicial ao tratamento para o VIH, como na sua manutenção, através do apoio social e disponibilização de outros serviços que promovem a ligação e retenção aos cuidados de saúde dos imigrantes. Esta evidência trazida por Gomes (2020) relativamente à realidade nacional, é semelhante à relatada noutros estudos internacionais (Cassels et al., 2023; Nöstlinger et al., 2022; Gogishvili et al., 2021).

São ainda identificados outros fatores como o apoio social, emocional e financeiro por parte da comunidade, da família e dos parceiros, a educação pelos pares, envolvendo os imigrantes nas intervenções, e contribuindo para a aceitação da infeção, para o aumento de conhecimentos e para a navegação no sistema de saúde, e a criação de serviços “migrant-friendly”, com profissionais com sensibilidade e competências interculturais, de comunicação, respeito pela confidencialidade, e com a presença de tradutores ou outro apoio ao nível da língua (Cassels et al., 2023; Nöstlinger et al., 2022; Gogishvili et al., 2021; Philpot et al., 2022; Tavares et al., 2019).

2.5. Acesso inicial aos serviços de saúde vs Utilização e retenção nos cuidados

De uma forma geral, os estudos que se debruçam sobre os fatores que influenciam o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde fazem pouca distinção entre o acesso inicial aos serviços e a utilização continuada, que no caso da infeção VIH é de importância acrescida pela cronicidade da infeção, que implica um seguimento regular e durante toda a vida.

A utilização dos serviços de saúde parece apresentar padrões ligeiramente diferentes entre migrantes e não-migrantes, com os primeiros a utilizarem mais os serviços de urgência e menos os cuidados primários e preventivos, ou médicos especialistas (Oliveira & Gomes, 2018; Devillanova & Frattini, 2016; Estrela, 2009; Dias, et al., 2008). De facto, vários estudos nacionais (baseados nos resultados do Inquérito Nacional de Saúde) apontam para uma menor utilização dos serviços de saúde por parte da população imigrante, que embora possa ser parcialmente justificada por um melhor estado de saúde (tendo em conta o fenómeno do “migrante saudável”), reflete muito provavelmente a menor acessibilidade dos serviços associada aos fatores anteriormente mencionados (Oliveira 2022; Oliveira 2021; Oliveira & gomes, 2018; Dias, 2015; Silvestre 2010; Estrela, 2009; Dias et al., 2008b).

De entre estes fatores, alguns parecem assumir maior importância na utilização continuada dos serviços de saúde, nomeadamente os determinantes associados à vulnerabilidade social e económica (Oliveira 2022; Oliveira & Gomes, 2018; Dias et al., 2008b). É ainda identificado que os imigrantes em situação irregular, mais novos e recentemente chegados, bem como os homens, apresentam menores indicadores de utilização dos serviços (Dias et al., 2008b). A frequência de consultas médicas tende a aumentar com o tempo de imigração, reflexo provável quer da idade, quer da maior integração no país (Dias et al., 2008a). No caso particular da infeção VIH, os fatores socioeconómicos mantêm grande influência na retenção nos cuidados e adesão ao tratamento, associando-se à falta de suporte social e aos longos tempos de espera (Gomes, 2020; Bil et al., 2019; Tavares et al., 2019; Fakoya et al., 2018; Ross et al., 2018). Surge também a questão da elevada mobilidade como preditiva de fraca adesão ou interrupção do tratamento (Ross et al., 2018).

Já relativamente ao acesso inicial aos serviços, apesar da insuficiência económica continuar a ser um fator relevante (Gomes, 2020; Ross et al., 2018), acrescem outras barreiras como a falta de informação (dos imigrantes e profissionais de saúde) sobre os direitos dos imigrantes e procedimentos de acesso (Gomes, 2020; Tanser et al., 2015), associado a exigências administrativas e burocráticas que afetam especialmente os imigrantes em situação irregular, bem como os que têm diagnóstico de VIH prévio à entrada em Portugal (Gomes, 2020). Nalguns estudos é ainda salientada a importância das barreiras linguísticas e culturais e da baixa literacia em saúde (Tanser et al., 2015; Ross et al., 2018).

Resumindo, existem múltiplos fatores identificados por pesquisas nacionais e internacionais, que influenciam o acesso e utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes. A maioria destes fatores afetam também os imigrantes que vivem com VIH, tendo consequências na sua progressão na cascata de tratamento. A realidade específica dos imigrantes que vivem com VIH em Portugal está ainda pouco estudada, lacuna que se pretende ajudar a colmatar com a realização deste estudo, identificando os determinantes que afetam o seu acesso à saúde. Pretende-se salientar não apenas as barreiras, mas também os fatores facilitadores, procurando distinguir a que nível cada fator tem maior impacto (no acesso inicial aos serviços, na sua utilização, ou na retenção nos cuidados de VIH).

3. METODOLOGIA

São várias as metodologias que podem servir de base à realização de um projeto de investigação, podendo, de um modo geral, ser agrupadas em dois grandes grupos: métodos qualitativos (com uma finalidade mais aberta e usualmente centrados numa abordagem indutiva, em que a teoria resulta da investigação), e métodos quantitativos (centrados numa abordagem dedutiva, em que o principal objetivo é testar uma teoria pré-existente) (Bryman & Bell, 2019). No presente estudo é usada uma metodologia mista, combinando ambos os modos de investigação, permitindo complementar os benefícios da abertura e exploração dos métodos qualitativos, com a representatividade e generalização de resultados apenas possível com métodos quantitativos (Bryman & Bell, 2019).

Os dois métodos escolhidos (grupos focais e inquérito por questionário) foram utilizados em diferentes momentos da investigação, após uma fase preparatória de pesquisa bibliográfica e conversas informais com *key-informants* (investigadores desta área, pessoas pertencentes à DGS-PNISTVIH, colaboradores de ONG e imigrantes com VIH), com o objetivo de conhecer a sua perceção sobre o tema, e de validar a pertinência das questões de pesquisa, e das metodologias planeadas.

3.1. Grupos Focais

Os grupos focais (GF) são um método de investigação social muito utilizado na pesquisa qualitativa atual, baseando-se na interação entre um pequeno grupo de participantes, formado pelo investigador, com o objetivo de produzir conhecimento (Frisina, 2018). Permitem gerar informação interativa e de alta qualidade, de forma menos hierárquica (com menor influência do investigador) e fomentam o confronto e expressão livre de ideias, possibilitando avanços teóricos na construção de significado entre as pessoas, em contextos sociais específicos, sendo uma metodologia especialmente adequada para a discussão de temas controversos (Frisina, 2018), como é o caso da integração e discriminação dos imigrantes. A realização de GF foi utilizada como primeiro método de pesquisa neste estudo, com objetivos exploratórios, permitindo conhecer a perceção de diferentes profissionais sobre o acesso dos imigrantes com VIH à saúde, e recolher informação para a construção do questionário.

3.1.1. Participantes e técnica de amostragem

Tendo em conta que os GF têm o grupo como unidade de análise, devem ser compostos por pessoas que partilhem pelo menos uma característica importante, sendo por isso considerados homogêneos, de modo a facilitar a análise e comparação (Frisina, 2018). Deste modo, para o projeto de pesquisa em questão, foram realizados dois GF, um composto por **profissionais de saúde (PS)**, e outro com **colaboradores de ONG** de apoio a migrantes e/ou a pessoas com VIH.

A metodologia de amostragem utilizada em ambos os GF foi a *amostragem intencional*, tendo sido convidados a participar profissionais de diferentes zonas do país, grupos profissionais e tipos de entidades, de modo a refletir a diversidade de ideias, experiências e perspetivas (Frisina, 2018). A escolha dos profissionais a convidar baseou-se inicialmente na rede de contactos da autora, que trabalha na área do VIH há vários anos, sendo complementada pelas sugestões dos *key-informants*.

O GF dos profissionais de saúde era composto por oito pessoas (seis mulheres e dois homens). Seis são médico(a)s e dois enfermeiro(a)s; cinco integram os cuidados hospitalares na área do VIH, dois os cuidados primários de saúde, e um o serviço nacional de apoio a imigrantes. No que diz respeito à região de trabalho foram abrangidos profissionais do norte, centro e sul do país: três do concelho de Lisboa, um de Amadora/Sinta, um de Odivelas/Loures, um de Cascais, um do Porto, e um do Algarve.

Para o GF dos colaboradores das ONG foram convidadas sete pessoas, mas uma não pode comparecer na reunião, pelo que ficaram apenas seis (cinco mulheres e um homem). Quatro trabalham em entidades de apoio a pessoas com VIH, e dois de apoio a migrantes; quatro têm cargos de direção/coordenação, um é psicólogo/a, e um assistente social. No que diz respeito à região de trabalho, três atuam no concelho de Lisboa, um em Amadora/Sinta; um em Coimbra; e um no Algarve.

3.1.2. Guião dos Grupos Focais

Como base para o desenvolvimento dos GF foi previamente elaborado um guião (*Anexo C*), que contemplou três grandes áreas, de acordo com a revisão da literatura apresentada anteriormente.

- O primeiro acesso aos serviços de saúde (determinantes no acesso; barreiras/obstáculos ao acesso; fatores facilitadores e exemplos de boas práticas).
- Utilização dos serviços de saúde e retenção nos cuidados (determinantes na utilização e retenção nos serviços de saúde; barreiras/obstáculos na utilização e retenção nos serviços de saúde; fatores facilitadores e exemplos de boas práticas).
- Recomendações ao nível de políticas e práticas para melhorar o acesso e retenção nos cuidados de imigrantes com VIH.

Para cada tópico foram definidas questões base e questões adicionais que poderiam ou não ser introduzidas consoante o decorrer da conversa e os tópicos já discutidos. No final foi deixando um espaço aberto para outros aspetos considerados relevantes por parte dos participantes.

3.1.3. Fases de implementação

A identificação dos/as profissionais a convidar para os GF foi feita durante outubro de 2022, após reunião com alguns *key-informants*, seguindo o convite para todos/as, no final do mês. As confirmações de disponibilidade para participar bem como a assinatura dos consentimentos

informados (*Anexo D*) foram obtidos em novembro, tendo ambos os GF ocorrido na primeira semana de dezembro. Tendo em conta que ambos os grupos abrangiam profissionais de diferentes zonas geográficas do país, as reuniões foram on-line, tendo aproximadamente uma hora e meia de duração, sendo gravadas para permitir a análise de conteúdo, que foi realizada em janeiro 2023.

3.1.4. Análise de conteúdo

Tendo como principal objetivo a redução da informação recolhida, de modo a conseguir interpretá-la e dar-lhe significado (Bryman, 2012), as gravações dos GF foram transcritas (com auxílio do Microsoft Word) e posteriormente submetidas a uma análise de conteúdo (com recurso ao programa informático MAXQDA), um processo em que a informação é fragmentada em partes componentes, que são etiquetadas consoante o seu conteúdo (Frisina, 2018). Com este processo procurou-se obter uma visão ampla e diversificada dos obstáculos e fatores facilitadores identificados pelos participantes, compreender quais os mais comumente referidos, e comparar as visões dos dois grupos.

Para a análise de conteúdo foram definidos três códigos de primeiro nível, todos com códigos de segundo nível, tendo em conta o discurso dos participantes (ver *Anexo E*):

1. Barreiras/obstáculos no acesso de imigrantes com VIH aos serviços de saúde;
2. Fatores facilitadores do acesso e exemplos de boas práticas;
3. Sugestões/recomendações para melhorar o acesso de imigrantes com VIH aos serviços.

Apenas para o primeiro tópico (tendo em conta que foi o que suscitou mais intervenções e discussão em ambos os grupos), foram considerados códigos de terceiro nível, correspondentes aos vários obstáculos e barreiras elencados. Estes foram agrupados em três códigos de segundo nível (1.1, 1.2 e 1.3, ver *Anexo E*), seguindo a classificação dos determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes usada por alguns autores (Dias et al., 2018; Ndumbi et al., 2018; Scheppers et al., 2006). O momento em que estes obstáculos têm maior influência, (no primeiro acesso aos serviços de saúde, ou na utilização e retenção nos cuidados) é analisada através dos dois últimos códigos de segundo nível (1.4 e 1.5, ver *Anexo E*).

Para além da análise de conteúdo, foi ainda feita uma análise genérica do discurso dos participantes, tentando identificar os tópicos mais abordados e os participantes mais interventivos, bem como uma possível relação entre os vários tópicos, também com recurso ao MAXQDA.

3.2. Inquérito por questionário

Após a realização dos grupos focais, e de modo a obter a visão dos imigrantes com VIH sobre as áreas em questão, foi, na segunda fase do estudo, usado um outro instrumento de pesquisa: o inquérito por questionário. Esta é uma das técnicas quantitativas de recolha de informação mais utilizada nas

ciências sociais, que pressupõe a standardização das questões colocadas e a categorização das respostas dadas, permitindo mais facilmente a generalização de resultados que os métodos qualitativos, desde que seja recolhida uma amostra representativa da população em causa (Bryman & Bell, 2019). Pode tomar a forma de questionário, sendo as questões lidas e respondidas diretamente pelos participantes, ou de entrevista, quando as questões são colocadas oralmente aos participantes por um entrevistador. O primeiro método apresenta vantagens ao nível da proteção do anonimato e da confidencialidade e maior independência nas respostas, não havendo qualquer influência de terceiros (Bryman & Bell, 2019), sendo, por isso o método preferencial escolhido no presente estudo. No entanto, tem grandes limitações para a participação de pessoas com baixa literacia ou domínio da língua, pelo que foi também dada opção de o inquérito ser aplicado em formato tipo entrevista.

3.2.1. Participantes e técnica de amostragem

A população-alvo do questionário foram migrantes com diagnóstico prévio de infeção VIH. O termo “migrante” é um conceito abrangente e multidimensional (que se enquadra nos chamados ‘*umbrella concepts*’), sendo por isso essencial a sua especificação e definição na fase inicial do estudo (Mair, 2008; Bryman, 2012). Não tendo uma definição única a nível internacional, o migrante é definido pela IOM (2019) como “*uma pessoa que se muda do seu local de residência habitual, seja dentro de um país ou através de uma fronteira internacional, temporária ou permanentemente, e por várias razões*”. Neste estudo foram apenas considerados os “migrantes internacionais”, ou seja, as pessoas que estão fora do país de que são nacionais, ou do seu país de nascimento (IOM, 2019). Assim, eram elegíveis para responder ao questionário as pessoas que, cumulativamente, respeitassem os seguintes critérios:

- 1) terem nascido fora de Portugal;
- 2) residirem em Portugal (temporária ou permanentemente);
- 3) terem idade igual ou superior a 18 anos;
- 4) terem diagnóstico prévio de VIH.

No que diz respeito à dimensão da amostra, Bryman & Bell (2019) sugerem que seja considerada uma dimensão mínima de 400 participantes para diminuição do erro amostral, e aumento da sua representatividade. Neste estudo foram recolhidos **407** questionários válidos, o que, considerando um intervalo de confiança de 95%, pressupõe um erro amostral de 5%.

Em termos de metodologia de amostragem, e tendo em conta que não é possível ter acesso, ou conhecer, o universo dos imigrantes que vivem com VIH em Portugal, teve que se optar por uma *amostragem não probabilística*, nomeadamente a *amostragem por conveniência* (Bryman & Bell, 2019), tendo a divulgação do estudo e recrutamento de participantes sido feito pelas várias ONG a nível nacional que apoiam pessoas que vivem com VIH e/ou população imigrante, através de convite pessoal, envio de mails, telefonemas e divulgação nas redes sociais das várias entidades.

3.2.2. Questionário

O questionário era composto por 42 questões agrupadas em 9 secções, sendo elas:

1. Informação sobre si (dados sociodemográficos)
2. Processo de imigração
3. Cultura e crenças sobre saúde
4. Acesso aos serviços de saúde (em Portugal)
5. Utilização dos serviços de saúde (em Portugal)
6. Tratamento do VIH (em Portugal)
7. Experiências com os serviços de saúde (em Portugal)
8. Fatores facilitadores do acesso (aos serviços de saúde, em Portugal)
9. Sugestões e comentários

Antes de iniciar o questionário propriamente dito, era apresentada uma nota informativa sobre o estudo, explicando o seu objetivo, os promotores, os riscos e benefícios inerentes à participação, a política de proteção de dados, os critérios de participação e a natureza anónima e confidencial das respostas, terminando com a declaração de consentimento. O questionário (incluindo a informação ao participante e declaração de consentimento informado) pode ser consultado no *Anexo F*.

É de salientar que para algumas variáveis (ex. suporte social percebido; necessidades de saúde não satisfeitas; estigma interno face ao VIH) foram utilizadas questões que constam em estudos nacionais e internacionais (como o Inquérito Nacional de Saúde, o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento e o Stigma Index 2.0: Índice do Estigma das pessoas que vivem com VIH) facilitando assim a comparação e análise posterior dos resultados obtidos. O questionário foi disponibilizado em formato físico (PDF) e online (utilizando o google docs), tendo sido elaboradas duas versões em termos linguísticos: português e inglês. A duração média do seu preenchimento era cerca de 10 a 15 minutos.

3.2.3. Fases de implementação

O primeiro esboço do questionário foi elaborado no final de janeiro / início de fevereiro 2023, tendo, na segunda quinzena do mês, sido aplicado a sete imigrantes com infeção VIH, como pré-teste. Procurou-se que estas pessoas tivessem perfis diferentes (em termos de país de origem, tempo de residência em Portugal e nível de escolaridade) para avaliar a adequação e compreensão das questões colocadas no questionário, bem como o tempo de resposta. Do pré-teste realizado resultaram pequenas alterações na formulação de algumas perguntas.

Entre final de fevereiro e início de março foram contactadas 31 entidades, (maioritariamente organizações que apoiam pessoas com VIH, mas também de apoio a migrantes), pedindo a sua colaboração para a divulgação do estudo e recrutamento de participantes. Tendo em conta que se

pretende obter uma abrangência nacional, as entidades contactadas eram de várias regiões do país. Responderam positivamente 21 entidades, com que se manteve contacto para auxiliar na adequação das estratégias a adotar consoante a realidade de cada uma. A todas foi disponibilizado o link com o questionário em português e em inglês, bem como o questionário em formato físico, para ser utilizado quando não houvesse acesso a computador ou internet, ou para participantes com baixa literacia informática. Foram ainda fornecidos materiais de divulgação para serem publicados nas redes sociais.

A recolha das respostas ao questionário decorreu entre março e maio, tendo 10 entidades contribuído de forma ativa e direta no recrutamento de participantes e aplicação de questionários.

3.2.4. Análise de dados

A informação recolhida através do inquérito por questionário é essencialmente de natureza quantitativa, pelo que foi trabalhada com recurso ao programa de análise estatística de dados IBM® SPSS®. Foi inicialmente realizada uma análise descritiva (frequência de cada resposta) das diferentes questões, sendo posteriormente feita a correlação entre variáveis na tentativa de identificar quais as que estão associadas a uma maior/menor facilidade no acesso e maior/menor utilização dos serviços de saúde e retenção nos cuidados ao nível do VIH, com vista a dar resposta às questões de pesquisa inicialmente colocadas. Nesta análise foi considerado o nível de significância de 5%.

3.3. Considerações éticas

As questões éticas devem ser consideradas durante todo o processo de pesquisa (Liempt & Bilger, 2018), tomando especial relevância quando o estudo incide sobre populações consideradas vulneráveis, como é o caso dos imigrantes com VIH. Os princípios éticos considerados nas ciências sociais são usualmente três: 1) respeito pela dignidade humana (nomeadamente pela sua autonomia e liberdade de escolha); 2) justiça (implicando uma distribuição igualitária dos riscos e benefícios associados à participação no estudo) e, 3) beneficência (preocupação e promoção do bem-estar dos indivíduos e das comunidades, devendo haver um equilíbrio favorável dos benefícios face aos riscos envolvidos na pesquisa) (Liempt & Bilger, 2012; Bryman & Bell, 2019).

Para assegurar o respeito por estes princípios foram estipuladas quatro *guidelines* que devem ser respeitadas (Liempt & Bilger, 2012), e que foram aplicadas neste estudo:

1. Consentimento informado: implica dar aos participantes informação sobre o objetivo da pesquisa, procedimentos/metodologias, potenciais riscos e benefícios, de modo a que os indivíduos possam decidir de forma informada e em consciência sobre a sua participação ou não no estudo (Liempt & Bilger, 2012). Na presente pesquisa, foi obtido o consentimento informado escrito tanto junto dos participantes dos grupos focais, como dos imigrantes que preencheram o questionário.

2. Clareza e transparência: o investigador deve ser honesto e claro com todos os *stakeholders* envolvidos acerca do seu objetivo, metodologias, riscos e benefícios. Para garantir esta questão, foi elaborado o Protocolo do estudo (*Anexo G*), contendo a informação mais relevante, que foi enviado às ONG convidadas a colaborar, bem como às pessoas que integraram os grupos focais. A mesma informação, de forma mais resumida, constava no Consentimento Informado do questionário, de leitura e preenchimento obrigatório para todos os participantes.
3. Privacidade e confidencialidade: foi assegurado e garantido o anonimato dos participantes nos grupos focais, sendo atribuído um nome fictício a todos os intervenientes nas citações usadas na análise e discussão dos resultados. Relativamente aos questionários, eram de preenchimento anónimo, não sendo recolhidos dados que permitissem identificar o indivíduo que o preencheu.
4. Rigor: durante todo o processo do estudo foram seguidas as melhores práticas a nível ético e científico. Para assegurar a sua adequação e cumprimento, e tendo em conta que foram recolhidos e trabalhados dados de saúde altamente sensíveis, o estudo foi submetido à Comissão de Ética do ISCE, tendo obtido parecer favorável.

3.4. Limitações metodológicas

A impossibilidade de conhecer ou aceder ao universo dos imigrantes que vivem em Portugal com infeção VIH condicionou a técnica de amostragem utilizada no questionário, com impacto na representatividade da amostra e consequente generalização dos resultados. Tendo-se optado por uma amostragem por conveniência com base na rede de contactos prévios da autora, a amostra foi essencialmente recolhida através de ONG que apoiam pessoas que vivem com VIH, pelo que alguns grupos de imigrantes que não recorrem tanto ao apoio destas organizações, poderão estar sub-representados, nomeadamente pessoas com um nível socioeconómico mais elevado e imigrantes de subculturas mais fechadas e com menor hábito ou maior dificuldade em recorrer a organizações comunitárias. Deste modo, a interpretação e generalização de resultados deve ser feita com cautela.

4. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos nos dois métodos de investigação utilizados: grupos focais (GF) e inquérito por questionário.

4.1. Grupos Focais

Para analisar a informação proveniente dos GF foi inicialmente feita uma análise genérica do discurso dos participantes, com vista a identificar os tópicos mais abordados, bem como uma possível relação entre eles (sub-capítulo 4.1.1). De seguida foi feita a análise de conteúdo, com base na estrutura de códigos apresentada na metodologia (sub-capítulos 4.1.2 a 4.1.4).

4.1.1. Análise genérica do discurso

Em ambos os GF o discurso dos participantes incidiu mais nas barreiras ao acesso dos imigrantes com VIH aos serviços de saúde que nos restantes tópicos (178 segmentos codificados num total de 293; ver Matriz de Códigos no *Anexo H*). As dificuldades existentes a este nível foram identificadas tanto pelos profissionais de saúde (PS), como pelos profissionais das ONG. Ainda assim, é visível que, para alguns tópicos, a distribuição é desigual entre ambos os grupos: os profissionais das ONG referem mais frequentemente os fatores socioeconómicos, enquanto que os profissionais de saúde enfatizam a desinformação e despreocupação dos imigrantes, bem como as barreiras estruturais (burocracia/complexidade do sistema de saúde e falta de recursos).

As barreiras relacionadas com a burocracia e complexidade do sistema de saúde são o tipo de obstáculo mais referido, seguido do desconhecimento relativamente ao funcionamento do sistema, tanto por parte dos PS como dos imigrantes. Nos fatores facilitadores do acesso e exemplos de boas práticas foi enfatizada a existência de serviços de mediação e de entidades / organizações de apoio ao imigrante no acesso aos serviços de saúde (com 30 segmentos codificados entre 75), essencialmente pelos profissionais das ONG. Nas sugestões / recomendações os PS referem mais que os das ONG a necessidade de formação e capacitação tanto dos imigrantes como dos profissionais.

No que diz respeito à interseção entre tópicos, pode observar-se pela Matriz de Conexão entre Códigos (*Anexo I*) que os obstáculos relacionados com a burocracia e complexidade do sistema, bem como o desconhecimento de como o sistema de saúde funciona (tanto por parte dos PS, como dos imigrantes) são fatores que aparecem mais associados ao primeiro acesso ao sistema de saúde, enquanto que as questões culturais e as crenças e estigma associados à saúde/doença e à infeção VIH, aparecem mais frequentemente associados ao acesso continuado e retenção nos cuidados de saúde.

4.1.2. Barreiras no acesso e retenção nos cuidados de saúde dos imigrantes com VIH

Os obstáculos experienciados pelos imigrantes com VIH no acesso aos serviços de saúde foi o tópico que predominou nos GF. Foi salientado que as barreiras existem em todo o contínuo de cuidados, desde a realização do teste VIH, à ligação aos cuidados de saúde, acesso ao tratamento e retenção nos

cuidados. Ainda assim, ambos os grupos identificaram que a maioria dos obstáculos estão no acesso aos cuidados de saúde primários, como exemplificado pela seguinte afirmação:

"O impasse está muito mais ao nível dos Centros de Saúde. Ou seja, a nossa maior dificuldade no acesso à saúde está no Centro de Saúde, não está tanto nos hospitais."

Silena, direção ONG de apoio a imigrantes, grande Lisboa

Há a perceção de que os obstáculos têm vindo a aumentar (ou ficaram mais visíveis após a pandemia COVID-19), sendo identificados pelos participantes fatores associados aos próprios imigrantes, aos profissionais de saúde e sua relação com os imigrantes, e barreiras estruturais, ou inerentes ao próprio sistema de saúde. Por outro lado, alguns dos obstáculos referidos dizem essencialmente respeito ao primeiro acesso ao sistema de saúde, enquanto que outros influenciam todo o contínuo de cuidados, tendo implicações na retenção, aspeto especialmente relevante nas pessoas que vivem com VIH, por se tratar de uma doença crónica.

4.1.2.1. Barreiras associadas aos imigrantes

Muitos dos obstáculos identificados estão associados aos imigrantes, sendo salientado pelos participantes do grupo focal das ONG que a própria condição de imigrante traz fatores acrescidos de vulnerabilidade, que se cruzam e potenciam, como referido por uma das participantes:

"Muitas vezes a condição de imigrante antecede. Ou seja, a experiência das múltiplas discriminações que se vão vivendo a partir do momento que chegam, também pode condicionar uma não confiança no sistema, nos serviços como um todo (...). Temos de pensar sempre na perspetiva interseccional dos marcadores sociais, eles cruzam-se. Na verdade, a experiência dessa pessoa pode ir piorando conforme vão aumentando esses marcadores. Uma mulher imigrante brasileira, branca pode ter uma experiência diferente de uma mulher migrante brasileira, negra, lésbica (...)."

Silena, direção, ONG de apoio a imigrantes, grande Lisboa

A heterogeneidade dos imigrantes é um aspeto trazido em ambos GF, sendo, no grupo das ONG, feita a diferenciação entre os imigrantes do espaço comunitário europeu, e os oriundos de países terceiros, estando estes últimos sujeitos a maiores obstáculos. Por outro lado, no grupo dos PS, apesar de reconhecerem algumas barreiras para imigrantes de origem africana, as principais dificuldades são associadas aos que provêm de países de leste, como se pode observar na afirmação seguinte:

"Relativamente aos ucranianos, romenos e moldavos, sinto que ainda é muito difícil. Eles não chegam com facilidade ao hospital, não sei se será só pela língua. Alguns casos que tivemos, (...) apareceram já com infeções oportunistas, internados (...)."

Alda, médica hospitalar VIH, Algarve

Os fatores socioeconómicos (tais como baixos rendimentos, precariedade laboral, baixa escolaridade, más condições habitacionais, etc.) foram referidos em ambos os GF como questões que

influenciam não só o primeiro acesso aos serviços, mas também a adesão terapêutica e retenção nos cuidados. Estes fatores foram especialmente enfatizados pelas ONG, a que recorrem as populações mais vulneráveis e de menor nível socioeconómico, sendo no grupo dos PS mais focados os aspetos relacionados com a precariedade laboral, associada muitas vezes a maior mobilidade destas pessoas.

"Há uma situação que é muito particular de alguns fluxos migratórios, a questão das pessoas terem baixa instrução, não têm um plano migratório. Muitas vezes vêm com um ideal, com objetivos que não são reais e acabam por se desorganizar (...). As pessoas que nos chegam, são pessoas com baixa escolaridade, e que vivem em situações de muita vulnerabilidade, de violência, e com pouco acesso a informação, a cuidados de saúde, ou o que seja (...) Estas pessoas estão sempre em movimento, seja dentro do país, seja em países à volta aqui de Portugal. E isso torna difícil a adesão à terapêutica."

Mariana, Assistente social, ONG na área do VIH, grande Lisboa

"Acho que a precariedade no trabalho é uma das coisas que também os faz, às vezes, não serem tão aderentes às consultas. Não podem faltar ao trabalho porque começaram há pouco tempo a trabalhar e têm medo de perder o trabalho, também não querem que no trabalho se saiba aquilo que eles têm e, isso faz com que não apareçam nos dias certos na consulta, ou apareçam sem fazer as análises."

Alda, médica hospitalar VIH, Algarve

Neste último excerto é já observável outro nível de obstáculos, também com grande influência, não só no primeiro acesso aos cuidados, mas na retenção, que diz respeito às crenças culturais sobre saúde e doença, bem como ao estigma associado à infeção VIH, especialmente presente em algumas culturas (como a guineense), e que se reflete na dificuldade de aceitação do diagnóstico, e no medo da discriminação, como ilustrado pelas afirmações seguintes:

"Enquanto que os brasileiros (...) quando está a acabar a medicação vão à urgência, tentam saber o que fazer, os africanos simplesmente não procuram. Acabam a terapêutica e ficam anos e anos sem fazer terapêutica, até que, por outra razão, vão aos cuidados de saúde e são encaminhados para as consultas de doenças infecciosas. Eles muitas vezes acabam, por estigma, por vergonha, por não quererem falar, por não terem ninguém com quem falar, por não saberem como é que as coisas funcionam, por simplesmente não procurarem os cuidados de saúde e deixarem de fazer o tratamento."

Santiago, médico hospitalar VIH, grande Lisboa

"Concretamente no caso dos guineenses, cada etnia tem a sua conceção sobre VIH, muitas vezes associada a preconceitos que podem corresponder à expulsão da sua tribo ou a deixarem de poder pertencer àquela comunidade. (...) Muitas das pessoas acabam por dizer, 'eu prefiro não saber, prefiro não ir, porque isso pode significar que a minha família me ponha na rua ou deixe de me querer apoiar, e eu não posso deixar que isso aconteça'. (...) Outra coisa que também condiciona algumas etnias, são as crenças relativamente ao tratamento desta doença. Ainda existem pessoas que acreditam que o VIH se trata com as chamadas 'mesinhas', com chá da erva que a tia traz não sei de onde."

Anabela, direção de ONG apoio a imigrantes, grande Lisboa

Por último, ainda associado aos imigrantes, mas condicionando essencialmente o primeiro acesso aos serviços de saúde, são mencionadas barreiras relacionadas com o desconhecimento dos próprios sobre a forma de funcionamento do Sistema Nacional de Saúde (SNS), e sobre os seus direitos e como os exercer. Esta questão foi um dos fatores mais referidos em ambos os GF, sendo de realçar que este desconhecimento, no grupo dos PS, é frequentemente atribuído a alguma inércia e despreocupação por parte dos imigrantes, enquanto que no grupo das ONG, é mais associado ao estigma relacionado com a doença, e à dificuldade em obter informação, como se pode observar nas afirmações seguintes:

"Tenho a ideia de que muitos doentes vão ao serviço de urgência dos hospitais porque não fazem a mínima ideia do que é que devem fazer. (...) Estão completamente perdidos e sem saber como é que as coisas funcionam, nem quais são os seus direitos. Mas tenho a dizer também, que às vezes não fazem ideia, mas também não se preocupam muito em informar-se até verem que estão mesmo a necessitar. Nós vemos muitos doentes que vêm do Brasil para cá, por exemplo, com terapêutica para 6 meses, não se preocupam minimamente em ir procurar nem saber como é que devem fazer o seguimento, e depois, quando faltam 2 semanas para acabar a terapêutica, vão às urgências do hospital porque não têm terapêutica e não sabem como fazer dali para a frente"

Santiago, médico hospitalar VIH, grande Lisboa

"Preferem muitas vezes não ter acesso à informação, fazer de conta que não existe, do que se confrontarem com o diagnóstico e avançarem para o tratamento. São, de facto, questões muito difíceis de ultrapassar, e às vezes demoramos meses, para conseguir preparar a pessoa para enfrentar a doença, e enfrentar o tratamento."

Anabela, direção de ONG apoio a imigrantes, grande Lisboa

4.1.2.2. Barreiras associadas aos profissionais de saúde e sua relação com os imigrantes

Outro grande grupo de obstáculos referidos pelos participantes diz respeito a fatores relacionados com os próprios profissionais de saúde e sua relação com os imigrantes.

Tal como já tinha sido identificado em relação aos imigrantes, o desconhecimento dos PS relativamente à lei de acesso dos imigrantes ao SNS, e de como ela pode ser efetivada, é a barreira mais frequentemente referida em ambos os grupos, sendo abrangidos profissionais de vários níveis (incluindo administrativos e segurança). Este fator torna-se uma barreira essencialmente no primeiro acesso aos serviços e para imigrantes em situação irregular no país, acabando muitas vezes por gerar alguma arbitrariedade nas regras aplicadas em diferentes locais, como ilustrado no excerto seguinte:

"Cada um faz como entende. Estou a falar dos profissionais, e mais concretamente dos administrativos. Há um completo desrespeito e não cumprimento da legislação em vigor, no que se refere ao acesso da população migrante aos cuidados de saúde, sendo que tenho situações em que o cidadão me diz que lhe recusaram falar com o administrativo porque foi barrado pela segurança numa determinada unidade de saúde e depois foi a outra unidade de saúde onde até lhe deram o número de utente definitivo, a que ele nem tinha direito. Isto é o caos em que nós vivemos neste momento."

Felícia, enfermeira serviço de apoio ao imigrante, de âmbito nacional

A par do desconhecimento, vários participantes referem que existe frequentemente uma atitude negativa por parte dos profissionais de saúde face aos imigrantes (especialmente os que provêm de países terceiros à Europa), associada a preconceitos e racismo, relacionados, quer com a origem e cor da pele, quer com a questão do VIH, como se pode observar pelos excertos seguintes:

"Os porteiros dos Centros de Saúde dizem logo 'ó senhor, nem entre aí porque não tem consulta' e as pessoas são barradas. Existe uma atitude, de um modo geral, de alguma prepotência e de racismo entre nós e, portanto, as pessoas em situações de algum poder, mesmo que seja um pequeno poder, usam-no, e usam-no para bloquear o acesso (...) Chegam-me situações de relatos que são realmente tristes a ocorrerem nos dias de hoje. As pessoas a serem humilhadas pelo facto de terem VIH, e diria eu, terem VIH e serem africanos, porque provavelmente se não fossem não lhes diziam as coisas como dizem."

Pilar, médica hospitalar VIH, grande Lisboa

"Eu acho que o preconceito está em primeiro lugar. (...) Em relação às mulheres brasileiras há um estigma muito grande, muito conotado com a questão do sexo comercial e automaticamente o tratamento é vergonhoso. (...). Se for de uma nacionalidade mais ocidental, as coisas correm de uma maneira. E recordo aqui a questão, por exemplo, agora da Ucrânia, não temos qualquer tipo de entraves, muito pelo contrário, porque as pessoas estão muito sensibilizadas."

Francisco, direção ONG na área do VIH, Algarve

As barreiras de comunicação trazidas pela língua são outro obstáculo identificado por vários participantes, afetando essencialmente imigrantes que não falam nem compreendem português, inglês ou francês. Apesar de existirem alguns recursos como as linhas de tradutores do Alto Comissariado para as Migrações (ACM), não parecem ser suficientes para ultrapassar esta barreira.

"(...) a questão da língua, é um dos grandes entraves que sentimos, e que não é claramente ultrapassável com as linhas de tradutores do ACM por motivos vários. Porque não estão disponíveis em tempo útil, (...), eles já têm neste momento a possibilidade de se fazer agendamento do atendimento conjunto, mas nem sempre há tradutores disponíveis. O facto de estarem à distância também não facilita essa tradução."

Anabela, direção de ONG apoio a imigrantes, grande Lisboa

4.1.2.3. Barreiras estruturais

Por fim, são mencionados com muita frequência (principalmente por parte dos PS), obstáculos de nível estrutural, relacionados com a organização do nosso sistema de saúde, nomeadamente a complexidade e a burocracia inerente à inscrição dos imigrantes no SNS (principalmente nos cuidados de saúde primários), com uma multiplicidade de situações diversas, regras e especificidades, que tornam difícil a efetiva aplicação da lei, podendo levar as pessoas a recorrer mais à urgência dos hospitais que aos Centros de Saúde.

"A forma como está organizado o SNS pode dificultar esse processo para a pessoa imigrante. (...) Existem muitas regras diferentes, para diferentes imigrantes, para a sua forma de registo, e isso não facilita a vida de ninguém. (...) Os documentos necessários para a

inscrição no Centro de Saúde, podem ser uma grande barreira, principalmente o atestado de morada, que apesar de ter uma legislação orientadora, cada Junta interpreta de forma diversa. E a exigência de ter duas testemunhas para fazer esse documento, é muito difícil, sobretudo para uma pessoa que chegou cá há pouco tempo."

Mariana, Assistente social, ONG na área do VIH, grande Lisboa

Associado a esta questão é ainda referido o problema de os sistemas informáticos dos serviços de saúde não estarem preparados para pessoas sem número de utente, dificultando a concretização de alguns atos médicos a que os imigrantes têm direito (como a prescrição de receitas, exames, etc).

"As diversas plataformas de saúde não respeitam o que está consignado na lei ao nível dos direitos destes migrantes, particularmente nos migrantes com VIH. (...) Se o imigrante não tem número de utente definitivo, é uma dificuldade para passar exames, para emitir receitas, para fazer referências."

Joana, médica nos cuidados de saúde primários, grande Lisboa

Ainda a nível estrutural, vários participantes referiram a questão da falta de recursos no SNS, nomeadamente recursos humanos, o que, trazendo dificuldades de acesso para todos (nacionais ou não), é uma barreira acrescida no caso da população migrante.

"Este é outro problema. A escassez de recursos humanos nos cuidados de saúde primários. Temos falta de médicos (...) e isto passa-se um pouco por todo o país. (...). Costuma dizer-se que 'em casa, onde não há pão, todos ralham e ninguém tem razão'. O que começo a aperceber-me, é que até mesmo pessoas que eu conheço há uma série de anos, quando lhes telefono para resolver alguma situação, dizem 'não acredito, lá vens tu falares-me dos teus imigrantes'. Há aqui uma postura, uma mudança que me preocupa um bocadinho, é como se os imigrantes fossem mais um peso para além daquilo que nós já temos."

Felícia, enfermeira serviço de apoio ao imigrante, de âmbito nacional

4.1.3. Fatores facilitadores e boas práticas

O segundo grande tópico questionado nos grupos focais dizia respeito aos fatores facilitadores e exemplos de boas práticas para um melhor acesso dos imigrantes com VIH aos serviços de saúde. Curiosamente, no grupo dos PS, surgiu a questão da própria condição de ter VIH facilitar o acesso, uma vez que todo o acompanhamento médico prestado a este migrante fica centralizado na consulta de especialidade, proporcionando um maior acompanhamento e facilitando a navegação pelo sistema.

"Ter VIH é um fator facilitador. Um migrante que não tem VIH, seguramente tem muito menos acesso aos cuidados de saúde do que o migrante com VIH. Eu vejo isso, por exemplo, nas mulheres que são diagnosticadas na gravidez (...) passam primeiro pela obstetria e chegam aqui com um molho de papéis, de requisições, para ir fazer no nosso complexo sistema de saúde (...) um exame eco cardíaco em Santa Marta, mais análises não sei onde, mais uma ecografia morfológica num centro algures fora do hospital, para uma pessoa que nem fala português, chega ao final da gravidez e ainda não fez coisíssima nenhuma. O que vale a estas mulheres é terem VIH ou hepatite, porque aqui no serviço têm alguém que explica e acompanha, não só a equipa médica, mas também estruturas da comunidade."

Pilar, médica hospitalar VIH, grande Lisboa

Neste excerto surge já um dos principais fatores facilitadores mencionado em ambos os grupos (mas com maior expressão no das ONG) que é o apoio dado aos imigrantes por diversas estruturas de apoio. É especialmente realçado o papel das ONG, providenciando informação sobre os direitos, apoio psicossocial, referenciando-os, acompanhando-os aos serviços de saúde e dispondo muitas vezes de pares que facilitam não só a comunicação linguística, mas a mediação cultural. O papel dos mediadores nos serviços de saúde foi também referido, bem como a importância do gabinete de saúde do CNAIM.

"Na associação conseguimos referenciá-los para os serviços de saúde. É marcada a primeira consulta, e depois vamos com a pessoa, e ajudamos na obtenção do número de utente (...) De facto, quando vai alguém da associação a acompanhar as coisas são francamente mais céleres, até porque temos algum conhecimento que transmitimos à pessoa do atendimento, e as coisas agilizam-se mais facilmente. (...) Procuramos também apoiá-los na deslocação ao hospital, quer com a nossa viatura, quer com o pagamento do título de transporte. (...) É importante aqui a questão dos pares, e por pares entenda-se pessoas do mesmo país, da mesma etnia ou cultura, e que dominam a língua (...) que sejam eles a transmitir as informações às pessoas e a explicar a importância da adesão."

Cristiana, direção ONG na área do VIH, grande Lisboa

Outro dos fatores facilitadores referidos, que se liga também com a importância das estruturas de apoio, e sua relação com os serviços de saúde, é o diálogo e estabelecimento de redes de comunicação informais entre os vários serviços e profissionais, criando "vias verdes" de acesso e permitindo desbloquear problemas de forma mais fácil e célere. No entanto, é também assumido que, sendo um fator facilitador, esta não deve ser uma forma estrutural de funcionamento, pois faz com que o acesso aos serviços dependa das pessoas que lá estão no momento e das relações informais estabelecidas entre elas. Esta ideia foi transmitida tanto pelos PS como pelas ONG.

"Aquilo que nos vai valendo (...), é esta ligação tão próxima que vamos tendo com as diversas organizações de base comunitária, em que todos nós já temos os telemóveis e os e-mails uns dos outros. Agora se me disserem, se será uma solução formal para ampliar para o país todo, claro que não é este o objetivo, não é a solução (...)."

Carla, médica hospitalar VIH, Porto

"(...) dependia do Centro de Saúde, havia um com que tínhamos uma relação mais próxima, e conseguíamos com mais facilidade. (...) Em relação aos atestados de residência, tentamos colmatar as dificuldades com o facto de nós próprios conhecemos pessoas (...) e temos uma relação de proximidade com a União de Freguesias de Coimbra, e isso facilita. (...) O contacto de proximidade que estabelecemos com os serviços e com os técnicos em particular, pode ser um fator realmente facilitador para o acesso, mas claro que seria importante que as normas que existem e os direitos das pessoas conseguissem ser implementados. (...) A articulação com as associações, não devia depender só dos conhecimentos pessoais ou da boa vontade de algumas pessoas. As organizações deviam, de facto, ser consideradas desde logo como parceiras dos serviços de saúde."

Leonor, psicóloga ONG na área do VIH, Coimbra

A legislação existente, que assegura o direito a todos os imigrantes de serem atendidos no SNS, mesmo sem estarem em situação regular no país, prevendo ainda o acesso gratuito a atos médicos e medicação na área do VIH, e com o estabelecimento de acordos com alguns países (como é o caso do Brasil) que assume o acesso destes imigrantes nas mesmas condições que os nacionais, é apontada por ambos os grupos como um importante fator facilitador. É, no entanto, realçado que muitas vezes a lei não é cumprida, devendo a sua efetiva implementação ser assegurada.

"A lei, no papel, está feita. Agora efetivamente, muitas vezes, o problema é as pessoas saberem aplicar e utilizar isto, sobretudo os profissionais."

Jorge, Médico dos cuidados de saúde primários, grande Lisboa

"(...) a partir do momento em que tem infeção VIH, haja número de utente ou não haja, tem direito aos cuidados de saúde. Ponto! Como para as hepatites e para a tuberculose e outras doenças com impacto do ponto de vista da saúde pública. A lei está do nosso lado."

Carla, médica hospitalar VIH, Porto

Em termos de boas práticas, são referidos vários exemplos (essencialmente no grupo dos PS) relacionados com a forma de organização e funcionamento dos serviços, que muitos já implementam nos seus locais de trabalho. Para além da relação de proximidade entre os serviços de saúde e as organizações de base comunitária (referida anteriormente), são elencadas estratégias que pretendem aumentar a proximidade com os utentes, tais como:

- permitir pedidos de agendamento de consulta de especialidade nos hospitais diretamente por parte das pessoas (não necessitando de referenciação através do Centro de Saúde);
- comunicar com os utentes via mail;
- ter um dia de "consulta aberta" para atender utentes que não conseguiram ir à consulta que tinham agendada;
- ter um assistente social afeto ao serviço de infeciologia, proporcionando um atendimento mais integrado ao imigrante;
- associar às unidades de saúde, estruturas de acolhimento (como já existe em alguns hospitais) para assegurar o direito à habitação dos imigrantes que vêm ao abrigo de protocolos de saúde;
- possibilitar o levantamento da medicação nas farmácias comunitárias.

Uma das participantes dá o exemplo do seu serviço, em que criaram a figura do "gestor de caso" para possibilitar este acompanhamento mais próximo e integrado:

"Nós temos um gestor de casos (...) é a pessoa que conhece todos os utentes, (...) faz a vigilância de faltas às consultas (...) sabe as barreiras para o utente chegar ou não chegar ao serviço, (...) conhece os procedimentos para o utente poder navegar pelos serviços, e faz a ligação com os parceiros com quem trabalhamos em rede, com a equipa, com a comunidade e eventualmente com os cuidados de saúde primários."

Carolina, enfermeira hospitalar VIH, grande Lisboa

4.1.4. Sugestões / recomendações

No que diz respeito a sugestões ou recomendações para melhorar o acesso dos imigrantes com VIH aos serviços de saúde, o grupo das ONG focou a importância de as próprias comunidades serem envolvidas nas soluções, bem como as organizações que as representam e apoiam. A este respeito foi salientada a necessidade de assegurar e aumentar o seu financiamento:

"Todos dizem que as organizações são muito importantes (...), mas as associações são muito maltratadas pelo nosso governo. Não há investimento nas organizações. (...) As organizações estão a fazer um trabalho complementar ao dos serviços do estado, (...) um trabalho que o Estado não tem capacidade para fazer. Portanto, paguem-nos para o fazer."

Cristiana, direção ONG na área do VIH, grande Lisboa

Foi também sugerida a replicação do gabinete de saúde do CNAIM em mais locais a nível nacional, e realçada a grande importância de capacitar, quer os imigrantes, quer os profissionais, ao nível dos direitos dos imigrantes constantes na legislação e forma de os efetivar, com formação e/ou materiais informativos. É assumido que todos os serviços, mas principalmente as ONG podem ter um papel decisivo na capacitação dos imigrantes que acompanham, explicando-lhes os seus direitos, e a forma de funcionamento do sistema de saúde em Portugal, bem como a importância de se manterem em tratamento. Foi realçada a necessidade de chegar às pessoas nas próprias comunidades ou locais que frequentam, e sugerida a construção de folhetos em várias línguas. A este respeito, uma das participantes partilhou um projeto realizado no Reino Unido:

"Devemos olhar para estas comunidades que são difíceis de falar, de chegar, de comunicar e de reter nos cuidados e perceber qual é o ponto comum onde estas pessoas vão todas. Há um projeto que foi feito no Reino Unido, que teve a ver com a formação dos barbeiros na comunidade negra, acho que se chamava 'barbershop talk to brothers', para pessoas africanas que não iam a unidades de saúde, (...) formaram, penso que 11 ou 12 barbeiros onde as pessoas iam, para falar sobre VIH. (...) realmente a mensagem passou."

Carolina, enfermeira hospitalar VIH, grande Lisboa

A formação aos PS foi outra recomendação deixada pelos participantes, devendo ser contemplada pela tutela e assumida e implementada pelos vários serviços de saúde (eventualmente com a colaboração das ONG), abrangendo todos os profissionais, desde as chefias, aos seguranças e administrativos. Os conteúdos sugeridos centram-se na legislação que regula o acesso dos (vários) imigrantes aos serviços de saúde, bem como nos procedimentos administrativos a realizar para cada caso, podendo existir um guia prático e de fácil consulta que auxilie os profissionais no dia-a-dia. As questões culturais e a comunicação com os imigrantes são também referidas como tópicos a incluir.

"Também era importante termos formação em termos de capacidades de comunicação; alguma sensibilização para as dificuldades no acesso pelos migrantes, porque efetivamente existe discriminação. Existe ainda alguma resistência em olhar para a lei e para aquilo que são os direitos dos migrantes no acesso à saúde. Acho que seria importante fazer divulgação"

de quais são os direitos e como é que se pode facilitar o acesso através dos mecanismos já existentes, porque existem, e muitas vezes é preciso saber aplicá-los."

Jorge, Médico dos cuidados de saúde primários, grande Lisboa

Em resumo, com o desenvolvimento dos GF pretendeu-se conhecer a visão de PS e de profissionais de ONG sobre os fatores que influenciam o acesso dos imigrantes com VIH aos serviços de saúde. Todos os participantes são pessoas com conhecimento e contacto diário com esta realidade, seja numa visão externa aos serviços de saúde, seja como funcionários do próprio SNS, possibilitando a recolha de diferentes perceções sobre o assunto. Apesar de existirem algumas diferenças entre os dois grupos na relevância dada a certas questões, ambos referiram obstáculos semelhantes que ainda persistem no acesso dos imigrantes com VIH aos serviços de saúde, tendo este tópico dominado o discurso. Os obstáculos referidos sobrepõem-se com os identificados em vários estudos, indo desde fatores mais associados aos imigrantes e sua posição social (fatores socioeconómicos, culturais e falta de informação), a fatores relacionados com os PS (desconhecimento dos procedimentos de acesso dos imigrantes ao SNS, dificuldades de comunicação e atitude negativa/discriminatória), passando por questões estruturais, inerentes ao próprio sistema de saúde (burocracia e complexidade dos serviços, e falta de recursos). Ainda assim, foram bastantes os exemplos de fatores facilitadores e boas práticas mencionados, muitos deles já implementados e usados pelos participantes na sua prática profissional, o que indicia um envolvimento direto não apenas nos problemas, mas também nas soluções, com uma procura ativa de estratégias para ultrapassar os obstáculos identificados.

4.2. Inquérito por Questionário

Os dados recolhidos pelo inquérito por questionário são analisados segundo as respostas dadas às questões de cada secção (sub-capítulos 4.2.1 a 4.2.8). De seguida é analisada a relação entre algumas variáveis, de modo a perceber quais as que estão associadas ao acesso, à utilização dos serviços e/ou retenção nos cuidados de VIH, para dar resposta às questões de pesquisa (sub-capítulos 4.2.9 e 4.2.10).

4.2.1. Secção A: informação sobre si

Responderam ao questionário 407 pessoas, com uma média de idades de 41 anos (idade mínima 18; idade máxima 84; mediana de 38 anos¹⁰), tendo 55% idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos. Relativamente ao género, 54% identificam-se como sendo homens, 41% como sendo mulheres¹¹ e 5%

¹⁰ Idade mediana inferior à estimada para a população de imigrantes com VIH a viver atualmente em Portugal, que é de 49 anos, segundo dados fornecidos pelo INSA a 02/06/2023.

¹¹ Semelhante à distribuição estimada segundo o sexo dos imigrantes com VIH a viver atualmente em Portugal, segundo dados fornecidos pelo INSA a 02/06/2023 (58% masculino; 42% feminino).

como transgénero, não binário ou outro. A grande maioria dos inquiridos (81%) reside na área metropolitana de Lisboa, sendo quase metade (49%) originários de países da África subsariana, nomeadamente dos PALOP (24% da Guiné-Bissau) e 46% provenientes da América Latina, nomeadamente do Brasil (42%)¹². O nível de escolaridade é muito variado, tendo 40% escolaridade entre o 9º e o 12º ano, e 28% curso superior. Apesar de 46% dos inquiridos trabalhar a tempo inteiro, a percentagem de desempregados é bastante elevada, chegando aos 31%. Dentro dos que trabalham (a tempo inteiro ou parcial), a maioria exerce funções na área dos serviços pessoais, proteção/segurança e vendedores (36%), seguindo-se os trabalhadores não qualificados (27%)¹³.

No que diz respeito ao estado civil, 64% dos inquiridos são solteiros, e 27% são casados ou vivem em união de facto (*figura 4.7*), sendo que 48% vivem com pessoas do agregado familiar próximo (pais ou filhos), 35% vivem com outras pessoas e 18% vivem sozinhos. Relativamente ao suporte social percebido, 53% referem ter 1 ou 2 pessoas a quem recorrer se tiverem um problema pessoal grave, havendo 26% que indicam não ter ninguém com quem contar nessa situação. O indicador usado para avaliar a segurança financeira foi a satisfação das necessidades básicas (ex. alimentação, habitação, vestuário). Neste estudo, a maioria dos participantes refere ter conseguido satisfazer as necessidades básicas sempre (42%) ou na maior parte das vezes (43%), nos 12 meses anteriores, havendo, no entanto 14% que apenas o conseguiu poucas vezes, podendo indicar maior fragilidade económica.

Por fim, é importante salientar que 41% dos inquiridos se identificam como sendo gays ou homens que têm sexo com homens (HSH), 12% como pessoas que usam ou já usaram drogas (PUD), e 7% como trabalhadores do sexo (TS). Estes três fatores, juntamente com o ser transgénero, correspondem às quatro populações vulneráveis consideradas na área do VIH.

Os dados sociodemográficos acima referidos são ilustrados no *Anexo J*.

4.2.2. Secção B: processo de imigração

A maioria dos inquiridos (65%) vive em Portugal há relativamente pouco tempo (5 anos ou menos). Atualmente, 68% encontram-se em situação regular no país, estando 31% em situação irregular (muitos com processo de regularização pendente), sendo que 48% refere já ter estado em Portugal em situação irregular. Cerca de metade (51%) veio sozinho para Portugal, tendo 35% vindo com familiares. O nível de mobilidade dos inquiridos não parece muito elevado, sendo que 75% nunca viveram noutro país (para além de Portugal e do seu país de origem) e 48% nunca mudaram de concelho de residência (em Portugal), nem se ausentaram por mais de 1 mês. Estes dados são ilustrados no *Anexo K*.

¹² Na amostra existe alguma sobre-representação dos imigrantes originários da América Latina (estimados em 21% na população de imigrantes com VIH que vive atualmente em Portugal) relativamente aos imigrantes da África subsariana (estimados em 63%), segundo dados fornecidos pelo INSA a 02/06/2023.

¹³ Categorização de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões 2010, disponível em www.ine.pt

Cruzando algumas das variáveis analisadas nestas duas primeiras secções do questionário percebe-se que a amostra é composta essencialmente por dois grandes grupos: 1) imigrantes originários da África subsariana, mais velhos e com mais tempo de residência em Portugal, maioritariamente mulheres, com menor nível de escolaridade e maior grau de insegurança financeira; e 2) imigrantes originários da América Latina, maioritariamente homens, muitos pertencentes às populações vulneráveis consideradas (essencialmente HSH), mais novos, com maior nível de escolaridade e segurança financeira, com imigração para Portugal mais recente, estando muitos em situação irregular no país (*Anexo L*).

4.2.3. Secção C: cultura e crenças sobre saúde

As crenças sobre saúde e doença associadas a diferentes culturas podem ter influência no papel que os indivíduos atribuem aos serviços de saúde, e na forma como os usam, quer no global, quer relativamente a patologias específicas, como a infeção VIH. A este nível é de realçar que mais de metade dos inquiridos (55%) referem apenas recorrer a um médico em situação de doença (descurando, eventualmente os serviços preventivos), sendo que 13% acreditam na cura do VIH através de ervas ou tratamentos tradicionais, podendo estas questões ter um importante impacto na adesão ao tratamento (*figura 4.1*). Ainda assim, a quase totalidade (98%) assume que o VIH é um vírus real, e 95% refere saber para que serve o tratamento. Analisando os quatro itens conjuntamente, 59% dos inquiridos assinalam pelo menos um item que revela desconhecimento e/ou crenças de saúde menos adaptativas, sendo esta situação mais frequente nos imigrantes originários da África subsariana (76% vs 43% nos originários da América Latina).

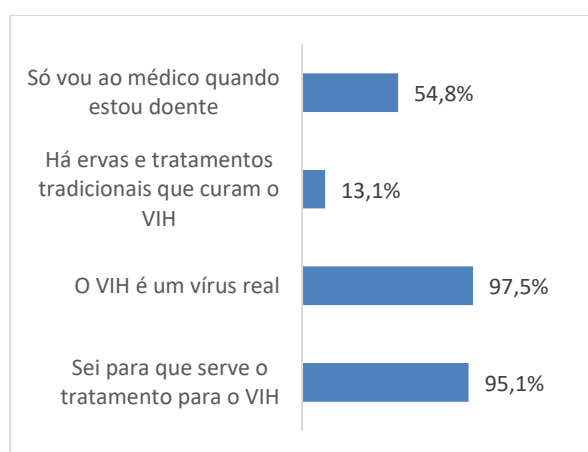


Fig.4.1. Crenças e conhecimentos sobre saúde/VIH (% inquiridos que concorda com as afirmações)

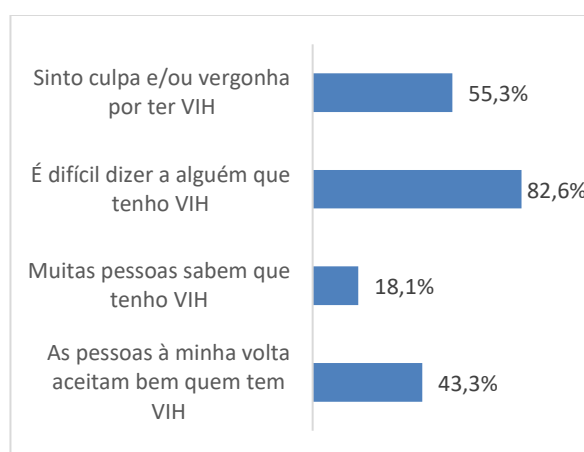


Fig.4.2. Estigma interno e estigma percebido (% inquiridos que concorda com as afirmações)

O estigma social que existe em relação ao VIH (atitude negativa face à infeção e às pessoas que com ela vivem) é muitas vezes internalizado pelos próprios, gerando sentimentos negativos face a si

(estigma interno), e uma percepção de que as outras pessoas têm uma atitude desfavorável face ao VIH (estigma percecionado ou antecipado), podendo estas questões ter grande influência em toda a cascata de tratamento da infeção. A este respeito, as respostas dadas no questionário parecem evidenciar um nível elevado de estigma interno e percecionado, com 83% dos participantes a referirem que é difícil para si partilhar o seu estatuto serológico com alguém, e que poucas pessoas sabem deste facto, e mais de metade (55%) a identificarem sentimentos de culpa e/ou vergonha por terem VIH, havendo uma percepção de que a maioria das pessoas não aceita bem quem tem esta infeção (43%) (figura 4.2). Analisando de forma global, 94% dos inquiridos assinada pelo menos um item indicador de estigma interno ou percecionado, sendo que 65% assinala pelo menos 3 dos 4 itens.

4.2.4. Secção D: acesso aos serviços de saúde

A maioria dos inquiridos (78%) tem número de utente do SNS, mas apenas 31% têm médico de família. Quase todos (95%) já recorreram a serviços de saúde em Portugal, tendo o primeiro acesso sido maioritariamente num hospital público (34% em urgência e 26% em consulta de especialidade) (figura 4.3). A razão mais referida para a primeira ida aos serviços de saúde em Portugal foi a infeção VIH (figura 4.4), sendo apontada mais frequentemente pelos imigrantes originários da América Latina (63%, indiciando diagnóstico de VIH prévio à vinda para Portugal), e menos da África subsariana (31%).

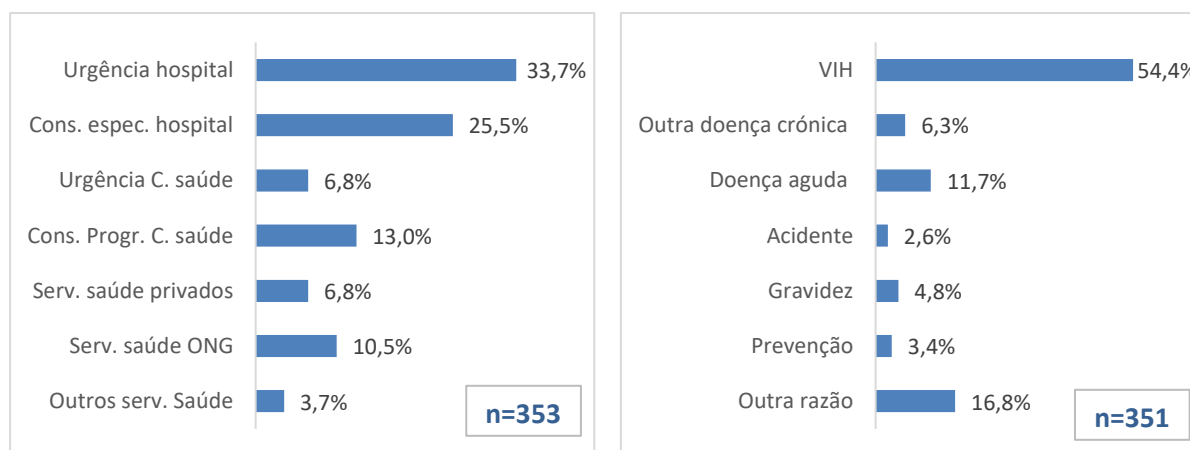


Fig.4.3. Local do primeiro acesso a s. saúde em Pt. Fig.4.4. Razão do primeiro acesso a s. saúde em Pt.

O tempo entre necessitar de ir a um serviço de saúde (na primeira utilização em Portugal) e ter sido atendido/a por um médico/a, é inferior a um dia para 35% dos inquiridos (figura 4.5), podendo este dado estar relacionado com o facto de a urgência hospitalar ser o serviço mais procurado. Para 48% dos inquiridos, a efetivação da consulta levou entre 1 dia e um mês, sendo superior a um mês para 18%. Mais de metade (52%) considera que aceder aos serviços de saúde em Portugal (na primeira vez) foi fácil ou muito fácil, havendo 19% que referem que foi difícil ou muito difícil (figura 4.6).

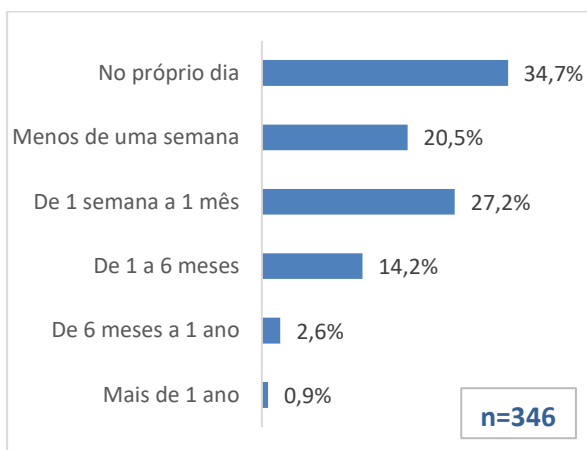


Fig.4.5. Tempo entre precisar de ir ao serviço de saúde e ser atendido por um(a) médico/a

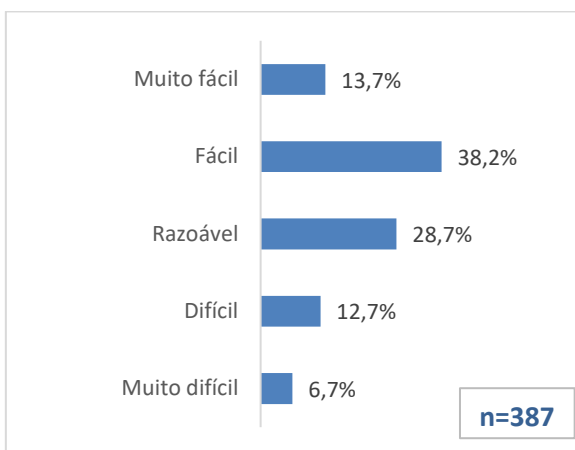


Fig.4.6. Grau de dificuldade para aceder aos serviços de saúde em Portugal

4.2.5. Secção E: utilização dos serviços de saúde

Os serviços de saúde mais usados pelos inquiridos nos últimos 12 meses foram as consultas de especialidade num hospital público (excluindo a consulta de VIH) (57%), as consultas programadas no Centro de Saúde (54%) e as urgências hospitalares (52%) (figura 4.21). Os serviços menos procurados são os serviços de saúde privados, as consultas de urgência no Centro de Saúde, e os serviços de saúde numa associação ou organização não governamental (60%, 41%, e 39% respetivamente, nunca procurou) (figura 4.7).

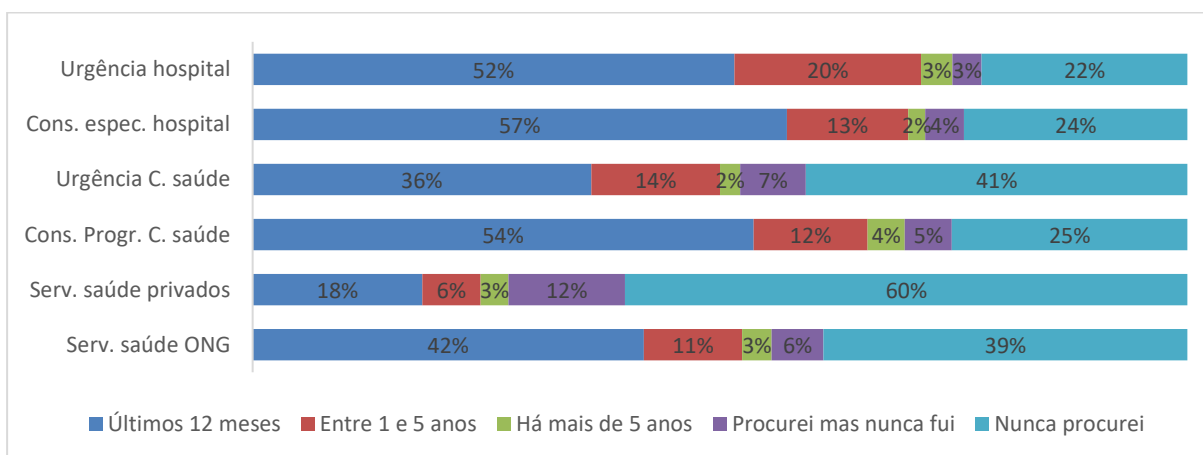


Fig.4.7. Utilização dos diferentes serviços de saúde, em Portugal

Relativamente à perceção das necessidades médicas não satisfeitas (desde que está em Portugal), 19% dos inquiridos afirmam que nos últimos 12 meses sentiram necessidade de ter cuidados de saúde e não os receberam, havendo 10% que referem que tal aconteceu há mais de 12 meses. As principais razões apontadas são a complexidade do sistema de saúde e dificuldade em marcar consulta (47%), terem recusado atendimento ou marcação de consulta por não ter número de utente (37%), não saber

como fazer para ter a consulta ou tratamento de que necessitava (34%) e o elevado tempo de espera (29%) (figura 4.8).

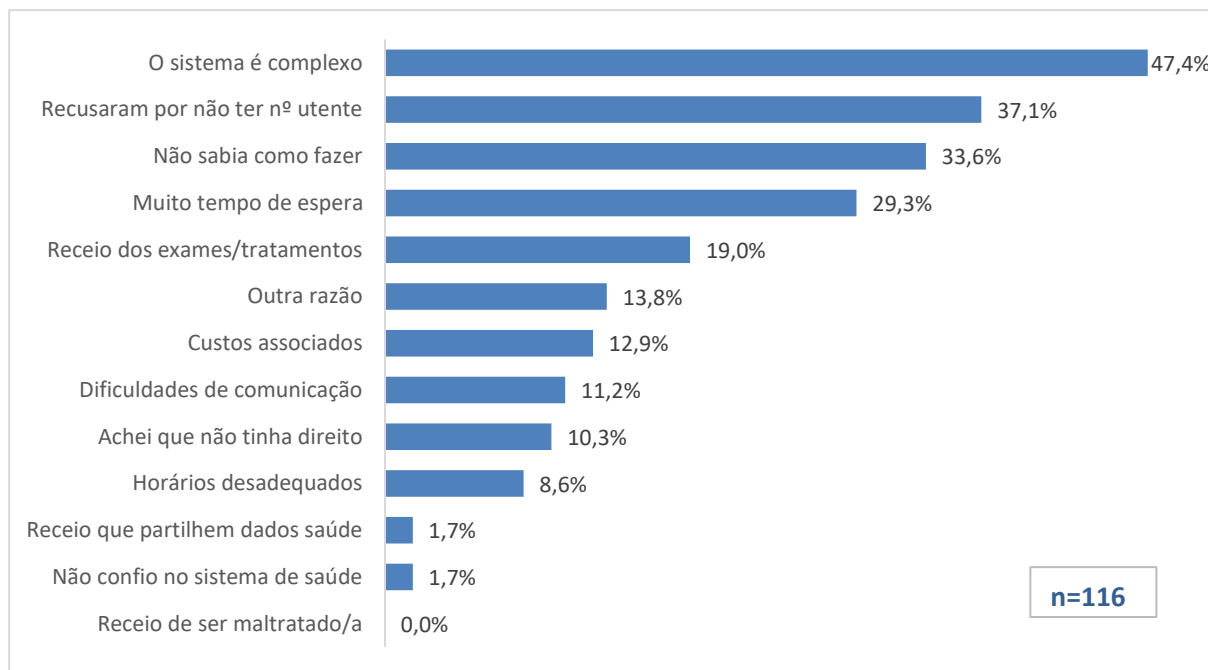


Fig.4.8. Razões subjacentes às necessidades médicas não satisfeitas

4.2.6. Secção F: tratamento do VIH

A grande maioria dos inquiridos (93%) tem acompanhamento médico para o VIH em Portugal (figura 4.9), sendo o tempo de espera mais frequente para a primeira consulta, entre uma semana e um mês (44%). Quase 10% dos inquiridos tiveram de aguardar mais de 3 meses para aceder à consulta de VIH em Portugal (figura 4.10).

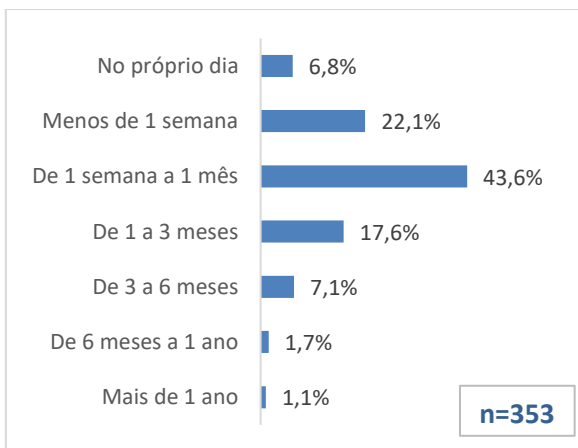
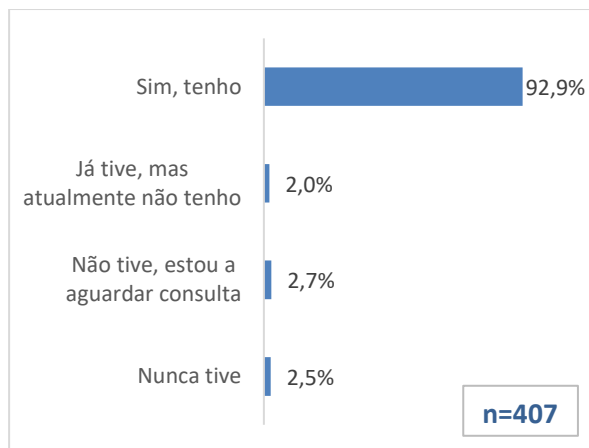


Fig.4.9. Acompanhamento médico para VIH em Pt. Fig.4.10. Tempo até à primeira consulta VIH em Pt.

Quase todos os inquiridos (96%) fazem atualmente medicação antirretroviral, sendo que destes, 9,5% deixaram ou interromperam tratamento para o VIH nos últimos 12 meses. As principais razões apontadas para esta interrupção e/ou para não tomar medicação antirretroviral são ter-se desorganizado ou esquecido das consultas/exames (33%), ter dificuldades em deslocar-se até ao hospital devido à distância, tempo despendido, custos, horários, etc. (17%) e o receio de ser maltratado ou discriminado pelos profissionais de saúde (14%) (figura 4.11). Há que referir que 42% dos inquiridos que responderam a esta questão mencionaram a existência de “outras razões” para não tomarem ou terem interrompido a medicação nos últimos 12 meses. No entanto, o programa usado para o preenchimento do questionário online não permitia a recolha (em resposta aberta) das outras razões, pelo que não é possível conhecer esta informação. Relativamente à carga viral, a grande maioria (86%) refere que estava indetetável nas últimas análises, 6,6% que estava detetável, 5,2% desconhecem a sua carga viral, e 1,7% não fazem análises há mais de 12 meses.

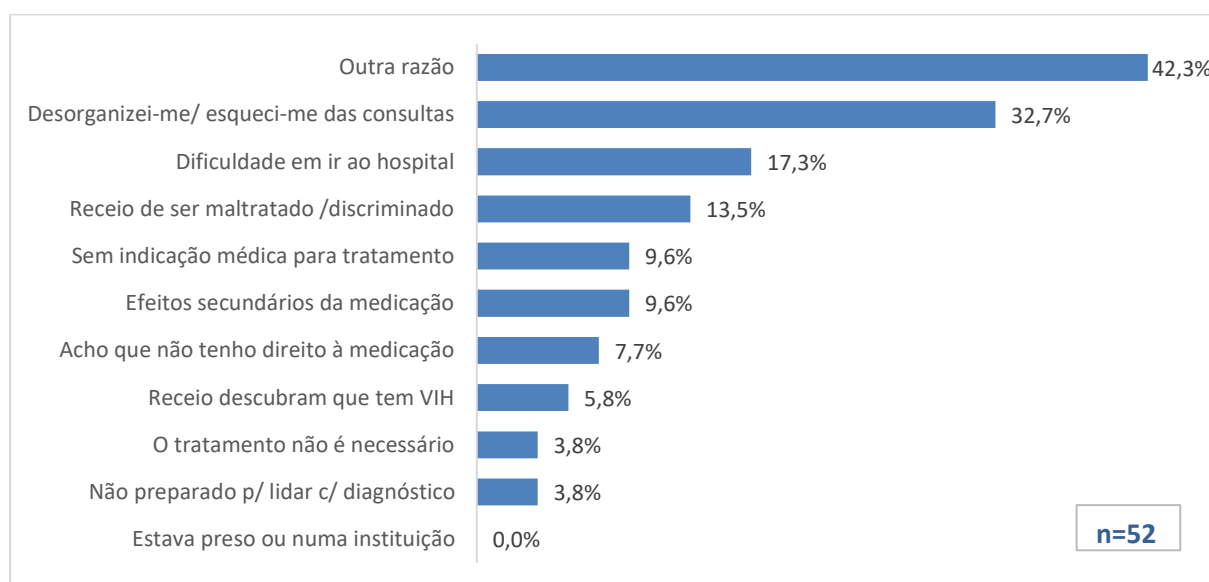


Fig.4.11. Razões para não tomar ou ter interrompido a medicação para o VIH

4.2.7. Secção G: experiências com os serviços de saúde

A experiência dos inquiridos com os serviços de saúde em Portugal é, em geral, positiva, sendo sentida como “boa” ou “muito boa” por 68%. Há, no entanto, 9,6% que a classificam como “má” ou “muito má” (figura 4.12). Apesar de 62% referirem não ter dificuldades na relação com os profissionais de saúde, 39% referem sentir dificuldades, especialmente na relação com o pessoal administrativo (30%) (figura 4.13).

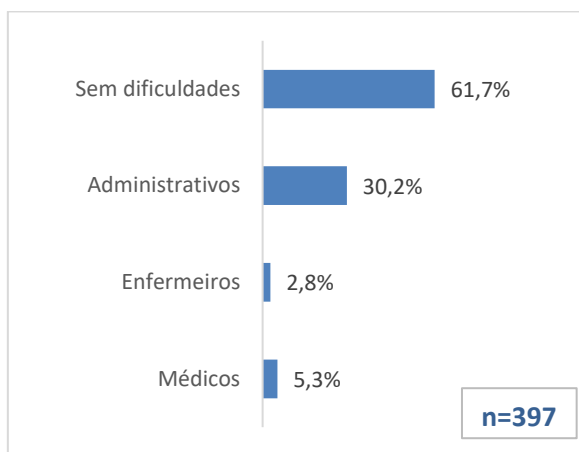
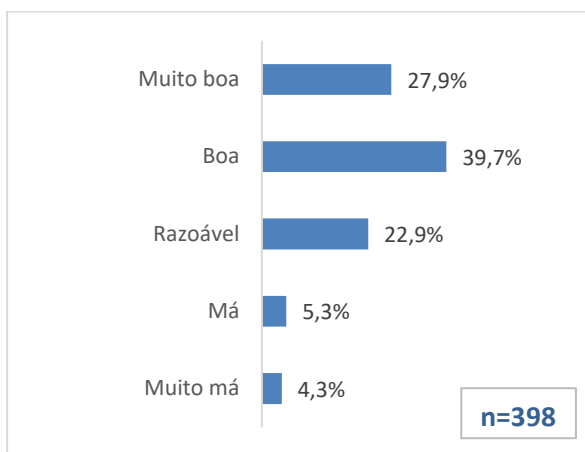


Fig.4.12. Experiência com os serv. saúde em Pt. Fig.4.13. Dificuldades na relação com os prof.saúde

Mais de metade dos inquiridos (56%) referem já ter experienciado obstáculos no acesso e/ou utilização dos serviços de saúde em Portugal, sendo os mais frequentes receber informações confusas ou contraditórias dos administrativos (22% nos últimos 12 meses e 15% há mais de 12 meses) e terem exigido documentos que não tinha (17% nos últimos 12 meses e 17% há mais de 12 meses) (figura 4.14). De facto, as barreiras administrativas ou burocráticas são as mais frequentes, sendo mencionadas por 45% dos inquiridos. Já as questões relacionadas com as diferenças culturais, julgamentos morais e/ou discriminação são referidas por 28% dos participantes. Ao nível das dificuldades de comunicação sentidas, são mais frequentes nos imigrantes originários da África subsariana (32%) que nos da América Latina (9,1%).

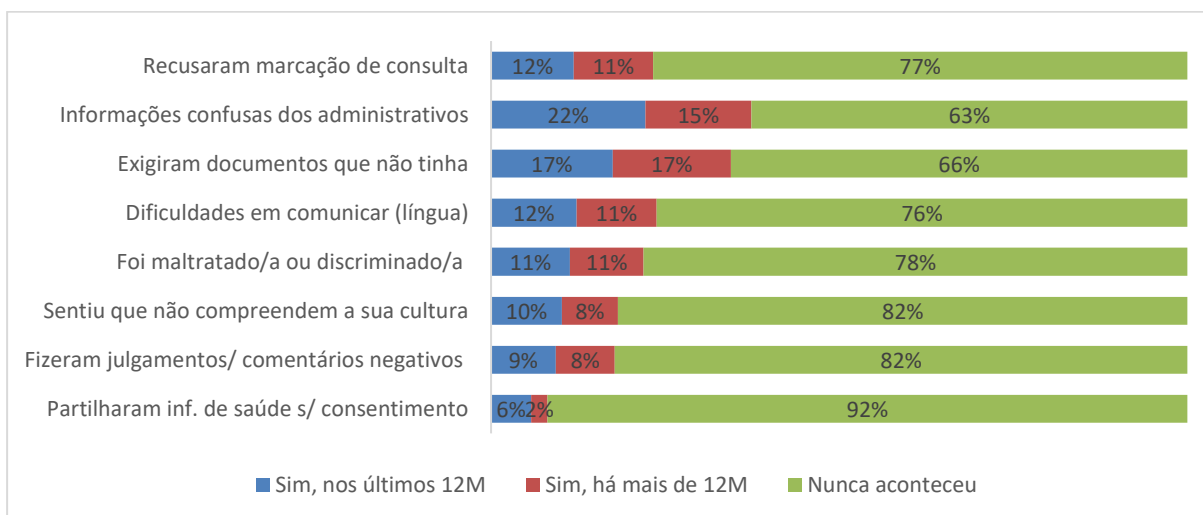


Fig.4.14. Obstáculos experienciados no acesso e/ou utilização dos serviços de saúde em Portugal

4.2.8. Secção H: fatores facilitadores do acesso

Quase todos os inquiridos (96%) referem receber ou ter recebido algum tipo de apoio para aceder aos serviços de saúde em Portugal, nomeadamente por parte de organizações não governamentais (73%),

seguindo-se o apoio de familiares ou amigos (16%) (figura 4.15). Todos os que recebem ou já receberam algum tipo de apoio classificam-no como “muito importante” (85%) ou “importante” (15%).

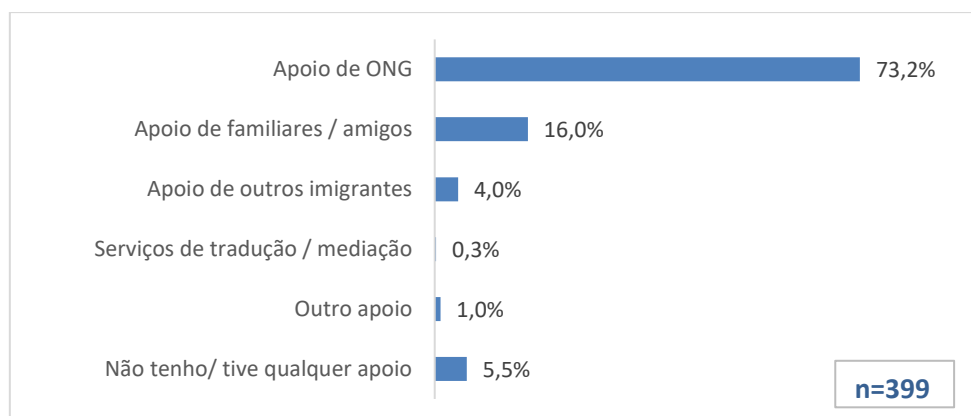


Fig.4.15. Apoio recebido para aceder aos serviços de saúde em Portugal

4.2.9. Fatores correlacionados com o primeiro acesso aos serviços de saúde

Como indicadores do primeiro acesso aos serviços de saúde foram consideradas quatro variáveis:

- ter (ou não) número de utente;
- tempo entre precisar de ir a um serviço de saúde em Portugal e ter sido atendido por um médico;
- dificuldade de acesso aos serviços de saúde em Portugal (auto-perceção);
- tempo até à primeira consulta médica de VIH, em Portugal

As variáveis com associação mais forte com “ter número de utente” são o tempo de residência em Portugal e o país de nascimento (*Anexo M*), verificando-se que os inquiridos que vivem há menos tempo em Portugal, bem como os que são oriundos de países da América Latina ou outros países da Europa, têm menor probabilidade de ter número de utente do SNS que os restantes (*figuras 4.16 e 4.17* respetivamente). Note-se que, neste caso, o não ter número de utente pode não ser indicador de menor acesso tendo em conta os acordos de saúde existentes com o Brasil e com outros países europeus que possibilitam que estes imigrantes sejam assistidos no SNS em igualdade de circunstâncias com os nacionais, sem necessitar de obter o número de utente (ver cap. 1.3).

Outras variáveis que apresentam uma relação significativa, mas menos intensa, com “ter número de utente” são a idade (ser mais velho); o nível de escolaridade (menor escolaridade); e o não ser gay/HSB (todas características associadas aos imigrantes da África subsariana).

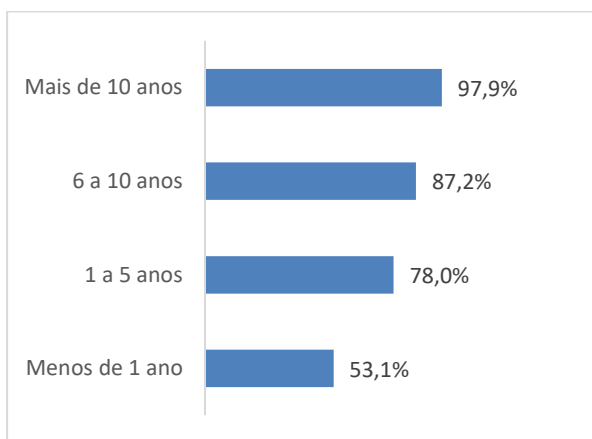


Fig.4.16. Inquiridos com número de utente, por tempo de residência em Portugal

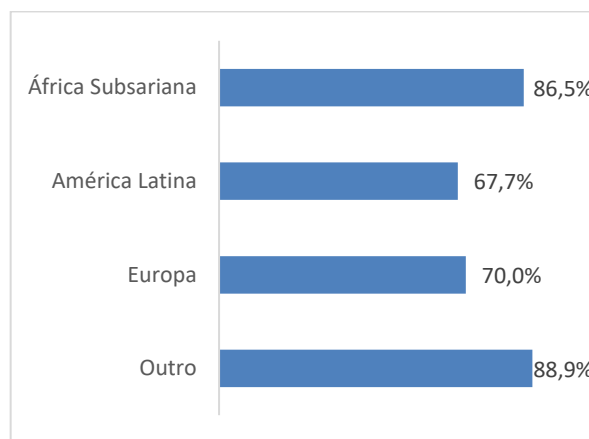


Fig.4.17. Inquiridos com número de utente, por país de origem (região)

Relativamente ao “tempo entre precisar de ir a um serviço de saúde em Portugal e ter sido atendido por um médico” verifica-se uma correlação inversa (estatisticamente significativa embora de fraca intensidade) com o tempo de residência em Portugal (*Anexo N*), ou seja, as pessoas que chegaram a Portugal mais recentemente deparam-se com uma maior morosidade entre a necessidade de receber cuidados médicos e a sua concretização. O mesmo acontece com os imigrantes naturais de países da América Latina ou outros países da Europa.

No que diz respeito à “dificuldade (percecionada) para aceder a primeira vez aos serviços de saúde em Portugal”, apresenta correlação positiva de intensidade moderada com os obstáculos experienciados ao nível das barreiras administrativas e burocráticas, bem como os relacionados com diferenças culturais, julgamentos morais e discriminação (*Anexo O*). Verificam-se ainda associações significativas (ainda que de fraca intensidade) com o género (masculino), com ser gay/HSB ou trabalhador do sexo, com o país de nascimento (América Latina e Europa), com ter uma maior mobilidade no país, e com a zona de residência, com as pessoas do Algarve, seguidas das da zona Centro a reportar maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde (*figura 4.18*).

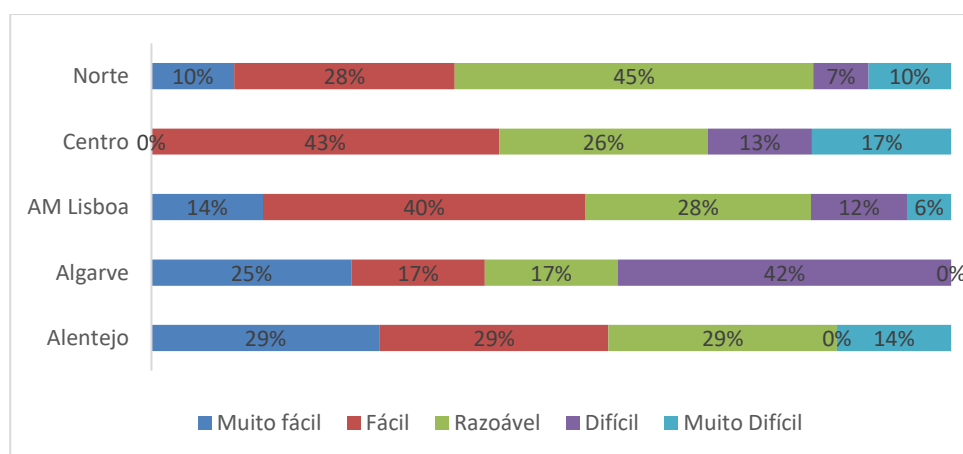


Fig.4.18. Nível de dificuldade no acesso aos serviços de saúde em Portugal, por zona de residência

Por fim, a variável “tempo até à primeira consulta médica de VIH, em Portugal”, tal como a anterior, correlaciona-se com as barreiras experienciadas a nível burocrático/administrativo, e ao nível das diferenças culturais e discriminação sentida (*Anexo P*). Verifica-se ainda que os homens, os gays/HSH, os imigrantes que estão mais recentemente em Portugal e os que são originários da América Latina e Europa, esperaram mais tempo pela primeira consulta de VIH, em Portugal, que os restantes.

4.2.10. Fatores correlacionados com a utilização e retenção nos serviços de saúde

Como indicadores da utilização dos serviços de saúde e retenção nos cuidados foram consideradas seis variáveis:

- utilização dos serviços de saúde nos últimos 12 meses;
- utilização da urgência num hospital público;
- utilização de consulta de especialidade (sem ser de VIH) num hospital público;
- utilização de consultas programadas no Centro de Saúde;
- necessidades de saúde não satisfeitas;
- não estar em tratamento para o VIH ou ter interrompido nos últimos 12 meses.

As variáveis com maior associação com a “utilização dos serviços de saúde nos últimos 12 meses” são o género, a idade, a escolaridade, o país de nascimento, o nível de satisfação das necessidades básicas e o tempo de residência em Portugal, com as mulheres, as pessoas mais velhas, as com menor escolaridade, as de origem africana, as que apresentam maior insegurança financeira, e as que residem há mais tempo em Portugal, a reportar terem usado mais serviços de saúde nos últimos 12 meses (*Anexo Q*). O mesmo se verifica com quem não é gay/HSH e com as pessoas que residem na AM Lisboa, seguidas das que vivem na zona Centro, sendo as do Alentejo e Algarve as que menos serviços de saúde usaram nos 12 meses anteriores ao preenchimento do questionário.

A análise das 3 variáveis seguintes pretende identificar diferenças nos padrões de utilização dos 3 serviços de saúde: urgência hospitalar; consulta de especialidade (no hospital); e consulta no Centro de Saúde (*Anexos R, S e T*). Verifica-se que as pessoas que se encontram em situação regular no país mostram maiores padrões de utilização dos 3 serviços que as que se encontram em situação irregular. No entanto, olhando para a utilização nos últimos 12 meses, a diferença esbate-se ao nível do recurso às urgências, acentuando-se na frequência a consultas de especialidade no hospital e no Centro de saúde (*figura 4.19*). No que diz respeito à área de residência, não se observam diferenças na utilização das consultas de especialidade, mas verifica-se que as urgências são mais utilizadas por quem reside na AM Lisboa, Centro e Norte, enquanto que as consultas no Centro de Saúde são mais procuradas pelos moradores do Alentejo e AM Lisboa. É ainda visível uma maior utilização das urgências por quem tem menor nível de conhecimentos e mais crenças desadequadas sobre saúde e VIH. Já o recurso a consultas de especialidade e no Centro de Saúde apresentam uma correlação positiva com uma boa

experiência no contacto com os serviços de saúde em Portugal. Por fim, há que referir que as consultas no Centro de Saúde são menos utilizadas por quem se identifica como sendo trabalhador(a) do sexo.

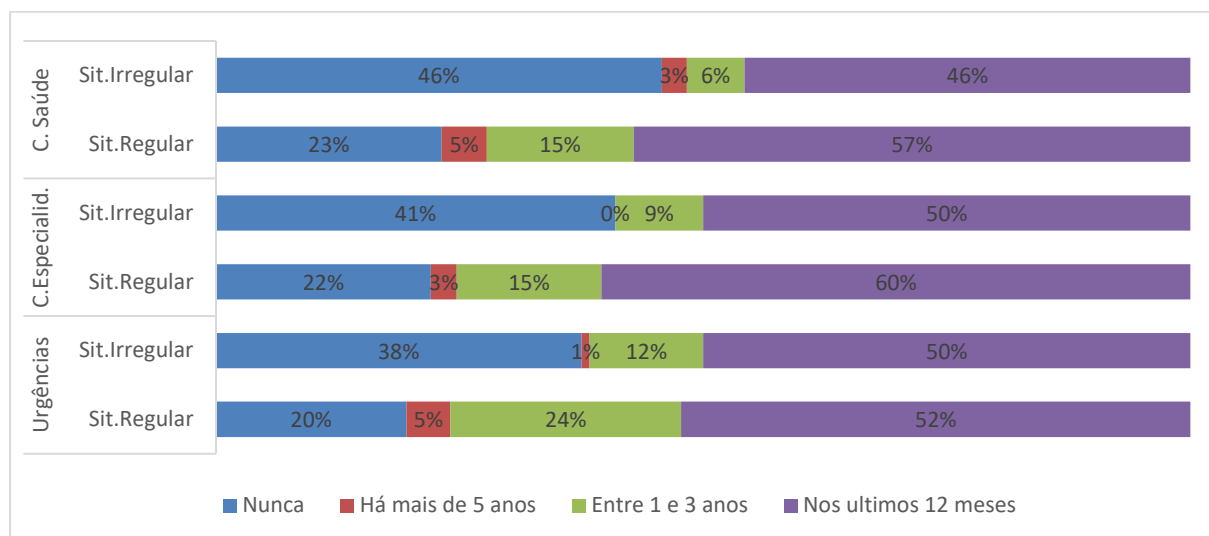


Fig.4.19. Utilização dos serviços de urgência, consulta de especialidade e consulta no Centro de Saúde, por situação administrativa no país

As variáveis que apresentam associação mais intensa com as “necessidades de saúde não satisfeitas” são as referentes aos obstáculos vivenciados nos serviços de saúde em Portugal, com maior relevo para as barreiras administrativas/burocráticas, seguindo-se as diferenças culturais, julgamentos morais e discriminação, e por fim a quebra de sigilo, e as dificuldades de comunicação (figura 4.20), refletindo-se numa avaliação mais negativa do contacto com os serviços de saúde (Anexo U).

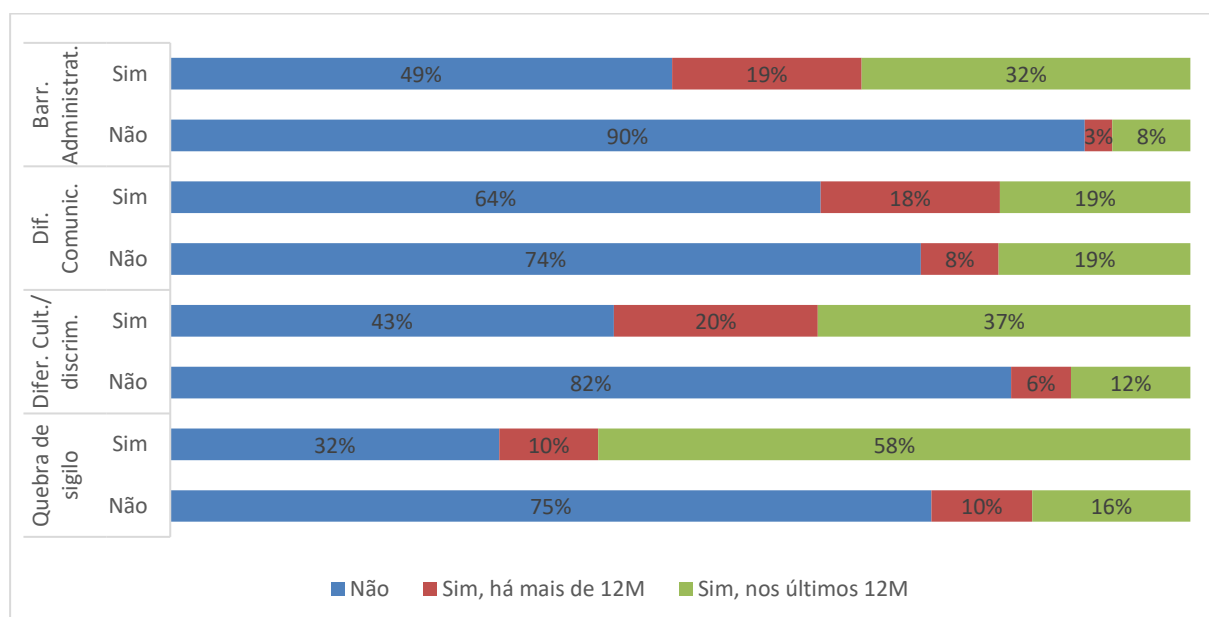


Fig.4.20. Necessidades de saúde não satisfeitas, por tipo de obstáculos experienciados nos serviços de saúde em Portugal

Verificam-se ainda associações significativas, embora de menor intensidade com outras variáveis, podendo-se observar que os homens, as pessoas mais novas, as mais recentes no país, as que estão em situação irregular, as que já mudaram várias vezes o seu concelho de residência, e as que nasceram na América Latina ou na Europa, referem mais frequentemente terem sentido necessidade de ter cuidados de saúde e não os ter recebido, tanto em geral, como nos últimos 12 meses. O mesmo acontece com as pessoas que se identificam como pertencendo às populações vulneráveis consideradas, com maior ênfase nas pessoas que usam drogas, seguindo-se os trabalhadores do sexo e por fim os gays/HSH.

A variável considerada como indicador para a (não) retenção nos cuidados referentes à infeção VIH é “não estar em tratamento para o VIH ou ter interrompido nos últimos 12 meses”. Também aqui, as experiências negativas no contacto com os serviços de saúde em Portugal, e o já ter experienciado vários obstáculos a este nível, se apresentam como relevantes, especialmente as barreiras administrativas/burocráticas, seguindo-se as diferenças culturais, julgamentos morais e discriminação, e por fim a quebra de sigilo (*Anexo V*). Para além destes fatores verifica-se ainda que quem tem menos conhecimentos e mais crenças desadequadas sobre saúde e VIH, bem como quem apresenta maior nível de estigma interno e percecionado, apresenta menor retenção nos cuidados para a infeção VIH. Por fim, é relevante mencionar a associação entre não estar em tratamento para o VIH ou ter interrompido nos últimos 12 meses, e outras variáveis, nomeadamente a zona de residência (Algarve), a insegurança financeira, ter pouco suporte social, ter mudado de residência várias vezes desde que chegou a Portugal, e ser trabalhador do sexo.

Em resumo, o segundo instrumento de investigação do presente estudo consistiu num questionário aplicado a nível nacional, com o apoio de organizações de base comunitária, a imigrantes com VIH a residir atualmente em Portugal. Foram abrangidas 407 pessoas, com idade média de 41 anos, maioritariamente homens (54%), residentes na área metropolitana de Lisboa (81%), estando 31% em situação irregular e 31% desempregadas. Mais de metade (51%) vieram sozinhos para Portugal, sendo 49% provenientes da África subsariana e 46% da América Latina. Atualmente, 35% vivem com pessoas que não são do seu agregado familiar próximo e 26% indicam não ter ninguém a quem recorrer se tiverem um problema pessoal grave. É visível um elevado grau de desconhecimento e/ou crenças pouco adaptativas sobre saúde e VIH (59%), essencialmente nos imigrantes originários da África subsariana, bem como de estigma interno ou percecionado (94%), havendo correlação significativa entre estes fatores e a fraca adesão ao tratamento VIH.

Praticamente todos os inquiridos (95%) já recorreram a serviços de saúde em Portugal, considerando fácil o primeiro acesso aos serviços (52%), que foi maioritariamente à urgência hospitalar (34%), com tempo de efetivação da consulta inferior a uma semana (55%). Nos últimos 12 meses os

serviços de saúde mais usados foram as consultas de especialidade num hospital público (excluindo a consulta de VIH) (57%), havendo, no entanto, 19% dos inquiridos que referem necessidades médicas não satisfeitas, essencialmente devido à complexidade do sistema de saúde e dificuldade em marcar consulta (47%). Tanto o primeiro acesso aos serviços como a sua utilização revelam indicadores mais favoráveis por parte dos imigrantes naturais da África subsariana (maioritariamente mulheres, mais velhas, com mais tempo de residência em Portugal, menor nível de escolaridade, e maior grau de insegurança financeira), comparativamente com os nascidos na América Latina (maioritariamente homens, pertencentes às populações vulneráveis, mais novos, com maior nível de escolaridade e de segurança financeira, com imigração para Portugal mais recente, estando muitos em situação irregular). O principal apoio recebido para aceder aos serviços de saúde foi dado por ONG (73%).

Apesar de 68% dos inquiridos classificarem a sua experiência com os serviços de saúde em Portugal de forma positiva, 56% já experienciaram obstáculos no acesso e/ou utilização dos serviços, sendo os mais frequentes as barreiras administrativas ou burocráticas (45%) seguindo-se as questões relacionadas com diferenças culturais, julgamentos morais e/ou discriminação (28%), as dificuldades de comunicação (23%) e a quebra de sigilo médico (8%). Estas barreiras mostraram ter um importante impacto tanto no acesso e utilização dos serviços de saúde, como na retenção nos cuidados ao nível do VIH. A este respeito é importante referir que, apesar de a grande maioria dos inquiridos (93%) ter acompanhamento médico para o VIH em Portugal, estando 96% a fazer medicação antirretroviral, 9,5% destes deixaram ou interromperam tratamento nos últimos 12 meses. Para além das barreiras referidas, contribuem para a fraca adesão à terapêutica, a insegurança financeira, ter pouco suporte social e maior mobilidade.

5. DISCUSSÃO

Os dados resultantes de ambos os métodos de pesquisa utilizados permitem concluir que os imigrantes com VIH que vivem em Portugal sofrem influência de múltiplos determinantes quer no acesso, quer na utilização dos serviços de saúde e retenção nos cuidados, indo ao encontro dos resultados obtidos nos vários estudos nacionais e internacionais realizados neste âmbito. A análise destes fatores será realizada de seguida, com o intuito de responder às três sub-questões de pesquisa colocadas neste estudo, e por fim, à questão de pesquisa principal.

5.1. Barreiras no acesso à saúde de imigrantes com VIH

Mais de metade dos imigrantes inquiridos neste estudo (56%) referiu já ter experienciado obstáculos no acesso aos serviços de saúde em Portugal, sendo as barreiras administrativas ou burocráticas as mais referidas, tanto pelos profissionais de saúde e das ONG, como pelos próprios imigrantes (45%), afetando essencialmente os que estão em *situação irregular* no país. Dentro destas, a *complexidade do sistema* é apontada como a principal razão associada às necessidades médicas não satisfeitas (47%). Esta barreira estrutural prende-se, não tanto com a legislação geral em vigor (que assenta no pressuposto do acesso universal à saúde), mas com a sua regulamentação e aplicação, pouco explícita quanto à documentação exigida, com várias nuances dependendo do país de origem, estatuto administrativo no país, tempo de residência, e até condição clínica apresentada pelo imigrante, e com problemas de concretização ao nível dos sistemas informáticos usados nos serviços de saúde, como salientado pelos profissionais de saúde. A esta questão junta-se o *desconhecimento dos profissionais* (especialmente os administrativos, por serem a “porta de entrada” no sistema) sobre os direitos dos imigrantes e procedimentos para acesso ao SNS, aspeto referido em ambos os grupos focais e por 37% dos imigrantes inquiridos, e que pode levar à recusa de atendimento destas pessoas (situação já experienciada por 23% dos inquiridos, e que é a segunda razão apontada para as necessidades médicas não satisfeitas). Também os próprios imigrantes revelam um elevado *desconhecimento sobre os seus direitos* e procedimentos de acesso ao SNS, sendo esta a terceira razão apontada pelos próprios para as necessidades médicas não satisfeitas (34%).

O segundo grande grupo de barreiras identificadas no presente estudo são as relacionadas com questões culturais e estigma, podendo manifestar-se tanto nas *atitudes dos profissionais de saúde* (através de julgamentos morais, desrespeito e comportamentos discriminatórios, situações experienciadas por 28% dos inquiridos), como nos próprios imigrantes devido ao *estigma interno* e *receio de ser maltratado ou discriminado*, questão que parece ter especial implicação na adesão ao tratamento de VIH, sendo a terceira razão apontada para não estar em tratamento ou ter interrompido nos últimos 12 meses (14%). Associada a esta questão surge a *quebra de sigilo médico*, que, apesar de ter sido relatada por apenas 8% dos participantes, surge como uma barreira tanto para a utilização dos serviços de saúde como para a retenção nos cuidados ao nível do VIH. Podendo relacionar-se com as questões culturais, as *crenças sobre saúde/doença e VIH* e o *baixo nível de conhecimentos sobre a infeção* constituem também um obstáculo, essencialmente para a retenção nos cuidados e adesão ao tratamento de VIH.

O terceiro grupo de barreiras identificadas neste estudo, tanto nos grupos focais, como no questionário, relaciona-se com a atual e crescente falta de recursos no SNS, que leva a um *elevado tempo de espera* pelas consultas, bem como os *custos associados* (razões apontadas por 29% e 13% das pessoas para as necessidades médicas não satisfeitas, respetivamente). Este nível de barreiras

pode ter mais impacto nas pessoas com maior vulnerabilidade socioeconómica. De facto, a *insegurança financeira* e a *falta de suporte social* estão associadas à não adesão ao tratamento de VIH, sendo a dificuldade em deslocar-se até ao hospital devido à distância, tempo despendido, custos, horários, etc. referida como uma das principais causas para não fazer ou ter interrompido tratamento antirretroviral nos últimos 12 meses (17%).

As *dificuldades de comunicação* devido à língua são uma barreira já sentida por 23% dos inquiridos, especialmente pelos originários da África subsariana, sendo apontada como razão das necessidades médicas não satisfeitas por 11% das pessoas. Por fim, surge a *elevada mobilidade* (dentro e fora do país) como um fator também associado às necessidades médicas não satisfeitas e a uma menor retenção nos cuidados ao nível do VIH. Esta questão poderá estar relacionada com alguma *instabilidade e desorganização* dos imigrantes, a principal razão referida pelos próprios para não fazer tratamento antirretroviral ou ter interrompido nos últimos 12 meses (33%).

Estamos assim em condições de responder à primeira sub-questão de pesquisa: **“Os obstáculos dos imigrantes com VIH no acesso e utilização dos serviços de saúde em Portugal são equivalentes aos dos imigrantes que não vivem com esta infeção, já identificados na literatura?”**. De uma forma geral pode dizer-se que sim, uma vez que as barreiras identificadas neste estudo são semelhantes às que surgiram em estudos anteriores referentes ao acesso dos imigrantes à saúde, tanto em Portugal (Oliveira 2022; Oliveira, 2021; Oliveira & Gomes, 2018; Dias et al., 2018; ERS, 2015; Dias et al., 2011; Estrela, 2009) como noutros países (Roche, 2021; Lebano et al., 2020; WHO, 2018; Ndumbi et al., 2018; Vissandjée et al., 2017; Willen, 2017; Stanciole & Huber, 2009; Scheppers et al., 2006). Ainda assim, alguns dos obstáculos parecem assumir especial relevância para as pessoas que vivem com VIH, nomeadamente os relacionados com o estigma e discriminação (real, antecipada ou internalizada) e com a quebra de sigilo médico, indo ao encontro dos resultados encontrados por vários autores (Duarte et al., 2022; Nöstlinger et al., 2022; Philpot et al., 2022; Gogishvili et al., 2021; Whyte et al., 2015). Realça-se o papel das crenças e conhecimentos relacionados com o VIH e da mobilidade dos migrantes, questões que mostraram impactar na retenção nos cuidados e adesão à terapêutica antirretroviral, e que foram também identificados por Nöstlinger et al. (2022) e Tavares et al., (2019).

5.2. Fatores facilitadores no acesso à saúde de imigrantes com VIH

A fonte de apoio para o acesso e utilização dos serviços de saúde referida mais frequentemente, tanto pelos profissionais de saúde e das ONG, como pelos próprios imigrantes (73%) são as *associações / organizações não governamentais* que, através de serviços de referência para o SNS, acompanhamento e transporte às consultas, apoio social, mediação e apoio de pares, entre outros, podem ser um importante auxiliar não só no primeiro acesso às consultas (essencialmente de VIH), como para a retenção nos cuidados, como já evidenciado por Gomes (2020) relativamente à realidade

nacional, e por outros estudos internacionais (Cassels et al., 2023; Nöstlinger et al., 2022; Gogishvili et al., 2021). É, no entanto, importante salientar que este dado poderá estar enviesado neste estudo pois a grande maioria dos imigrantes inquiridos foi recrutada através de ONG. Ainda assim, esta variável não evidenciou uma associação estatisticamente significativa com nenhum dos indicadores considerados, referentes ao acesso e à utilização dos serviços de saúde e retenção nos cuidados.

O apoio recebido por parte de familiares ou amigos foi a segunda fonte de apoio mais assinalada pelos imigrantes (16%), sendo que os que apresentam maior *suporte social* mostraram maior adesão ao tratamento VIH, indo ao encontro do relatado por diversos autores (Nöstlinger et al., 2022; Gogishvili et al., 2021; Tavares et al., 2019).

Apesar de as barreiras de comunicação devido à língua estarem associadas a uma menor utilização dos serviços de saúde, o apoio de serviços de tradução (disponibilizados de forma gratuita pelo ACM) parece assumir pouca relevância tanto para os imigrantes (sendo assinalado por apenas 0,3% dos inquiridos) como para os profissionais, contrariando o referido em alguns estudos (Cassels et al., 2023; Nöstlinger et al., 2022). É possível que as dificuldades de comunicação sejam colmatadas (pelo menos parcialmente) pelo apoio de pares fornecido pelas ONG.

Por fim, é importante referir que, no presente estudo, o grupo dos imigrantes originários de países da África subsariana, essencialmente mulheres, mais velhas, chegadas a Portugal há mais de 10 anos, maioritariamente em situação regular no país, apresenta indicadores de um melhor acesso e mais utilização dos serviços de saúde. É difícil identificar qual ou quais destes fatores são determinantes para a facilitação deste acesso, mas cruzando com as evidências de estudos anteriores (Oliveira 2022; Oliveira, 2021; Dias et al., 2018; Estrela, 2009; Dias et al., 2008b) o mais provável é que as variáveis determinantes sejam o (maior) *tempo de residência em Portugal* (associado usualmente a um maior grau de integração no país), estar em *situação regular*, e ser do *sexo feminino*. De facto, a maior facilidade de acesso ter sido encontrada nas pessoas nascidas na África subsariana foi inesperado, e contraria os resultados de estudos anteriores (Cruz et al., 2023; Nöstlinger et al., 2022; Ndumbi et al., 2018; Ross et al., 2018), sendo apenas explicável pela forte associação com as variáveis referidas anteriormente (tempo de permanência no país, estatuto regular e ser mulher).

Para a retenção nos cuidados ao nível do VIH, acrescem ainda outros fatores facilitadores, como ter maior *literacia em saúde* (nomeadamente mais conhecimentos e menos crenças erradas sobre VIH), *melhor aceitação da infeção* (com menor grau de estigma interno e percecionado/antecipado), e mais *segurança financeira*, fatores também enunciados por Nöstlinger et al. (2022). É curioso que a segurança financeira surja apenas associada à adesão ao tratamento de VIH e não a uma maior facilidade de acesso/utilização dos serviços de saúde em geral. A explicação mais provável é a maior prevalência de insuficiência económica nos imigrantes da África subsariana que, neste estudo, aparecem associados a outras variáveis que facilitam o seu acesso à saúde, e que se sobrepõem.

Podemos então responder à segunda sub-questão de pesquisa colocada: “**Que fatores estão associados a um melhor acesso e utilização dos serviços de saúde /retenção nos cuidados, por parte de imigrantes com VIH?**” Os principais fatores que parecem facilitar o acesso e utilização dos serviços de saúde são o apoio fornecido por ONG, o suporte social de amigos e familiares e o estar em situação regular no país. Há ainda associação com o sexo feminino e com residir em Portugal há mais tempo. Como facilitadores da retenção nos cuidados ao nível do VIH acrescem aos fatores anteriores, ter mais conhecimentos sobre a infeção, e menos estigma interno e percebido/antecipado, bem como a segurança financeira.

5.3. Acesso inicial aos serviços de saúde vs utilização e retenção nos cuidados

Segundo os resultados do presente estudo, os fatores que influenciam o primeiro acesso dos imigrantes com VIH aos serviços de saúde em Portugal não são totalmente coincidentes com os que se associam à utilização continuada dos serviços nem à retenção nos cuidados ao nível do VIH.

O acesso inicial aos serviços de saúde (tanto no geral como às consultas de VIH) é avaliado como mais difícil e demorado pelos imigrantes *originários da América Latina*, maioritariamente *homens* e *com processo de imigração para Portugal mais recente*, bem como por quem se identifica como sendo *gay/HSB* e/ou *trabalhador do sexo*, e por quem *reside no Algarve e na zona Centro*. Note-se que a procura da consulta de VIH como razão para o primeiro acesso aos serviços de saúde em Portugal parece indiciar que boa parte dos nascidos na América Latina vem para Portugal com *diagnóstico prévio de VIH* (ao contrário dos nascidos na África subsariana em que a maioria dos diagnósticos são feitos após a chegada a Portugal), implicando uma maior urgência no acesso aos serviços de saúde (nomeadamente à consulta de especialidade de VIH). Esta hipótese é corroborada pelos resultados encontrados por Gomes (2020) que apontam para maiores dificuldades na ligação à consulta de especialidade de VIH nos imigrantes que vêm com diagnóstico prévio, comparando com os que são diagnosticados em Portugal (que, para tal, já têm de ter acedido aos serviços de saúde).

Ainda como fatores determinantes para o acesso inicial aos serviços, surgem, tanto nos grupos focais, como no questionário e em vários estudos (Gomes, 2020; Tanser et al., 2015), as barreiras relacionadas com as *exigências administrativas, burocracia e complexidade do sistema*, e a *falta de informação por parte dos profissionais de saúde e dos próprios imigrantes* sobre os seus direitos e procedimentos de acesso ao SNS. Curiosamente a *mobilidade* e a *vivência de situações de discriminação, julgamentos morais e desrespeito cultural* por parte dos profissionais de saúde que, nos grupos focais foi mais associado à utilização dos serviços e retenção nos cuidados, revelou-se também um fator importante para o primeiro acesso aos serviços de saúde.

Todos os fatores referidos como exercendo influência no primeiro acesso, apresentam-se também como decisivos para a utilização dos serviços de saúde, com a diferença que as menores taxas

de utilização se registam nos residentes do *Algarve e Alentejo*. A estes fatores acrescem outros como a *idade (ser mais novo)* e *estar em situação irregular no país* (também identificados por Dias et al., 2008a e Dias et al., 2008b). Surgem ainda fatores inesperados como um maior nível de escolaridade e de segurança financeira, apenas explicáveis pela associação destas variáveis aos imigrantes originários da América Latina, que como já foi referido, têm características que acabam por prevalecer e exercer maior influência na sua (baixa) utilização dos serviços de saúde. O padrão de utilização dos diferentes serviços também diverge, com os imigrantes em *situação irregular*, os que vivem no *Alentejo*, e os que têm *menor grau de conhecimentos e crenças desadequadas* face à saúde/doença e VIH a utilizarem mais os serviços de urgência e menos as consultas do Centro de Saúde ou de especialidade (no Hospital). Comparando com a utilização dos serviços de saúde por parte da população residente em Portugal aferida pelo Inquérito às Condições de Vida e Rendimento realizado em 2022 (INE, 2023), pode concluir-se que os inquiridos neste estudo têm uma utilização das consultas de clínica geral bastante inferior à média nacional (55% vs 76%, nos últimos 12 meses), podendo este facto dever-se à condição de imigrante, e/ou à infeção VIH (que implica acompanhamento médico regular na consulta de especialidade, podendo diminuir a necessidade de recorrer ao Centro de Saúde).

Como já referido na revisão de literatura, uma menor utilização dos serviços de saúde pode dever-se quer a uma menor necessidade, quer à existência de barreiras e outros determinantes que dificultam o acesso. Neste estudo, a menor utilização dos cuidados de saúde revelou uma associação positiva com as necessidades médicas não satisfeitas, refletindo assim efetivas dificuldades no acesso aos serviços. De facto, as características das pessoas que mais revelam necessidades médicas não satisfeitas são as mesmas das que menos utilizam os serviços de saúde, acrescentando outros fatores como já ter vivenciado *barreiras relacionadas com questões burocráticas/administrativas*, com *diferenças culturais, julgamentos morais e discriminação*, com *dificuldades de comunicação devido à língua, quebra de sigilo, questões estruturais dos serviços* como o elevado tempo de espera, custos associados e horários, e pertencer às *populações vulneráveis* consideradas (gay/MSM, TS, ou PUD). De realçar que os inquiridos deste estudo revelam um nível de necessidades médicas não satisfeitas nos últimos 12 meses (19%) bastante superior ao aferido para a população nacional (5,7%) segundo dados recolhidos pelo Inquérito às Condições de Vida e Rendimento realizado em 2021 (INE, 2022).

A (menor) retenção nos cuidados ao nível do VIH revela influência de alguns fatores comuns ao (menor) acesso e utilização dos serviços de saúde, nomeadamente as *barreiras experienciadas nos serviços de saúde* aos vários níveis (descritas no parágrafo anterior, com exceção das dificuldades de comunicação), as *questões estruturais dos serviços*, ter maior *mobilidade*, residir no *Algarve* e ser *trabalhador do sexo*. Acrescem outros fatores como a *literacia em saúde e VIH* (ter menos conhecimentos e mais crenças desadequadas), maior nível de *estigma interno e percebido*, *insegurança financeira*, e *pouco suporte social*. Estas duas últimas questões bem como a mobilidade tinham já sido associadas à menor retenção nos cuidados de VIH em estudos anteriores (Gomes, 2020;

Bil et al., 2019; Tavares et al., 2019; Fakoya et al., 2018; Ross et al., 2018). É interessante verificar que, ao contrário do que se passa com o primeiro acesso e utilização dos serviços de saúde (no geral), para a adesão ao tratamento do VIH as características associadas aos imigrantes originários da América Latina já não parecem exercer uma influência determinante, havendo sobreposição de outros fatores.

Podemos assim concluir que a resposta à terceira sub-questão de pesquisa (**“Os fatores que dificultam e facilitam o primeiro acesso aos cuidados de saúde são semelhantes aos que influenciam o acesso continuado e retenção nos cuidados?”**) não é linear, havendo vários fatores semelhantes, mas também muitos distintos. Na Tabela 5.1 podem ser visualizados os principais fatores associados aos vários níveis de acesso aos serviços de saúde, encontrados neste estudo.

Tabela 5.1. Fatores associados aos vários níveis de acesso aos serviços de saúde em Portugal encontrados no presente estudo

Maior dificuldade no acesso inicial aos serv. saúde	Maior dificuldade na utilização dos serv. saúde	Menor retenção nos cuidados ao nível do VIH
Originários da Am. Latina	Originários da Am. Latina	Residentes no Algarve
Homens	Homens	Insegurança financeira
Há menos tempo em Portugal	Mais novos	Pouco suporte social
Residentes no Algarve ou Centro	Há menos tempo em Portugal	Maior mobilidade
Gay/HSH e/ou TS	Situação irregular	Instabilidade/desorganização
Maior mobilidade	Residentes no Algarve/ Alentejo	TS
Barr. administrat./Complexidade	Gay/HSH, TS e/ou PUD	Barr. administrat./Complexidade
Desconhecimento dos procedim. acesso dos imig. ao SNS (PS e imig)	Maior mobilidade	Desrespeito, discriminação e julgamentos morais pelos PF
Desrespeito, discriminação e julgamentos morais pelos PS	Barr. administrat./Complexidade	Quebra de sigilo
	Desconhecimento dos procedim. acesso dos imig. ao SNS (PS e imig)	Menor literacia saúde/VIH
	Desrespeito, discriminação e julgamentos morais pelos PS	Estigma interno e percecionado
	Quebra de sigilo	Questões estruturais (eg. tempo despendido, custos, horários)
	Dificuldades de comunicação	
	Questões estruturais (eg. tempo despendido, custos, horários)	

5.4. Determinantes do acesso à saúde dos imigrantes com VIH em Portugal

Pela resposta às três sub-questões de pesquisa é possível verificar que existem, de facto, vários fatores que influenciam o acesso à saúde dos imigrantes com VIH, na sua maioria semelhantes aos sentidos pelos imigrantes em geral, e já identificados por diversos autores. Como referido na literatura, muitos destes fatores estão associados a uma maior fragilidade socioeconómica (Oliveira 2022; Oliveira, 2021; Dias et al., 2018; Estrela, 2009) que pode ser observada neste estudo através de alguns indicadores que se mostram mais desfavoráveis que os da população residente em Portugal, nomeadamente a

taxa de desemprego (31% no estudo vs 6% na população nacional; PORDATA & INE, 2023b), a escolaridade (no estudo 8% não sabem ler nem escrever vs 3,8% sem escolaridade a nível nacional; PORDATA & INE, 2023a) e o suporte social (no estudo 21% dos inquiridos tem 3 ou mais pessoas a quem recorrer vs 60% segundo os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2019; INE, 2020).

Estamos assim em condições de responder à questão principal de pesquisa deste estudo: **“Quais os determinantes do acesso à saúde dos imigrantes com infeção VIH, em Portugal, e qual a sua influência na utilização dos serviços de saúde?”**. Para tal, será utilizada a classificação dos determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes apresentada por Ndumbi et al. (2018), Dias et al. (2018), e Scheppers et al. (2006), agrupando os fatores encontrados em três grandes categorias.

- **Fatores associados ao indivíduo:** grande parte dos determinantes identificados no presente estudo são fatores associados aos imigrantes e sua posição social. Nestes incluem-se características sociodemográficas, como a *idade (mais baixa)*, ser do *sexo masculino*, e ter nascido na *América Latina* (nomeadamente no Brasil), fatores que se relacionam com estar *há menos tempo no país*, em *situação irregular*, e ter *diagnóstico de VIH prévio* à vinda para Portugal, determinantes associados a uma maior dificuldade no acesso e utilização dos serviços de saúde. A zona de residência parece também influenciar no acesso aos cuidados de saúde, aparecendo o *Algarve* como a região mais desfavorável. A maior *mobilidade* no país, bem como a pertença às *populações vulneráveis* para o VIH (gay/HSH, TS e/ou PUD) também se revelam como fatores associados a uma maior dificuldade de acesso aos serviços, provavelmente por trazerem fatores acrescidos de vulnerabilidade aos que decorrem da condição de migrante e à infeção VIH. Um dos principais determinantes associados aos imigrantes é o *desconhecimento dos próprios relativamente aos seus direitos de acesso à saúde e modo de funcionamento dos serviços*, aliado a alguma *instabilidade e desorganização* que influenciam também na adesão ao tratamento de VIH. A este respeito há que referir que para a retenção nos cuidados ao nível do VIH, as características sociodemográficas identificadas acima deixam de se apresentar como determinantes, surgindo novos fatores como a *insegurança financeira*, ter *pouco suporte social*, *menor literacia em saúde e VIH* associadas também às *crenças culturais*, e maior grau de *estigma interno*, bem como o *estigma percebido/antecipado*, ou seja o receio de ser estigmatizado e discriminado quer pelos profissionais de saúde quer pelos seus familiares, amigos e comunidade em geral. Por fim, ter *apoio de organizações comunitárias*, bem como de *familiares e/ou amigos* surgem como fatores facilitadores para o acesso aos serviços e retenção nos cuidados.
- **Fatores associados à relação entre profissionais e utentes:** o principal determinante inerente aos profissionais de saúde e sua relação com os imigrantes é o seu *desconhecimento face à legislação em vigor* referente ao acesso dos imigrantes aos serviços de saúde em Portugal e procedimentos associados, resultando frequentemente no fornecimento de informações confusas e

contraditórias. As *diferenças culturais* e *atitudes negativas face à imigração e à infeção VIH* (bem como, eventualmente, aos grupos vulneráveis) assumem também um papel preponderante, podendo-se refletir em comportamentos negativos e de discriminação, e numa dificuldade em compreender determinadas crenças e práticas dos imigrantes. Também a *quebra de sigilo* por parte dos profissionais de saúde com a partilha de informações de saúde do utente sem o seu consentimento, bem como as *dificuldades de comunicação* inerentes às diferenças linguísticas, surgem como fatores que contribuem para um pior acesso e utilização dos serviços pelos imigrantes com VIH. De entre os profissionais dos cuidados de saúde, os administrativos são aqueles em relação aos quais são relatadas as maiores dificuldades.

- **Fatores associados aos serviços de saúde:** o presente estudo revela também a importância de fatores estruturais associados ao SNS e sistema legal em vigor. O mais relevante é a *complexidade inerente às diferentes regras e procedimentos* aplicados nos vários serviços de saúde, que dependem também do país de origem dos imigrantes, sua situação administrativa no país, tempo de residência, condição de saúde, etc., criando, na prática, inúmeras barreiras administrativas que se refletem nos sistemas informáticos usados. A esta questão juntam-se aspetos relacionados com a acessibilidade, disponibilidade e capacidade de resposta dos serviços (sendo os mais relevantes o *tempo de espera*, a *distância*, os *custos associados*, e os *horários*) que levam a dificuldades acrescidas para os imigrantes recorrerem aos serviços de saúde.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Esta pesquisa permitiu identificar e analisar os determinantes associados a uma maior dificuldade ou facilidade tanto no primeiro acesso, como na utilização dos serviços de saúde / retenção nos cuidados, por parte de imigrantes com infeção VIH, em Portugal. Para tal foram utilizados dois métodos de investigação: o desenvolvimento de grupos focais com profissionais de saúde e de ONG, e o inquérito por questionário a imigrantes que vivem com VIH em Portugal. Esta metodologia mista permitiu beneficiar das vantagens dos métodos qualitativos (maior abertura e exploração), e quantitativos (maior objetividade, amplitude e possibilidade de generalização dos resultados), bem como recolher o ponto de vista de três dos principais *stakeholders* intervenientes nesta matéria: os profissionais de saúde (N=8), os profissionais de ONG que apoiam imigrantes e/ou pessoas que vivem com VIH (N=6), e os próprios imigrantes com VIH que residem atualmente em Portugal (N=407).

Os resultados obtidos permitem concluir que a grande maioria dos determinantes de acesso à saúde identificados na literatura para os imigrantes em geral são comuns aos imigrantes com VIH

residentes em Portugal, incluindo fatores inerentes aos próprios e sua posição social, fatores associados aos profissionais de saúde e sua relação com os imigrantes e questões estruturais dos serviços de saúde. Dos determinantes inerentes aos imigrantes realçam-se algumas características sociodemográficas, verificando-se que os homens e as pessoas mais novas, apresentam maiores dificuldades no acesso e utilização dos serviços. O mesmo acontece com os que têm maior mobilidade (dentro ou fora do país), menor tempo de imigração em Portugal, e estão em situação de permanência irregular. Também o nível de conhecimentos sobre os seus direitos e funcionamento do SNS se mostrou determinante para o acesso e utilização dos serviços. Dos fatores associados aos profissionais de saúde e sua relação com os imigrantes sobressai o desconhecimento da legislação em vigor e procedimentos associados para acesso dos imigrantes ao SNS, as dificuldades de comunicação devido às diferenças linguísticas, e as diferenças culturais, aliadas ao estigma. Por fim, nas questões estruturais dos serviços de saúde, é de realçar a complexidade e burocracia do sistema, bem como aspetos relacionados com a acessibilidade e capacidade dos serviços, como o tempo de espera, a distância, os custos associados, e os horários.

Por outro lado, há fatores que parecem ser específicos dos imigrantes que vivem com VIH em Portugal ou, pelo menos, ter maior impacto nesta população, como ser originário da América Latina (nomeadamente do Brasil), pertencer às populações vulneráveis para o VIH (gay/HSH, TS e/ou PUD), ter menor literacia sobre saúde e VIH, maior nível de estigma e discriminação (real, antecipada ou internalizada) associado à infeção, bem como a quebra de sigilo médico. Estes determinantes tinham já sido identificados em estudos anteriores (maioritariamente internacionais) referentes aos imigrantes que vivem com VIH, permitindo a presente pesquisa concluir que se aplicam também à realidade portuguesa. A única exceção refere-se ao país de origem. De facto, este foi um dado inesperado tendo em conta que, na maioria da literatura, os imigrantes de origem africana aparecem como mais vulneráveis e com maiores condicionantes no acesso e utilização dos serviços de saúde, para além de o nosso contexto legal de acesso à saúde ser mais favorável para cidadãos brasileiros devido ao acordo bilateral estabelecido com este país. Uma possível explicação para este resultado é o facto de os imigrantes brasileiros constantes da amostra terem uma imigração recente, estando ainda muitos em situação irregular, e vindo a maioria com diagnóstico prévio de VIH, fatores estes que acabaram por se sobrepor como obstáculos às vulnerabilidades associadas aos imigrantes de origem africana, nomeadamente a insegurança financeira e o menor nível de escolaridade, aspetos que não revelaram, na presente pesquisa, influência negativa no acesso e utilização dos serviços gerais de saúde em Portugal. Esta hipótese carece, no entanto, de confirmação, pelo que seria interessante esclarecer em estudos futuros quais destes fatores exercem de facto uma relação de causalidade com o acesso à saúde, e quais os que aparecem por associação a outros. Seria também importante clarificar se esta realidade é comum aos restantes imigrantes, ou se tem como fator decisivo a infeção VIH, e o

facto de a maioria dos imigrantes da América Latina virem para Portugal com diagnóstico prévio da infeção, levando a uma maior urgência na necessidade de ligação aos serviços de saúde.

Outra evidência interessante trazida por este estudo é o facto de os determinantes de acesso e utilização dos serviços gerais de saúde não se sobreporem totalmente aos referentes à retenção nos cuidados de VIH. De facto, associados a um pior acesso e utilização dos serviços gerais de saúde surgem como relevantes fatores como ser do género masculino, mais novo, originário da América Latina, ter menor tempo de imigração, estar em situação irregular, e pertencer às populações vulneráveis para o VIH. Estes aspetos deixam de ter tanta importância ao nível da retenção nos cuidados de VIH e adesão ao tratamento, passando a ser decisivos outros fatores como a insegurança financeira, o suporte social, as crenças e conhecimentos sobre saúde e VIH, e o estigma interno e percecionado/antecipado. Mais uma vez estes dados carecem de investigação futura para compreender a relação causal dos vários fatores, uma vez que na presente pesquisa apenas nos é dada a correlação entre os mesmos. Ainda assim podem daqui ser retiradas pistas importantes para a definição de políticas públicas em Portugal, mostrando que ao nível do acesso e utilização dos serviços gerais de saúde, deverá ser dada especial atenção aos imigrantes recém-chegados (maioritariamente brasileiros e de outros países Europeus), aos que estão em situação irregular no país e aos que pertencem às populações vulneráveis para o VIH. Já ao nível da retenção nos cuidados de VIH, o foco deve ser colocado nos imigrantes com maiores dificuldades económicas, menor rede social de suporte, e pouca literacia em saúde e VIH (usualmente associada a mais estigma interno e percecionado).

Também o facto de as maiores dificuldades no acesso e utilização dos serviços de saúde, bem como na retenção nos cuidados de VIH, ocorrer nos imigrantes residentes na região do Algarve, merece uma investigação mais aprofundada, de modo a identificar se as dificuldades se prendem com características da região, dos imigrantes que lá residem, ou dos serviços de saúde regionais, podendo eventualmente beneficiar de políticas e medidas específicas.

Por fim, a par da remoção dos obstáculos, é importante que seja feito um investimento nos fatores que, neste estudo, mostraram exercer uma influência positiva no acesso e utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes com VIH, nomeadamente o apoio dado pelas ONG e outras fontes de suporte social, a regularização dos imigrantes e sua melhor integração no nosso país, e a literacia em saúde. De seguida são elencadas recomendações concretas a atores chave, cuja atuação pode ter grande influência na promoção de um melhor acesso à saúde dos imigrantes que vivem com VIH em Portugal.

Recomendações ao Governo e Administração

1. Simplificar e uniformizar os procedimentos de acesso dos imigrantes ao SNS

Um dos principais obstáculos que foi visível neste estudo é a complexidade de regras e procedimentos para acesso ao SNS que variam consoante a origem dos imigrantes, o tempo de residência no país, o estatuto administrativo, e até a condição de saúde. A legislação atual, apesar de tendencialmente universal, tem uma multiplicidade de casos específicos com vários procedimentos burocráticos inerentes (exemplo: exigência de atestado de residência passado pela junta de freguesia, ou do documento comprovativo referente ao acordo bilateral entre países), que poderão ser uniformizados e simplificados. Esta medida iria potenciar um acesso mais igualitário aos serviços de saúde bem como uma compreensão e aplicação mais fácil da legislação (por parte dos profissionais e dos imigrantes).

2. Alterar o Despacho n.º 25.360/2001, retirando a exigência de residir em Portugal há 90 dias

Para situações de doença crónica como a infeção VIH, a exigência de estar em Portugal há pelo menos 90 dias (no caso de imigrantes em situação irregular) para ter acesso integral aos serviços do SNS, pode colocar em causa a continuidade do tratamento, pois implica que o imigrante traga consigo medicação para mais de três meses, o que nem sempre é possível. Sugere-se que este período mínimo seja retirado, bem como a necessidade de obter um comprovativo de residência na Junta de Freguesia, indo assim ao encontro da primeira recomendação.

3. Alterar o Decreto-Lei n.º 135/99, aceitando a auto-declaração como comprovativo de residência

Caso não deixe de ser exigido o atestado de residência passado pela Junta de Freguesia, seria importante facilitar o processo, alterando a redação do artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de modo a incluir a possibilidade de a prova de residência ser feita segundo “declaração do próprio” (voltando à redação anterior). Esta disposição deveria posteriormente ser amplamente divulgada pelas Juntas (sugere-se parceria com a Direção-Geral das Autarquias Locais e ANAFRE – Associação Nacional de Freguesias) promovendo uma aplicação da lei uniforme e integrativa.

4. Assegurar o direito da pessoa de levantar a medicação para o VIH nas farmácias comunitárias

Um dos obstáculos referidos pelos imigrantes que pode ter especial impacto em portadores de doenças crónicas, é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (devido ao tempo despendido, custos inerentes, e horários). No caso do VIH as idas ao hospital podem não se cingir às consultas médicas, podendo acrescer deslocações para levantamento da medicação antirretroviral, de dispensa exclusiva nas farmácias hospitalares. Neste sentido, teria grande impacto para as pessoas que vivem com VIH a possibilidade de levantarem a sua medicação numa farmácia comunitária à sua escolha. Esta medida é já aplicada em alguns hospitais, mas a generalização (e legislação) deste direito teria um importante impacto prático na vida das pessoas que vivem com VIH, podendo beneficiar particularmente os imigrantes devido à vulnerabilidade social que muitas vezes acumulam.

5. Manter em vigência o Despacho n.º 4473-A/2021, de 30 de abril que facilita a regularização

Tendo em conta que muitas das barreiras decorrem de um estatuto irregular no país, facilitar a regularização dos imigrantes torna-se crucial. Enquanto a nova estrutura AIMA (Agência para a Integração, Migrações e Asilo, que vem substituir o SEF) não está em pleno funcionamento, é importante manter em vigor o Despacho n.º 4473-A/2021 que permite a regularização extraordinária e temporária, dando aos cidadãos estrangeiros com processos pendentes de título de residência no SEF os mesmos direitos sociais, económicos e de saúde que qualquer residente no país.

6. Criar o cartão de cidadão estrangeiro

A concretização desta medida, já decidida em 2018, permitiria integrar no documento de autorização de residência, o número de utente do SNS, o da Segurança Social, e o de identificação fiscal, aumentando a articulação entre os vários serviços, e consequentemente facilitando ao imigrante a “navegação pelo sistema”.

7. Assegurar o pleno funcionamento da AIMA (Agência para a Integração, Migrações e Asilo)

Também para facilitar a regularização dos imigrantes é urgente concretizar a transferência de competências do SEF para a AIMA e para o IRN – Instituto dos Registos e do Notariado, dotando as entidades de meios humanos e técnicos para responder com celeridade aos pedidos de regularização que são feitos.

8. Replicar o gabinete de saúde do CNAIM noutros locais a nível nacional

Em ambos os grupos focais foi salientado o importante papel do gabinete de saúde do CNAIM existente em Lisboa, facilitando a ligação dos imigrantes aos serviços de saúde, apoiando as ONG e desbloqueando as situações mais complexas. Seria de extrema utilidade a criação de estruturas semelhantes noutras regiões do país (sugere-se a criação de uma por distrito).

9. Melhorar os sistemas informáticos usados nos vários serviços do SNS

A incompatibilidade ou extrema dificuldade em concretizar os direitos dos imigrantes que a lei prevê ao nível do seu registo e prescrição de exames é um dos obstáculos referidos pelos profissionais de saúde, que deveria ser alvo de melhorias. Neste sentido, seria importante uniformizar e rever os sistemas informáticos usados no SNS para que permitam de forma rápida e intuitiva a inscrição de utentes e prescrição de exames e receitas mesmo aos que se encontram em situação irregular. Até que esta alteração seja concretizada é essencial formar médicos e administrativos na utilização dos sistemas existentes para que consigam registar e prescrever receitas e exames a imigrantes sem número de utente, nomeadamente aos que têm infeção VIH, ao abrigo dos "Cuidados Urgentes e Vitais" para que sejam dispensados do pagamento dos serviços.

10. Criar materiais informativos sobre os direitos dos imigrantes no acesso ao SNS

Como referido, a falta de informação sobre os direitos dos imigrantes em Portugal ao nível do acesso à saúde, procedimentos inerentes e forma de funcionamento do SNS é um dos principais obstáculos identificados neste estudo. A criação de materiais simples e em diferentes línguas onde constem de forma esquemática as regras e procedimentos de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde e modo de funcionamento do SNS poderia ser uma importante ajuda. Estes materiais deveriam ser criados em conjunto com as próprias comunidades, e disponibilizados nos serviços de saúde, nas organizações de base comunitária, e noutros locais frequentados pelos imigrantes, bem como nas redes sociais.

11. Reconhecer e reforçar o papel das ONG no apoio aos imigrantes para acesso ao SNS

A falta de apoio psicossocial a nível hospitalar é muitas vezes compensada pelo trabalho das organizações comunitárias, que aparecem neste estudo (e noutros) como um importante fator facilitador não só para o acesso inicial, mas para a retenção nos cuidados de saúde, dos imigrantes com VIH. O trabalho de parceria entre as ONG e os serviços de saúde existe, mas é usualmente informal, dependendo da boa vontade das pessoas que estão no momento em cada entidade. Seria de extrema importância o reconhecimento do papel que as ONG têm a este nível, com a criação de canais formais de comunicação e o financiamento dos serviços que prestam (nomeadamente formação/informação, apoio psicossocial, referenciação, acompanhamento, transporte, apoio de pares, levantamento de medicação e medicação assistida, entre outros).

12. Fomentar políticas e práticas mais integrativas e igualitárias

Por fim, tendo em conta que o acesso à saúde dos imigrantes parece sofrer uma influência positiva do seu nível de integração no país e diminuição da vulnerabilidade social, continuar a promover leis, políticas e práticas que favoreçam a integração dos imigrantes em Portugal, promovendo e valorizando as suas qualificações e a aprendizagem da língua portuguesa, bem como melhorando as suas condições profissionais, habitacionais e económicas, terá certamente um importante impacto não apenas na saúde dos imigrantes, mas na saúde de todos os que residem em Portugal.

Recomendações aos serviços de saúde

13. Formar o pessoal administrativo dos cuidados de saúde relativamente aos direitos dos imigrantes no acesso ao SNS e forma de os efetivar

O desconhecimento dos profissionais de saúde (principalmente dos administrativos) relativamente aos direitos dos imigrantes no acesso à saúde e procedimentos inerentes a estes direitos é um dos principais obstáculos identificados no presente estudo. Para ultrapassar esta barreira, para além da simplificação de procedimentos (como sugerido na recomendação 1) seria importante formar todos os administrativos sobre a legislação que regula o acesso dos (vários) imigrantes aos serviços de

saúde, bem como os processos administrativos a realizar para cada caso, podendo esta formação ser complementada com um guia prático, de fácil consulta que auxilie os profissionais no dia-a-dia.

14. Formar os profissionais de saúde promovendo a sensibilidade intercultural

Outra barreira que se revelou de extrema importância neste estudo diz respeito à dificuldade que muitos profissionais de saúde têm em compreender pessoas de diferentes culturas, assumindo por vezes atitudes e comportamentos negativos e estigmatizantes face aos imigrantes e às pessoas que vivem com VIH. Mesmo não sendo algo fácil de alterar, proporcionar formação a todos os profissionais dos cuidados de saúde nesta área poderia ajudar ao desenvolvimento de competências interculturais, de uma maior sensibilidade, uma melhoria na comunicação, e maior respeito pela individualidade, privacidade e confidencialidade, tornado os serviços de saúde mais “*migrant-friendly*”.

15. Ter equipas multidisciplinares nos serviços de saúde, nomeadamente no serviço de infeciologia

Como foi demonstrado neste estudo, corroborando evidências anteriores, a retenção nos cuidados ao nível da infeção VIH sofre grande influência de outros fatores relacionados com uma maior vulnerabilidade social dos imigrantes, pelo que disponibilizar apoios complementares a este nível, teria certamente impacto positivo na sua saúde. Deste modo, seria importante a presença de equipas multidisciplinares nos serviços que providenciassem apoio social e psicológico promovendo uma visão mais integrada da pessoa e das suas necessidades. Apesar de existirem a nível hospitalar, estes recursos são escassos. A sua alocação ao serviço de infeciologia permitiria um acompanhamento mais próximo e continuado das pessoas que vivem com VIH e outras doenças crónicas como a hepatite B, nomeadamente os imigrantes, pelo acumular de fatores de vulnerabilidade.

16. Flexibilizar o atendimento e formas de contacto com os utentes

Tendo em conta que a dificuldade de deslocação aos serviços de saúde (devido aos horários, custos inerentes, tempos de espera, etc.) surgiu como um dos determinantes da utilização dos serviços de saúde e retenção nos cuidados ao nível do VIH, é importante encontrar formas mais flexíveis de funcionamento que permitam fazer face a estas dificuldades. No grupo focal dos profissionais de saúde foram partilhadas algumas práticas já implementadas pelos serviços que poderiam ser partilhadas e generalizadas a outros, como permitir pedidos de agendamento de consulta de especialidade nos hospitais diretamente por parte das pessoas (não necessitando de referenciação através do Centro de Saúde), comunicar com os utentes via mail ou telefone (diminuindo a necessidade de atendimento presencial), ter um dia de “consulta aberta” para atender utentes sem marcação, e definir um “gestor de caso” para cada utente possibilitando um acompanhamento mais próximo e individualizado.

17. Garantir o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos, nomeadamente no que respeita à confidencialidade e proteção de dados

Assegurar a proteção dos dados de saúde dos utentes e o sigilo profissional faz parte da conduta ética de todos os serviços e profissionais de saúde. A violação destes deveres pode criar um sentimento de

desconforto e desconfiança nos serviços, com especial impacto nas pessoas que vivem com VIH devido ao estigma associado à infeção. Ter as suas informações de saúde partilhadas sem o seu consentimento demonstrou ser um determinante na utilização dos serviços de saúde e retenção nos cuidados ao nível do VIH, pelo que é essencial garantir que estas situações não ocorrem.

Recomendações às organizações da sociedade civil

18. Capacitar os imigrantes para que conheçam melhor os seus direitos e o funcionamento do SNS

Pela sua proximidade com as populações migrantes, as organizações da sociedade civil (nomeadamente as associações de imigrantes e as ONG de apoio a pessoas que vivem com VIH), estão numa posição privilegiada para chegar aos imigrantes que vivem com a infeção e desenvolver ações de informação e capacitação sobre os seus direitos no acesso à saúde e forma de os efetivar, bem como sobre o funcionamento do SNS. A parceria com outras entidades, como o ACM, o gabinete de saúde do CNAIM, e os serviços de saúde locais, no desenvolvimento destas ações seria uma mais-valia, bem como o envolvimento das próprias comunidades. Seria também importante encontrar mecanismos para que a informação chegasse às pessoas ainda no seu país de origem para que possam planear o processo, providenciar a documentação necessária e (no caso do VIH) trazer medicação extra contando com o tempo de ligação à consulta de especialidade.

19. Promover a literacia em saúde e VIH junto dos imigrantes, diminuindo o estigma interno

O presente estudo veio confirmar a influência que a literacia em saúde e VIH, bem como o estigma interno e percecionado, têm na adesão ao tratamento desta infeção. Mais uma vez as organizações da sociedade civil estão numa posição privilegiada para trabalhar estas questões com as pessoas que acompanham, melhorando os seus conhecimentos sobre VIH, desmistificando mitos e crenças, e diminuindo o estigma que se mantém face a esta infeção, tanto nos próprios, como na comunidade. Também aqui o envolvimento de pares (outros imigrantes com VIH) no desenvolvimento destas ações, é crucial para o seu sucesso.

Em resumo, este estudo permitiu corroborar que a grande maioria dos determinantes que afetam o acesso e utilização dos serviços de saúde dos imigrantes em geral, se aplicam também aos que vivem com VIH em Portugal, havendo ainda assim fatores específicos que parecem impactar mais nestes últimos. Permitiu ainda compreender a que nível cada fator exerce maior influência, possibilitando a identificação dos que são mais relevantes no acesso e utilização dos serviços de saúde gerais, e dos que têm maior impacto na retenção nos cuidados ao nível do VIH. Perante os resultados encontrados deixam-se recomendações a atores chave, centradas na remoção de obstáculos, no trabalho em rede e numa maior eficácia na divulgação de informação sobre VIH e cuidados de saúde aos imigrantes e aos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACM, Alto Comissariado para as migrações, IP. (2022). *Guia de acolhimento para migrantes*. <https://www.acm.gov.pt/documents/10181/0/Guia+de+Acolhimento+para+Migrantes/>
- Baleizão, A. (2010). *Equidade na saúde e nos cuidados de saúde: migrantes e não migrantes na infecção de VIH/SIDA em Portugal* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/5317>
- Bil, J. P., Zuure, F. R., Arco, D. A., Prins, J. M., Brinkman, K., Leyten, E. M. S., Van Sighem, A., Burns, F., & Prins, M. (2019). Disparities in access to and use of HIV-related health services in the Netherlands by migrant status and sexual orientation: a cross-sectional study among people recently diagnosed with HIV infection. *BMC Infectious Diseases*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4477-2>
- Bryman, A. (2012). Elements of the process of social research. In *Social research methods* (4th edition, pp. 8–17). Oxford University Press.
- Bryman, A., & Bell, E. (2019). *Social Research Methods* (Fifth Canadian edition). Oxford University Press.
- Cassels, S., Cerezo, A., Reid, S. C., Rivera, D. B., Loustalot, C., & Meltzer, D. (2023). Geographic mobility and its impact on sexual health and ongoing HIV transmission among migrant latinx men who have sex with men. *Social Science & Medicine*, 320, 115635. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115635>
- Cruz, A. D., Puri, R., Tovillo, J. B., Hayden, A., & Caine, V. (2023). Experiences of Migrants Living with HIV from HIV-Endemic Sub-Saharan African Countries: A Systematic Review of Qualitative Research Studies. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25(1), 219–231. <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01340-w>
- Deblonde, J., Sasse, A., del Amo, J., Burns, F., Delpéch, V., Cowan, S., Levoy, M., Keith, L., Pharris, A., Amato-Gauci, A., & Noori, T. (2015). Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. *BMC Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2571-y>
- De Haas, H., Czaika, M., Flahaux, M., Mahendra, E., Natter, K., Vezzoli, S., & Villares-Varela, M. (2019). International Migration: Trends, Determinants, and Policy Effects. *Population and Development Review*, 45(4), 885–922. <https://doi.org/10.1111/padr.12291>
- Del Arco, A., Monge, S., Azcoaga, A., Río, I., Hernando, V., Rodríguez, C. L., Alejos, B., Caro, A. M., Pérez-Cachafeiro, S., Ramírez-Rubio, O., Bolumar, F., Noori, T., & Del Amo, J. (2013). HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 23(6), 1039–1045. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks130>
- Devillanova, C., & Frattini, T. (2016). Inequities in immigrants' access to health care services: disentangling potential barriers. *International Journal of Manpower*, 37(7), 1191–1208. <https://doi.org/10.1108/ijm-08-2015-0114>
- Dias, C. M., Paixão, E., Branco, M. J., Falcão, J. M. (2008a). *A Saúde dos Imigrantes. Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/267>
- Dias, S. (2015). Relatório final do projeto “Migrantes e VIH/SIDA.” In <https://www.pnvihsida.dgs.pt/estudos-e-estatisticas111111/estudos11/imigrantes-e-vihsida.aspx>
- Dias, S., Gama, A., Silva, A. M., Cargaleiro, H., & Martins, M. D. R. O. (2011). [Barriers in access and utilization of health services among immigrants: the perspective of health professionals]. *Acta Médica Portuguesa*, 24(4), 511–516.

- Dias, S., Gama, A. C. C., Pingarilho, M., Albeny-Simões, D., & Mendão, L. (2017). Health Services Use and HIV Prevalence Among Migrant and National Female Sex Workers in Portugal: Are We Providing the Services Needed? *Aids and Behavior*, 21(8), 2316–2321. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1511-x>
- Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M., & Martins, M. R. (2018). Atitude e representação face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes. *Coleção de Estudos do Observatório das Migrações*, vol. 62, Lisboa: ACM.
- Dias, S., Gama, A. C. C., Tavares, A. P. M., Reigado, V., Albeny-Simões, D., Carreiras, E., Mora, C., & Ferreira, A. (2019). Are Opportunities Being Missed? Burden of HIV, STI and TB, and Unawareness of HIV among African Migrants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2710. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152710>
- Dias, S., Gama, A. C. C., Abrantes, P., Gomes, I. C., Fonseca, M., Reigado, V., Albeny-Simões, D., Carreiras, E., Mora, C., Ferreira, A., Akpogheneta, O., & Da Silva Martins, M. M. F. P. (2020a). Patterns of Sexual Risk Behavior, HIV Infection, and Use of Health Services Among Sub-Saharan African Migrants in Portugal. *Journal of Sex Research*, 57(7), 906–913. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1601154>
- Dias, S., Gama, A. C. C., Loos, J., Roxo, L., Albeny-Simões, D., & Nöstlinger, C. (2020b). The role of mobility in sexual risk behaviour and HIV acquisition among sub-Saharan African migrants residing in two European cities. *PLOS ONE*, 15(2), e0228584. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228584>
- Dias, S., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-207>
- Direção Geral da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2020). *Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2020*. <http://hdl.handle.net/10400.18/7243>
- Direção Geral da Saúde & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2022). *Infeção por VIH em Portugal 2022*. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/8383>
- Duarte, A. L., Brito, J., Subtil, A., & Dias, S. (2022). Stigma Index 2.0: Índice do estigma das pessoas que vivem com VIH - Relatório final Portugal 2021-2022. In *CAD - Centro Anti-discriminação VIH* (ISBN 978-989-98611-4-5). SER+ Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida. <https://cad.vih.pt/wp-content/uploads/2023/03/stigma-index-portugal-relatrio-final-2022-pt.pdf>
- ECDC. (2020). *HIV and migrants: Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia (2018 progress report)*. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications/hiv-migrants-monitoring-implementation-dublin-declaration-2018-progress-report>
- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. (2018). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 - 2017 data*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342283>
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes*. Entidade Reguladora da Saúde. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1480/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes_v2_.pdf
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde. (2020). *ERS - Acesso de imigrantes à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde*. Entidade Reguladora Da Saúde. Retrieved May 2022, from <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-de-imigrantes-a-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>
- Estrela, P. (2009). A saúde dos imigrantes em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(1), 45-55. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i1.10590>

- Fakoya, I., Álvarez-Del Arco, D., Monge, S., Copas, A. J., Gennotte, A. F., Volny-Anne, A., Wengenroth, C., Touloumi, G., Prins, M., Barros, H., Darling, K. E., Prestileo, T., Del Amo, J., Burns, F. M., & aMASE Study Team (2018). HIV testing history and access to treatment among migrants living with HIV in Europe. *Journal of the International AIDS Society*, 21 Suppl 4, e25123. <https://doi.org/10.1002/jia2.25123>
- Flegar, V., Dalli, M., & Toebes, B. (2016). Access to Preventive Health Care for Undocumented Migrants: A Comparative Study of Germany, The Netherlands and Spain from a Human Rights Perspective. *Laws*, 5(1), 9. MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/laws5010009>
- Frisinga, A. (2018). Focus Groups in Migration Research: A Forum for “Public Thinking”? In *Qualitative Research in European Migration Studies* (pp. 189–208). Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76861-8_11
- Gogishvili, M., Flórez, K. R., Costa, S. A., & Huang, T. T. K. (2021). A qualitative study on mixed experiences of discrimination and healthcare access among HIV-positive immigrants in Spain. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10388-6>
- Gomes, W. (2020). *Saúde e imigração: Papel das ONGs no acesso ao tratamento do VIH para os imigrantes que vivem na área metropolitana de Lisboa* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova. <http://hdl.handle.net/10362/93825>
- INE – Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Inquérito Nacional de Saúde: Há menos fumadores, mas aumentou o consumo arriscado de bebidas alcoólicas: Inquérito Nacional de Saúde 2019* [Press release]. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2
- INE – Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Cerca de 35% da população com limitação na realização de atividades, o valor mais elevado desde 2016: Rendimento e Condições de Vida – Estado de Saúde 2021* [Press release]. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=544264379&DESTAQUESmodo=2
- INE – Instituto Nacional de Estatística. (2023). *As despesas com cuidados dentários e medicamentos são um encargo financeiro pesado para cerca de metade das famílias: Rendimento e Condições de Vida - Saúde 2022* [Press release]. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594414636&DESTAQUESmodo=2
- IOM – International Organization for Migration. (2019a). *Glossary on migration*. Geneva: IOM.
- IOM – International Organization for Migration. (2019b). *Regional Migrant Health Survey on Tuberculosis and HIV and Health Service Response for Migrants in Armenia, Azerbaijan and Georgia*. International Organization for Migration. https://publications.iom.int/system/files/pdf/migrant_health_survey.pdf
- IOM – International Organization for Migration. (2021). *World Migration Report 2022*. Geneva: IOM.
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H. & Salmerón, A.G. (2020). Migrants’ and refugees’ health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health* 20, 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
- Liempt, I. V., & Bilger, V. (2012). Ethical challenges in research with vulnerable migrants. In *Handbook of Research Methods in Migration* (pp. 451–466). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781781005231.00031>
- Liempt, I. V., & Bilger, V. (2018). Methodological and Ethical Dilemmas in Research Among Smuggled Migrants. In *Qualitative Research in European Migration Studies* (pp. 269–285). Springer International Publishing AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76861-8>

- Mair, P. (2008). Concepts and concept formation. In *Approaches and Methodologies in the Social Sciences: A Pluralist Perspective* (pp. 177–197). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511801938.011>
- Ministério da Saúde (Ed.). (2016). *Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros*. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Manual-Acolhimento_vf.pdf
- Munyewende, P. O., Rispel, L. C., Harris, B., & Chersich, M. (2011). Exploring perceptions of HIV risk and health service access among Zimbabwean migrant women in Johannesburg: A gap in health policy in South Africa? *Journal of Public Health Policy*, 32(S1), S152–S161. <https://doi.org/10.1057/jphp.2011.36>
- Ndumbi, P., Del Romero, J., Pulido, F., Arribas, M. V., Drona, F., Ramos, J. P. F., De Olalla, P. G., I, O., Belda-Ibañez, J., Del Amo, J., & Arco, D. Á. (2018). Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain. *European Journal of Public Health*, 28(3), 451–457. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx225>
- Nöstlinger, C., Cosaert, T., Van Landeghem, E., Vanhamel, J., Jones, G., Zenner, D., Jacobi, J., Noori, T., Pharris, A., Smith, A. C., Hayes, R., Val, E. T., Waagensen, E., Vovc, E., Sehgal, S., Laga, M., & Van Renterghem, H. (2022). HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and European Economic Area. *The Lancet HIV*, 9(6), e428–e437. [https://doi.org/10.1016/s2352-3018\(22\)00032-7](https://doi.org/10.1016/s2352-3018(22)00032-7)
- Oliveira, C. R. (2021). *Indicadores de Integração de Imigrantes - Relatório Estatístico Anual 2021*. Lisboa: Observatório das Migrações. <https://www.om.acm.gov.pt/publicacoes-om/colecao-imigracao-em-numeros/relatorios-anuais>
- Oliveira, C. R. (2022). *Indicadores de Integração de Imigrantes - Relatório Estatístico Anual 2022*. Lisboa: Observatório das Migrações. <https://www.om.acm.gov.pt/publicacoes-om/colecao-imigracao-em-numeros/relatorios-anuais>
- Oliveira, C. R. (coord.) e Gomes, N. (2018), *Migrações e Saúde em números: o caso português*. Caderno Estatístico Temático #2, Coleção *Imigração em Números do Observatório das Migrações*, Lisboa: ACM.
- OM - Observatório das Migrações. (s.d.). *Enquadramento legal e institucional para a saúde dos migrantes*. Observatório das Migrações. Retrieved May 2022, from <https://www.om.acm.gov.pt/-/2--3#>
- Op de Coul, E. L. M., Schreuder, I., Conti, S., Van Sighem, A., Xiridou, M., Van Veen, M. G., & Heijne, J. C. M. (2015). Changing Patterns of Undiagnosed HIV Infection in the Netherlands: Who Benefits Most from Intensified HIV Test and Treat Policies? *PLOS ONE*, 10(7), e0133232. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133232>
- Pantazis, N., Thomadakis, C., Del Amo, J., Arco, D. A., Burns, F., Fakoya, I., & Touloumi, G. (2019). Determining the likely place of HIV acquisition for migrants in Europe combining subject-specific information and biomarkers data. *Statistical Methods in Medical Research*, 28(7), 1979–1997. <https://doi.org/10.1177/0962280217746437>
- Philpot, S., Aung, E., Templeton, D. J., Stackpool, G., Varma, R., Power, C., Robinson, S. A., Stratigos, A., Mao, L., Grulich, A. E., & Bavinton, B. R. (2022). Experiences of recently HIV- diagnosed gay and bisexual migrants in Australia: Implications for sexual health programmes and health promotion. *Health & Social Care in the Community*, 30(6). <https://doi.org/10.1111/hsc.14011>
- PORDATA & INE. (2023a). *População residente com idade entre 16 e 89 anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*. PORDATA. Retrieved July 14, 2023, from [https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+idade+entre+16+e+89+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-884-7163](https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+idade+entre+16+e+89+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-884-7163)

- PORDATA & INE. (2023b). *Taxa de desemprego: total e por sexo (%)*. PORDATA. Retrieved July 14, 2023, from [https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-550](https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-550)
- Roche, R., Simmons, R., Crawshaw, A. F., Fisher, P., Pareek, M., Morton, W., Shryane, T., Poole, K., Verma, A., Campos-Matos, I., & Mandal, S. (2021). What do primary care staff know and do about blood borne virus testing and care for migrant patients? A national survey. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10068-x>
- Ross, J., Cunningham, C. O., & Hanna, D. B. (2018). HIV outcomes among migrants from low-income and middle-income countries living in high-income countries: a review of recent evidence. *Current opinion in infectious diseases*, 31(1), 25–32. doi.org: 10.1097/QCO.0000000000000415
- Saracino, A., Lorenzini, P., Lo Caputo, S., Girardi, E., Castelli, F., Bonfanti, P., Galli, M., Caramello, P., Abrescia, N. G. A., Mussini, C., Monno, L., & Monforte, A. D. (2014). Increased risk of virological failure to the first antiretroviral regimen in HIV-infected migrants compared to natives: data from the ICONA cohort. *Journal of the International AIDS Society*, 17, 19769. <https://doi.org/10.7448/ias.17.4.19769>
- Schiaroli, E., Cipriani, S., Francisci, D., Baldelli, F. (2016) Access to Healthcare Services among Immigrant Patients with HIV in Perugia. *J HIV AIDS* 2(2). <http://dx.doi.org/10.16966/2380-5536.120>
- Stanciole, A., & Huber, M. (2009). Access to health care for migrants, ethnic minorities, and asylum seekers in Europe. *Policy Brief*. https://www.researchgate.net/publication/228472987_Access_to_Health_Care_for_Migrants_Ethnic_Minorities_and_Asylum_Seekers_in_Europe
- SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2022). *Relatório de Imigração, Fronteira e Asilo 2021*. Lisboa: SEF <https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2021%20vfin2.pdf>
- Scheppers, E., Dongen, E. V., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23(3), 325–348. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi113>
- Silvestre, T. (2010). *A saúde dos imigrantes em Portugal: Que necessidades em saúde? Que utilização dos cuidados de saúde?* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- SNS24. (2021, November 10). *Vírus da imunodeficiência humana (VIH)*. Retrieved June 2022, from <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/vih/>
- Solano, G., & Huddleston, T. (2020). *MIPEX 2020*. Wwww.Mipex.Eu. Retrieved May 2022, from <https://www.mipex.eu/key-findings>
- Tanser, F., Bärnighausen, T., Vandormael, A., & Dobra, A. (2015). HIV treatment cascade in migrants and mobile populations. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 10(6), 430–438. <https://doi.org/10.1097/coh.0000000000000192>
- Tavares, A. P. M., Garcia, A. C. B., Gama, A. C. C., Abecasis, A. B., Viveiros, M., & Dias, S. (2019). Tuberculosis care for migrant patients in Portugal: a mixed methods study with primary healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4050-0>
- UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2006). *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights - 2006 Consolidated Version*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/HIV/ConsolidatedGuidelinesHIV.pdf>
- UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2014). *Fast-Track: Ending the AIDS epidemic by 2030*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf

- UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2018). *Undetectable=Untransmittable: Public health and HIV viral load supression*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_en.pdf
- UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2019). *Mobility and stability, Advancing the health and rights of migrants in Latin America and the Caribbean*. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/advancing-the-health-and-rights-of-migrants-in-latin-america-and-the-caribbean>
- UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2021). *Global AIDS Strategy 2021-2026 - End Inequalities. End AIDS*. <https://www.unaids.org/en/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>
- UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2022). *UNAIDS data 2022*. UNAIDS. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/data-book-2022_en.pdf
- Vignier, N., R, D. S., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Gosselin, A., Lert, F., Lydié, N., Bouchaud, O., Du Lou A, D., & Chauvin, P. (2018). Refusal to provide healthcare to sub-Saharan migrants in France: a comparison according to their HIV and HBV status. *European Journal of Public Health, 28*(5), 904–910. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky118>
- Vissandjée, B., Short, W. E., & Bates, K. (2017). Health and legal literacy for migrants: twinned strands woven in the cloth of social justice and the human right to health care. *BMC International Health and Human Rights, 17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12914-017-0117-3>
- WHO - World Health Organization. (2017, February). *Determinants of health*. World Health Organization. Retrieved June 2022, from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>
- WHO Regional Office for Europe. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311347>
- WHO Regional Office for Europe & European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2022–2021 data*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/364829>
- Whyte, J., Whyte, M. D., & Hires, K. A. (2015). A study of HIV positive undocumented African migrants' access to health services in the UK. *Aids Care-psychological and Socio-medical Aspects of Aids/Hiv, 27*(6), 703–705. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.993581>
- Yin, Z. Q., Brown, A. M. B., Rice, B., Marrone, G., Sönnnerborg, A., Suligoj, B., Sasse, A. D., Van Beckhoven, D., Noori, T., Regine, V., & Delpech, V. (2021). Post-migration acquisition of HIV: Estimates from four European countries, 2007 to 2016. *Eurosurveillance, 26*(33). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2021.26.33.2000161>
- Willen, S. S., Knipper, M., Abadía-Barrero, C. E., & Davidovitch, N. (2017). Syndemic vulnerability and the right to health. *The Lancet, 389*(10072), 964–977. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30261-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30261-1)

ANEXOS

ANEXO A. Acesso à saúde de migrantes: Instrumentos do Direito Internacional

Ano	Documento Político-legal	Breve descrição
1945	Carta das Nações Unidas (aceite por Portugal em 1956)	Refere a saúde como uma das áreas de abrangência das Nações Unidas, no artigo 55.
1946	Constituição da WHO (ratificada por Portugal em 1948)	Assume um conceito abrangente de saúde, e defende que a saúde de todas as pessoas é fundamental para a obtenção da paz e segurança.
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos	O artigo 25.º refere o direito de todos os indivíduos e famílias a terem um nível de vida suficiente para assegurar a sua saúde e bem-estar.
1961	Carta Social Europeia (CSE) , substituída pela Carta Social Europeia Revista em 1996 (ratificada por Portugal em 1996)	O artigo 11.º refere o “Direito à proteção da saúde” e o artigo 13.º o “Direito à assistência social e médica”
1965	Convenção Internacional sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (ratificada por Portugal em 1982)	Segundo o artigo 5º, os Estados Partes obrigam-se a proibir e a eliminar a discriminação racial, garantindo igualdade perante a lei no direito à saúde e cuidados médicos.
1966	Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC) , (ratificado por Portugal em 1978)	Refere no artigo 12.º a obrigação dos Estados-Signatários de reconhecerem o direito de todas as pessoas gozarem das melhores condições possíveis de saúde física e mental, pressupondo a implementação de medidas a 4 níveis.
1978	Declaração de Alma-Ata	Resultante da 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, assume a saúde como um direito humano fundamental, sendo que atingir o mais alto nível de saúde em todas as nações corresponde à mais importante meta social a nível mundial.
1986	Carta de Ottawa para a promoção da saúde	Resultante da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, define Promoção da Saúde e salienta a importância de construir políticas saudáveis, e de apostar no <i>empowerment</i> das pessoas.
1989	Convenção dos Direitos das Crianças (ratificada por Portugal 1990)	Segundo o artigo 24, os Estados partes devem garantir o direito de todas as crianças a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos
1990	Convenção Internacional sobre A Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias (não foi, até à data, ratificada por Portugal)	Assume que os migrantes e seus familiares possuem direito de receber cuidados médicos de urgência, em pé de igualdade com os nacionais, para evitar danos irreparáveis e preservar a sua vida, mesmo estando em situação irregular (artigos 28.º e 43º)

1994	Resolução 1994/24 do Conselho Económico e Social	Define a criação da UNAIDS, o programa das Nações Unidas que tem a função liderar, fortalecer e apoiar uma resposta global ao VIH. Esta começa a aperar em 1996.
1997	Resolução 1997/33 da Comissão de Direitos Humanos	Convida os estados a considerar e implementar as “ <i>Diretrizes Internacionais sobre HIV/SIDA e Direitos Humanos</i> ” elaboradas por um grupo de peritos no ano anterior
2000	General Comment No. 14 do CDESC	Emitido pelo Comité dos Direitos Económicos Sociais e Culturais (CDESC), operacionaliza o artigo 12 do PIDESC, elencando estratégias e <i>guidelines</i> para assegurar que as populações mais vulneráveis beneficiam efetivamente de padrões de saúde elevados.
2000	Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia	Refere no artigo 35.º “Proteção da Saúde” que todos os cidadãos têm o direito de beneficiar dos cuidados médicos e prevenção, de acordo com as práticas e legislações nacionais de cada Estado membro.
2001	Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA: Crise Global – Ação Global” (Resolução da AG das NU, A/RES/S-26/2)	Salienta que a plena realização dos direitos humanos e liberdades fundamentais para todos é um elemento essencial numa resposta global à pandemia de VIH/SIDA
2004	Regulamento Nº 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho	Refere-se à coordenação dos sistemas de segurança social entre os Estados-membros da EU, EEE e Suíça. Assegura o acesso ao SNS de imigrantes nacionais destes Estados-membros.
2004	Declaração de Dublin sobre a Parceria para Combater o VIH/SIDA na Europa e Ásia Central	Realça o VIH como uma importante prioridade política para os países da Europa e Ásia Central, e estabelece uma série de compromissos, ações e metas a alcançar.
2004	Declaração de Vilnius sobre medidas para fortalecer as respostas ao VIH/SIDA na União Europeia e nos Países Vizinhos	Reforça os compromissos assumidos na Declaração de Dublin referentes à resposta ao VIH/SIDA na União Europeia e nos Países Vizinhos
2005	Agenda Comum para a Integração - Enquadramento para a integração de nacionais de países terceiros na União Europeia (COM/2005/389 final)	Clarifica o conceito operativo de integração, referindo o acesso dos imigrantes a bens e serviços públicos e privados, numa base de igualdade face aos cidadãos nacionais e de forma não discriminatória como um princípio fundamental para uma melhor integração
2005	Comunicação da Comissão Europeia relativa à luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos (COM(2005) 654 final)	Estabelece como um dos objetivos responder às necessidades e exigências específicas das populações migrantes relativamente ao acesso a informação e prevenção, ao tratamento, aos cuidados e ao apoio. Esteve na base do Plano de Ação da UE 2006-2009.
2006	Resolução do Conselho da Europa 1509 (2006) sobre os Direitos Humanos dos Migrantes Irregulares	Declara no artigo 13.2, que os cuidados de emergência devem estar disponíveis para os migrantes irregulares, como um direito mínimo.

2006	Declaração Política sobre VIH/Sida (Resolução da AG das NU, A/RES/60/262)	Primeira resolução da Assembleia Geral onde os Estados assumem o compromisso para agir e alcançar metas concretas, incluindo a garantia de acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao VIH.
2007	Declaração de Bremen sobre Responsabilidade e Parceria – Juntos Contra o VIH/SIDA	Reforça os compromissos assumidos na Declaração de Dublin referentes ao combate ao VIH por parte da União Europeia e Países Vizinhos
2008	Resolução 61.17 da Assembleia Mundial da Saúde sobre Migrações e Saúde	Reafirma a necessidade de ser salvaguardado o direito à proteção de saúde de todos e recomenda o reforço de políticas e sistemas nacionais de saúde promotores da igualdade de acesso
2009	Comunicação da Comissão Europeia sobre a luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos (COM(2009)569 final)	É enfatizada a importância da liderança política, do envolvimento da sociedade civil e de pessoas que vivem com VIH, dos direitos humanos e do acesso universal aos serviços, nomeadamente serviços de prevenção e tratamento para todos os migrantes, incluindo migrantes em situação irregular.
2010	Declaração de Zaragoza	Identifica as 4 dimensões de integração dos imigrantes (emprego; educação; inclusão social; e cidadania ativa)
2011	Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho	Refere-se aos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, ou seja, entre os países da UE, estabelecendo regras destinadas a facilitar o acesso a cuidados de saúde noutro Estado-Membro
2011	Declaração Política sobre VIH/Sida: Intensificar os esforços para eliminar o VIH/SIDA (Resolução da AG das NU, A/RES/65/277)	Resolução da Assembleia Geral das NU onde é reiterado o compromisso dos Estados em alcançar metas definidas no combate à infeção VIH
2016	Declaração de Nova York para refugiados e migrantes (Resolução A/RES/71/1, da Assembleia Geral das Nações Unidas)	Reafirma a importância do regime internacional de refugiados e contém uma ampla gama de compromissos dos Estados Membros para fortalecer e melhorar os mecanismos de proteção das pessoas em trânsito. Abre caminho para a adoção de dois novos pactos globais em 2018: 1) Pacto global sobre refugiados e, 2) Pacto global para migração segura, ordenada e regular.
2016	Declaração Política sobre VIH e SIDA: Na via rápida para acelerar a luta contra o VIH e eliminar a epidemia da SIDA, até 2030 (Resolução da AG das NU, A/RES/70/266)	Resolução da Assembleia Geral das NU onde é reiterado o compromisso dos Estados em alcançar metas definidas no combate à infeção VIH, até 2030

2016	Plano de Ação para integração dos nacionais de países terceiros residentes na UE (COM, 2016) , promovido pela Comissão Europeia	Reconhece que o estado de saúde dos migrantes e a acessibilidade e a utilização de serviços de saúde são elementos fundamentais para a sua integração, elencando várias propostas para promover a saúde dos mesmos.
2016	Comunicação da Comissão Europeia sobre Próximas etapas para um futuro europeu sustentável: Ação europeia para a sustentabilidade (COM(2016) 739 final)	Assumindo o seu contributo para o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, a comissão compromete-se a ajudar a reduzir a mortalidade por doenças crónicas, a garantir cuidados de saúde de qualidade, a erradicar o VIH/SIDA e a tuberculose, entre outros
2017	Resolução 70.15 da Assembleia Mundial da Saúde sobre ‘Promoção da Saúde de refugiados e migrantes’	Apela aos Estados membros e à OMS para recolher informações, boas práticas, experiências e lições aprendidas, sobre como fazer face às necessidades de saúde de migrantes e refugiados, de modo a contribuir para o desenvolvimento de um Plano de Ação Global
2018	Pacto Global para a Migração Segura, Ordenada e Regular (Resolução A/73/L.66 da AG das NU) ratificado por Portugal em 2018	Identifica, no objetivo 15 (alínea e), a necessidade dos países incorporarem as necessidades de saúde dos migrantes nas políticas e planos locais e nacionais de saúde a vários níveis, de modo a providenciar o acesso a serviços básicos.
2018	Doc. de Trabalho sobre o Combate ao VIH/SIDA, hepatites virais e tuberculose na União Europeia e países vizinhos - Ponto da situação, instrumentos políticos e boas práticas (SWD(2018) 387 final)	Emitido pela Comissão Europeia, reforça a maior vulnerabilidade dos migrantes à infeção VIH, e a necessidade de desenvolver respostas adaptadas que promovam o acesso à prevenção, diagnóstico, ligação aos cuidados de saúde e tratamento.
2020	Pacto em matéria de Migração e Asilo (COM(2020) 609 final)	Anunciou, no objetivo 8 “apoiar a integração para construir sociedades mais inclusivas”, a publicação de um Plano de Ação para a integração e a inclusão 2021-2027
2020	Plano de Ação para a integração e a inclusão 2021-2027 (COM(2020) 758 final)	A Comissão Europeia assume a saúde como uma área de intervenção primordial, recomendado aos Estados-membros que formem os profissionais de saúde, e facilitem o acesso dos migrantes a serviços de saúde, adaptando-os às suas necessidades e combatendo a discriminação.
2021	Declaração Política sobre VIH e SIDA: Acabar com as desigualdades e entrar no caminho certo para acabar com a SIDA até 2030 ”, emitida pela AG das NU	Estabelece-se o compromisso de reduzir o número anual de novas infeções por VIH para menos de 370.000, e mortes relacionadas com a SIDA para 250.000, eliminar novas infeções por HIV em crianças, acabar com a SIDA pediátrica, fornecer tratamento de VIH a 34 milhões de pessoas e eliminar todas as formas de discriminação relacionadas com o VIH até 2025

ANEXO B. Acesso à saúde de migrantes, em Portugal: Legislação nacional de referência

Ano	Documento Político-legal	Breve descrição
1968	Decreto-Lei nº 48357 (de 27/04/1968)	Promulga o estatuto hospitalar, referindo, no Capítulo VII, artigo 77º, que são abertos a todos os doentes, seja qual for a sua condição social e económica
1976	Constituição da República Portuguesa (CRP)	Estabelece o direito à proteção da saúde de todos os cidadãos, incluindo estrangeiros e apátridas que se encontrem ou residam em Portugal (artigos 64º e 15º)
1977	Decreto nº 24/77 (de 03/03/1977) complementado pelo Decreto nº 129/80 (de 18/11/1980)	Acordo de Cooperação entre o Estado Português e a República de Cabo Verde
1977	Decreto do Governo nº 25/77 (de 03/03/1977)	Acordo de Cooperação Internacional entre o Estado Português e a República Democrática de S. Tomé e Príncipe
1979	Lei nº 56/79 (de 15/09/1979)	Cria o SNS, consubstanciando o direito à proteção da saúde referido na CRP, a todos os cidadãos, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal (artigos 1º e 4º).
1984	Decreto do Governo nº 39/84 (de 18/07/1984) complementado pelo Decreto n.º 29/91 (de 10/04/1991)	Acordo de Cooperação Internacional entre o Estado Português e a República Popular de Angola
1984	Decreto do Governo n.º 35/84 (de 12/07/1984)	Acordo de Cooperação Internacional entre o Estado Português e a República Popular de Moçambique
1990	Lei de Base da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24/08/1990, revogada pela Lei nº 95/2019 de 04/09/2019)	Regula o acesso à saúde, assumindo (na Base XXV) que são beneficiários do SNS, para além dos cidadãos portugueses, os cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias, os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal (em condições de reciprocidade), e os cidadãos apátridas residentes em Portugal
1992	Decreto n.º 44/92 (de 21/10/1992)	Acordo de Cooperação Internacional entre o Estado Português e a República da Guiné-Bissau
2001	Despacho nº 25.360/2001	Estabelece os procedimentos em matéria de acesso dos cidadãos estrangeiros ao Serviço Nacional de Saúde, garantindo o acesso ao SNS de todos os imigrantes, mesmo os que se encontram em situação irregular.

2002	Circular informativa n.º 14/DSPCS (de 02/04/2002)	Esclarece que as situações que põem em perigo a saúde pública, (mencionadas no Despacho nº 25.360/2001) são as relacionadas com doenças transmissíveis e a vigilância da saúde, nomeadamente a saúde materna, infantil e planeamento familiar.
2002	Circular informativa n.º 48/DSPCS (de 03/10/2002)	Esclarece as situações que põem em perigo a saúde pública, (mencionadas no Despacho nº 25.360/2001), incluem as doenças transmissíveis constantes na CID X, nomeadamente as da lista de Doenças de Declaração Obrigatória.
2002	Decreto-Lei número 251/2002, (de 22/11/2002)	Cria o Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME)
2004	Decreto-Lei n.º 67/2004 (de 25/03/2004)	Cria um registo nacional de menores estrangeiros que se encontrem em situação irregular no território nacional, assumindo que estes têm os mesmos direitos (incluindo no acesso à saúde) que a lei atribui aos menores em situação regular.
2004	Circular Informativa nº 65/DSPCS (de 26/11/2004)	Clarifica o procedimento exigido pelo Decreto-Lei nº 67/2004, garantindo que toda criança até aos 16 anos tem acesso aos cuidados de saúde prestados pelo SNS independentemente do seu estatuto jurídico.
2007	Decreto- 45 Lei 167/2007 (de 03/05/2007)	Cria o ACIDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural), fundindo o ACIME com outras estruturas existentes.
2007	Resolução do Conselho de Ministros nº 63A/2007 (de 03/05/2007)	Aprovação do primeiro Plano para a Integração dos Imigrantes 2007-2010
2007	Lei n.º 23/2007 (de 04/07/2007)	Enquadramento legal relativo à entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional, simplificando-se o regime de atribuição de autorizações de residência para estrangeiros no país.
2008	Lei nº 27/2008 (de 30/06/2008)	No artigo 52º reconhece aos requerentes de asilo ou de proteção subsidiária e respetivos membros da família o acesso ao Serviço Nacional de Saúde.
2009	Circular informativa 12/DQS/DMD (de 07/05/2009)	Clarifica o Despacho nº 25.360/2001 sobre o processo de integração dos imigrantes no SNS em situação regular e irregular, e os seus direitos. Refere que o acesso a cuidados de saúde de imigrantes em situação irregular deve ser assegurado nos mesmos termos da população geral nalgumas situações, entre elas infeção VIH.
2010	Resolução do Conselho de Ministros n.º 74/2010 (de 17/09/2010)	Aprovação do Plano para a Integração dos Imigrantes 2010-2013

2011	Decreto-Lei n.º 113/2011 (de 29/11/2011)	Regula o regime das taxas moderadoras, dispensando a sua cobrança em consultas, sessões de hospital de dia, bem como atos complementares prescritos no decurso destas, no âmbito de diversas patologias, entre as quais infeção VIH (artigo 8.º)
2014	Decreto-lei 31/2014 (de 27/02/2014)	Cria o atual Alto Comissariado para as Migrações – ACM
2014	Decreto-Lei n.º 117/2014 (de 5/08/2014)	Revê o Decreto-Lei n.º 113/2011, ampliando os casos de isenções de taxas moderadoras, passando a incluir os requerentes de asilo e refugiados e respetivos cônjuges ou equiparados e descendentes diretos (artigo 4º).
2015	Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015 (de 20/03/2015)	Aprovação do Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020
2016	Circular informativa conjunta da ACSS e da DGS n.º 13/2016/CS/ACSS (de 12/05/2016)	Clarifica a gratuitidade dos serviços do SNS para requerentes e beneficiários de proteção internacional (asilo ou proteção subsidiária).
2017	Lei n.º 93/2017 (de 23/08/2017)	Regime jurídico da prevenção, da proibição e do combate à discriminação, em razão da origem racial e étnica, cor, nacionalidade, ascendência e território de origem. Proíbe a recusa ou limitação de acesso aos cuidados de saúde prestados em estabelecimentos de saúde públicos ou privados em função das características enunciadas (artigo 4º).
2019	Lei de Base da Saúde (Lei nº 95/2019 de 04/09/2019)	Vem atualizar a Lei de Bases da Saúde de 1990, referindo no n.º 2 da Base 21, que são beneficiários do SNS os cidadãos residentes em Portugal, que sejam nacionais de Estados–Membros da UE, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada.
2019	Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019 (de 20/08/2019)	Transposição do Pacto Global para a Migração Segura, Ordenada e Regular para Portugal, dando origem ao Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações.
2021	Despacho n.º 4473-A/2021 de 30 de abril	Despacho de regularização extraordinária e temporária, que permitiu a cidadãos estrangeiros com processos pendentes de título de residência no SEF os mesmos direitos sociais, económicos e de saúde que qualquer residente no país.
2023	Despacho 1668/2023, de 2 de fevereiro	Define as regras referentes ao Registo Nacional de Utentes, ao registo do cidadão no Serviço Nacional de Saúde e de inscrição nos cuidados de saúde primários.

ANEXO C. Matriz do Guião dos FG

Tópico a explorar	Questões Base	Questões adicionais
Introdução / Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Agradecimentos e boas-vindas</i> • <i>Apresentação sintética dos objetivos do estudo</i> • <i>Questões éticas: garantia de confidencialidade; consentimento para gravação</i> • <i>Apresentações: Podem começar por se apresentarem, nome, idade, o que fazem, de onde são, onde trabalham, etc.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Experiência de trabalho com imigrantes</i>
1º acesso aos serviços de saúde		
Determinantes no acesso aos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quais acham que são os principais fatores que influenciam o acesso dos imigrantes com VIH aos serviços de saúde?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Que imigrantes têm mais facilidade em aceder aos serviços?</i> • <i>Quais os que têm maiores dificuldades em aceder aos serviços?</i> • <i>Há serviços de saúde mais fáceis de aceder que outros?</i> • <i>Caso não surjam naturalmente, podem ser introduzidos/questionados alguns fatores como o estatuto de regularização no país, nº de anos no país, país de origem, domínio da língua portuguesa, nível socioeconómico, etc</i>
Barreiras/ Obstáculos ao acesso	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Da vossa experiência, quais são as principais barreiras ou obstáculos com que os imigrantes com VIH se deparam no primeiro acesso aos serviços de saúde</i> • <i>Os imigrantes com VIH enfrentam maiores obstáculos no acesso aos serviços de saúde que os que não têm VIH? Porquê?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Poderá haver influência de outros fatores de vulnerabilidade (ex. ser HSH, trans, trabalhador do sexo, PUD) no acesso aos serviços?</i> • <i>Podem ser exploradas</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Barreiras inerentes aos imigrantes</i> 2. <i>Barreiras centradas na relação entre os imigrantes e os prof. Saúde</i> 3. <i>Barreiras estruturais e de funcionamento dos serviços</i>

Fatores facilitadores e boas práticas	<ul style="list-style-type: none"> • Para além dos fatores que referiram inicialmente, lembram-se de outras questões que podem facilitar o acesso dos imigrantes com VIH aos serviços de saúde? • Conhecem exemplos de boas práticas, projetos ou procedimentos que facilitam o acesso dos imigrantes com VIH aos serviços de saúde? 	<ul style="list-style-type: none"> • Que nível de envolvimento/colaboração tiveram/têm nesses projetos? • Seria replicável noutras estruturas de saúde e zonas do país? • Dificuldades na generalização desses projetos/práticas
Utilização dos serviços de saúde e retenção nos cuidados		
Determinantes na utilização dos serviços e retenção nos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Quais acham que são os principais fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde e retenção nos cuidados dos imigrantes com VIH? 	<ul style="list-style-type: none"> • Que imigrantes usam mais os serviços e têm maior retenção nos cuidados? • Quais os que usam menos os serviços e têm menor retenção nos cuidados? • Os fatores que referiram como sendo determinantes para um primeiro acesso mantêm-se como determinantes na utilização continuada dos serviços? Ou são diferentes? • <i>Caso não surjam naturalmente, podem ser introduzidos/questionados alguns fatores como o estatuto de regularização no país, nº de anos no país, país de origem, domínio da língua portuguesa, nível socioeconómico</i>
Barreiras/ Obstáculos ao acesso	<ul style="list-style-type: none"> • Da vossa experiência quais são as principais barreiras ou obstáculos com que os imigrantes com VIH se deparam para a utilização continuada dos serviços de saúde e retenção nos cuidados? • Os imigrantes com VIH enfrentam maiores obstáculos na utilização dos serviços de saúde e retenção nos cuidados que os que não têm VIH? Porquê? 	<ul style="list-style-type: none"> • Poderá haver influência de outros fatores de vulnerabilidade (ex. ser HSH, trans, trabalhador do sexo, PUD) na utilização dos serviços e retenção nos cuidados? • <i>Podem ser exploradas</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Barreiras inerentes aos imigrantes</i> 2. <i>Barreiras centradas na relação entre os imigrantes e os prof. saúde</i> 3. <i>Barreiras estruturais e de funcionamento dos serviços</i>
Fatores facilitadores e boas práticas	<ul style="list-style-type: none"> • Para além do que já referiram, lembram-se de outros fatores que facilitem a utilização dos serviços e retenção nos cuidados por parte dos imigrantes com VIH? • Conhecem exemplos de boas práticas, projetos ou procedimentos que facilitam a utilização continuada dos 	<ul style="list-style-type: none"> • Que nível de envolvimento/colaboração tiveram/têm nesses projetos? • Seria replicável noutras estruturas de saúde e zonas do país? • Dificuldades na generalização desses projetos/práticas

	serviços de saúde e retenção nos cuidados, dos imigrantes com VIH?	
Recomendações ao nível de políticas e práticas		
Recomendações	<ul style="list-style-type: none"> • Na vossa opinião, que medidas, procedimentos ou práticas poderiam ser implementados para melhorar o acesso e utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes com VIH em Portugal? 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendariam alguma alteração ao nível das políticas e legislação nacional? • Têm sugestões em termos de práticas e procedimentos que pudessem ser implementados?
Outros aspetos relevantes		
Outros aspetos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Existe algum outro aspeto relacionado com este tema (acesso à saúde de imigrantes com VIH) que não tenha sido questionado e que gostassem de acrescentar? 	

ANEXO D. Consentimento Informado - Grupos Focais

O presente estudo é promovido pelo CAD (Centro Anti-Discriminação VIH) e surge no âmbito de uma tese de mestrado a realizar no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

O estudo tem por objetivo *conhecer os determinantes do acesso à saúde e retenção nos cuidados dos imigrantes com VIH, em Portugal*. A sua colaboração no estudo será de grande valor, consistindo na participação de um grupo focal, a decorrer online e com duração aproximada de 1,5h.

O ISCTE é o responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados exclusivamente para as finalidades do estudo, tendo como base legal o seu consentimento (*art. 6º, nº1, alínea a) do Regulamento Geral de Proteção de Dados*). O estudo é realizado por Ana Luísa Duarte (ana.duarte@sermais.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida, partilhar algum comentário ou exercer os seus direitos relativos ao tratamento dos seus dados pessoais (solicitar o acesso, a retificação, o apagamento ou a limitação do tratamento dos seus dados pessoais).

A participação neste estudo é **confidencial**, não sendo a sua identidade conhecida por ninguém fora da equipa do estudo, e estritamente **voluntária**, ou seja, pode escolher livremente participar ou não. Se escolher participar, pode interromper a participação e retirar o consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação.

Os seus dados pessoais serão conservados por 1 ano, após o qual serão destruídos, garantindo-se o seu anonimato nos resultados do estudo. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo.

O ISCTE tem um Encarregado de Proteção de Dados, contactável através do email dpo@iscte-iul.pt. Caso considere necessário tem ainda o direito de apresentar reclamação à autoridade de controlo competente – Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Declaro ter compreendido os objetivos do me foi proposto e explicado pela investigadora, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora. **Aceito** participar no estudo e consinto que seja feita gravação do grupo focal a realizar, sabendo que apenas será usado o áudio da gravação, para efeitos de transcrição futura.

Sim Não

Nome: _____

Assinatura: _____

_____/_____/_____

ANEXO E. Lista de códigos e sua frequência, usada na análise de conteúdo¹⁴

1 Barreiras / obstáculos	8
1.1 Imigrantes	6
1.1.1 Fatores socioeconômicos	12
1.1.2 Desconhecimento / despreocupação	18
1.1.3 Cultura / crenças / estigma	15
1.2 Prof. Saúde e relação com imigrantes	2
1.2.1 Desconhecimento	19
1.2.2 Comunicação / língua	6
1.2.3 Atitude negativa / discriminação	15
1.3 Estruturais	0
1.3.1 Burocracia / Complexidade do sistema	25
1.3.2 Falta de recursos	15
1.4 Primeiro acesso	22
1.5 Retenção nos cuidados	15
2 Fatores facilitadores e Boas práticas	3
2.1 Mediação e estruturas de apoio	30
2.2 Diálogo e Redes informais	15
2.3 Legislação	14
2.4 Organização dos serviços	13
3 Sugestões / Recomendações	7
3.1 Capacitação imigrantes	15
3.2 Formação Prof. Saúde	18

¹⁴ Tabela de códigos extraída do MAXQDA

ANEXO F. Questionário do Estudo

ESTUDO SOBRE “ACESSO À SAÚDE DOS IMIGRANTES COM VIH, EM PORTUGAL”

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo é promovido pelo CAD (Centro Anti-Discriminação VIH) e surge no âmbito de uma tese de mestrado a realizar no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Tem por objetivo **conhecer os determinantes do acesso à saúde dos imigrantes com VIH, em Portugal**.

O estudo é realizado por Ana Luísa Duarte (ana.duarte@sermais.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida, ou partilhar algum comentário.

A sua colaboração no estudo será de grande valor, permitindo conhecer os fatores que dificultam e facilitam o acesso dos imigrantes com VIH aos serviços de saúde, e contribuir para produzir recomendações e práticas que facilitem este acesso. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo, consistindo apenas no preenchimento de um questionário, com **duração aproximada de 10m**.

A participação neste estudo é **anónima**, não sendo a sua identidade conhecida por ninguém, e estritamente **voluntária**, ou seja, pode escolher livremente participar ou não, e pode interromper a participação em qualquer momento. Os dados recolhidos através deste questionário serão trabalhados de forma agregada e destinam-se apenas a contribuir para o presente estudo, não sendo partilhados com outras pessoas ou entidades.

Podem participar no estudo pessoas **nascidas fora de Portugal**, que **residam atualmente no país**, que vivam com **infecção VIH**, e **maiores de 18 anos**.

Declaro ter compreendido os objetivos do estudo e ter os requisitos para nele participar. **Aceito** participar no estudo de forma livre e voluntária.

____/____/____

SECÇÃO A: INFORMAÇÃO SOBRE SI

1. **Qual o seu concelho de residência?** _____

2. **Que idade tem?** _____ anos

3. **Identifica-se como sendo:**

- Homem
 - Mulher
 - Trans / Não binário / Outro
-

4. **Em que país nasceu?** _____

5. **Qual foi o nível de escolaridade mais elevado que concluiu?**

- Não sei ler nem escrever
 - Sei ler e escrever mas não completei o 9º ano
 - 9º ano completo
 - 12º ano completo
 - Curso técnico ou profissional
 - Ensino superior
-

6. **Qual a sua situação profissional atual?**

- Trabalho a tempo inteiro
 - Trabalho a tempo parcial ou faço trabalhos precários
 - Estudante *(passe para a pergunta 8)*
 - Reformado/a / pensionista *(passe para a pergunta 8)*
 - Desempregado/a *(passe para a pergunta 8)*
-

7. **Qual a sua profissão principal?** *(Seja preciso/a. Exemplos: trabalhador(a) da construção civil; empregado/a de limpeza; técnico/a superior da função pública)*

8. **Qual o seu estado civil?**

- Solteiro/a
 - Casado/a / união de facto
 - Divorciado/a
 - Viúvo/a
-

9. **Com quem vive?** *(pode assinalar várias opções)*

- Sozinho/a
 - Com marido / mulher / companheiro/a
 - Com os seus filhos
 - Com os seus pais
 - Com outras pessoas
-

10. **Se tiver um problema pessoal grave, tem a quem recorrer?**

- Não tenho ninguém a quem recorrer
- Tenho 1 ou 2 pessoas a quem posso recorrer
- Tenho 3 a 5 pessoas a quem posso recorrer
- Tenho mais de 6 pessoas a quem posso recorrer

11. **Nos últimos 12 meses conseguiu satisfazer as necessidades básicas (ex. alimentação, habitação, vestuário):**

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Poucas vezes
- Nunca

12. **Identifica-se como pertencendo ou tendo pertencido às seguintes populações?**

	Sim	Não
a. Gay / Homem que tem sexo com homens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trabalhador/a do sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pessoa que usa/usou drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO B: PROCESSO DE IMIGRAÇÃO

13. **Há quanto tempo vive em Portugal?**

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- Mais de 10 anos

14. **Atualmente está em Portugal:**

- Documentado/a / em situação regular (tem nacionalidade portuguesa ou autorização de residência)
- Indocumentado/a / em situação irregular (sem visto válido ou autorização de residência)
- Indocumentado, em processo de regularização (a aguardar autorização de residência)
- Outra situação (ex. visto de turismo).

15. **Já esteve em Portugal sem estar documentado / em situação irregular?**

- Sim
 - Não
-

16. **Quando veio para Portugal, veio acompanhado?**

- Não, vim sozinho/a
- Sim, vim com amigos
- Sim, vim com familiares
- Sim, vim com outras pessoas

17. **Para além do país onde nasceu e de Portugal, já viveu noutro país?**

- Sim
- Não

18. **Desde que chegou a Portugal, já mudou de concelho de residência?**

- Sim, várias vezes (dentro ou fora de Portugal)
 - Sim, uma ou duas vezes (dentro ou fora de Portugal)
 - Nunca mudei de concelho de residência, mas já me ausentei por mais de 1 mês
 - Nunca mudei de concelho de residência nem nunca me ausentei por mais de 1 mês
-

SECÇÃO C. CULTURA E CRENÇAS SOBRE SAÚDE

19. **Concorda com as seguintes afirmações?**

	Sim	Não
a. Só vou ao médico quando estou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Há ervas e tratamentos tradicionais que curam o VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. O VIH é um vírus real	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sei para que serve o tratamento para o VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sinto culpa e/ou vergonha por ter VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. É difícil dizer a alguém que tenho VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Muitas pessoas sabem que tenho VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. As pessoas à minha volta aceitam bem quem tem VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO D. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

20. **Tem número de utente do SNS (Serviço Nacional de Saúde)?**

- Sim
 - Não
-

21. **Tem médico de família?**

- Sim
- Não

22. **Já foi a algum serviço de saúde em Portugal?**

- Sim
- Não (*passa para a pergunta 27*)

23. **A 1ª vez que recorreu a serviços de saúde em Portugal, foi em:**

- Urgência num hospital publico
- Consulta de especialidade num hospital publico
- Consulta de urgência num centro de saúde
- Consulta programada num centro de saúde
- Serviços de saúde privados
- Serviços de saúde numa Associação / Organização não governamental
- Outro serviço de saúde
- Não me lembro

24. **O que o/a levou a procurar os serviços de saúde em Portugal, na 1ª vez?**

- O VIH
- Outra doença crónica (ex. hepatite, diabetes, hipertensão)
- Doença aguda (ex. gripe, COVID-19)
- Acidente
- Gravidez
- Prevenção (ex. vacinação; contraceção; rastreios)
- Outra razão
- Não me lembro

25. **Quanto tempo levou entre precisar de ir ao serviço de saúde (na 1ª vez), e ter sido atendido por um(a) médico/a?**

- No próprio dia em que procurei
- Menos de uma semana
- Entre uma semana e 1 mês
- Entre 1 e 6 meses
- Entre 6 meses e 1 ano
- Mais de 1 ano
- Não me lembro

26. **Considera que aceder aos serviços de saúde em Portugal foi:**

- Muito fácil
 - Fácil
 - Razoável
 - Difícil
 - Muito difícil
-

SECÇÃO E: UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

27. Já utilizou os seguintes serviços de saúde, em Portugal? (Escolha uma resposta para cada item).

	Sim, nos últimos 12 meses	Sim, entre 1 e 5 anos	Sim, há mais de 5 anos	Procurei mas nunca fui	Nunca procurei
a. Urgência num hospital público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Consulta de especialidade num hospital público (sem ser de VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Consulta de urgência num centro de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Consulta programada num centro de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Serviços de saúde privados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Serviços de saúde numa Associação / Organização não governamental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Desde que vive em Portugal, já sentiu necessidade de ter cuidados de saúde e não os recebeu?

- Sim, nos últimos 12 meses
- Sim, há mais de 12 meses
- Não (passe para a pergunta 30)

29. Quais foram as principais razões que levaram a que não tenha recebido cuidados de saúde quando precisou? (assinale no máximo 3)

- Recusaram atendimento ou marcação de consulta por não ter número de utente
- Achei que não tinha direito à consulta ou tratamento de que precisava
- Não sabia como fazer para ter a consulta ou tratamento de que precisava
- O sistema é complexo e é difícil marcar consulta
- Horários desadequados
- Muito tempo de espera
- Custo (dos transportes, dos serviços, dos tratamentos, etc)
- Não confio neste sistema de saúde ou nos profissionais de saúde
- Tive receio dos exames e tratamentos
- Dificuldades de comunicação relacionadas com a língua
- Tenho receio de ser maltratado/a ou discriminado/a
- Tenho receio que os meus dados de saúde sejam partilhados
- Outra razão

SECÇÃO F: TRATAMENTO DO VIH

30. **Em Portugal, tem ou já teve acompanhamento médico para o VIH?**

- Sim, tenho
 - Já tive, mas atualmente não tenho
 - Não tive, mas estou a aguardar consulta (*passa para a pergunta 32*)
 - Nunca tive (*passa para a pergunta 32*)
-

31. **Quanto tempo esperou até ter a 1ª consulta de VIH, em Portugal?**

- No próprio dia em que procurei
 - Menos de 1 semana
 - Entre 1 semana e 1 mês
 - Entre 1 e 3 meses
 - Entre 3 e 6 meses
 - Entre 6 meses e 1 ano
 - Mais de 1 ano
 - Não me lembro
-

32. **Atualmente está a fazer tratamento para o VIH?**

- Sim
 - Não (*passa para a pergunta 34*)
-

33. **Nos últimos 12 meses, deixou ou interrompeu o tratamento para o VIH?**

- Sim
 - Não (*passa para a pergunta 35*)
-

34. **Quais são as principais razões para não tomar ou ter interrompido o tratamento para o VIH? (*assinale no máximo 3*)**

- Não estou preparado/a para lidar com o diagnóstico
 - Tenho receio que descubram que tenho VIH
 - Tenho receio de ser maltratado/a ou discriminado/a pelos profissionais de saúde
 - Tenho dificuldade em deslocar-me ao hospital (distância, tempo, custos, horários)
 - Desorganizei-me ou esqueci-me das consultas/exames
 - Acho que o tratamento não é necessário
 - A medicação tem muitos efeitos secundários
 - Não tenho indicação médica para fazer tratamento
 - Acho que não tenho direito à medicação por ser imigrante
 - Estava preso ou numa instituição e não me deram tratamento
 - Outra razão
-

35. **Nas suas últimas análises, como estava a carga viral?**

- Tinha carga viral indetetável
 - Tinha carga viral detetável
 - Não sei
 - Não fiz análises nos últimos 12 meses
-

SECÇÃO G: EXPERIÊNCIAS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

36. A minha experiência no contacto com os serviços de saúde em Portugal, tem sido:

- Muito má
 - Má
 - Razoável
 - Boa
 - Muito boa
 - Nunca tive contacto com os serviços de saúde em Portugal (passe para a pergunta 41)
-

37. Ao recorrer aos serviços de saúde em Portugal, já lhe aconteceu alguma das seguintes situações? (Escolha uma resposta para cada item).

	Sim, nos últimos 12 meses	Sim, há mais de 12 meses	Nunca me aconteceu
a. Recusaram-lhe atendimento ou marcação de consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Recebeu informações confusas ou contraditórias, dos administrativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Exigiram-lhe papéis ou documentos que não tinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Teve dificuldade em comunicar, por causa da língua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Foi maltratado/a ou discriminado/a por um profissional de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentiu que os profissionais não compreendem nem respeitam a sua cultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Fizeram julgamentos ou comentários negativos sobre si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Partilharam a sua informação de saúde com outras pessoas, sem o seu consentimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. As maiores dificuldades são na relação com:

- Administrativos
 - Enfermeiros
 - Médicos
 - Não tenho tido dificuldades na relação com profissionais de saúde
-

SECÇÃO H: FATORES FACILITADORES DO ACESSO

39. Qual o principal apoio que recebe ou recebeu para aceder aos serviços de saúde em Portugal (incluindo o tratamento para o VIH)?

- Apoio de familiares ou amigos
 - Apoio ou informação dada por outros imigrantes
 - Apoio de uma Associação / Organização não governamental
 - Apoio de serviços de tradução ou mediação
 - Outro tipo de apoio. Qual? _____
 - Não tenho nem tive qualquer apoio (*passa para a pergunta 41*)
-

40. O apoio que recebeu é ou foi importante para o seu acesso aos serviços de saúde?

- Muito importante
 - Importante
 - Pouco importante
-

SECÇÃO I: SUGESTÕES E COMENTÁRIOS

41. Que sugestões daria para melhorar o acesso dos imigrantes com VIH aos serviços de saúde, em Portugal?

42. Tem mais alguma coisa que gostasse de acrescentar?

Obrigada pela sua participação.

ANEXO G. Protocolo do Estudo

“ACESSO À SAÚDE DOS IMIGRANTES COM VIH, EM PORTUGAL”

ENTIDADES PROMOTORAS:

O presente estudo é promovido pelo CAD (Centro Anti-Discriminação VIH) e surge no âmbito de uma tese de mestrado a realizar no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

A investigadora principal do estudo é Ana Luísa Duarte (ana.duarte@sermais.pt)

OBJETIVO DO ESTUDO:

O estudo tem por objetivo conhecer os determinantes do acesso à saúde e retenção nos cuidados dos imigrantes com VIH, em Portugal, permitindo conhecer os fatores que dificultam e facilitam este acesso, e contribuir para produzir recomendações e práticas que o facilitem.

DESCRIÇÃO GENÉRICA DO ESTUDO:

O estudo é composto por duas fases

1. **Grupos Focais:** Desenvolvimento de dois grupos focais, um com profissionais de ONG que apoiam pessoas com VIH e/ou pessoas imigrantes, e outro com profissionais de saúde de diversos serviços que possam ter contacto com esta população. Os grupos focais tem o objetivo de recolher a visão destes profissionais sobre os determinantes no acesso à saúde de imigrantes com VIH, nomeadamente os principais obstáculos e fatores facilitadores. Calendarização: Dezembro 2022.
2. **Questionário:** Aplicação de um questionário a imigrantes com VIH, sobre o seu acesso aos serviços de saúde em Portugal. Pretende-se recolher uma amostra de 400 questionários a nível nacional durante os meses de Março e Abril de 2023. O questionário foi sujeito a um pré-teste e adequado de acordo com o feedback recebido. É de preenchimento preferencialmente online, existindo também uma versão em papel. Está disponível em língua portuguesa e inglesa.

CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO:

Podem participar no questionário pessoas **nascidas fora de Portugal**, que **residam atualmente no país**, que vivam com **infecção VIH**, e **maiores de 18 anos**.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo, consistindo apenas no preenchimento de um questionário, com duração aproximada de 10m.

A participação neste estudo é **anónima**, não sendo a identidade dos participantes conhecida por ninguém, e estritamente **voluntária**, ou seja, cada pessoa pode escolher livremente participar ou não, e pode interromper a participação em qualquer momento. Os dados recolhidos através deste questionário serão trabalhados de forma agregada e destinam-se apenas a contribuir para o presente estudo, não sendo partilhados com outras pessoas ou entidades.

ANEXO H. Matriz de Códigos do Grupos Focais^{15,16}

Lista de Códigos	Felícia	Caroli...	Santia...	Pilar	Jorge	Carla	Alda	Joana	Franci...	Cristia...	Leonor	Silena	Anabela	Mariana	SOMA
Barreiras / obstáculos	■	■				■					■	■			8
Imigrantes							■					■	■		6
Fatores socioeconómicos						■	■			■		■	■	■	12
Desconhecimento / despreocup	■		■	■		■			■	■		■	■	■	18
Cultura / crenças / estigma		■	■	■		■				■			■	■	15
Prof. Saúde e relação com migrante	■	■													2
Desconhecimento	■	■			■	■		■	■	■	■	■	■	■	19
Comunicação / língua	■	■								■			■		6
Atitude negativa / discriminaçã	■			■		■			■	■		■	■	■	15
Estruturais															0
Burocracia / Complexidade do s	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■		■	25
Falta de recursos	■	■	■							■		■		■	15
Primeiro acesso	■	■	■		■	■	■	■	■		■	■		■	22
Retenção nos cuidados		■	■	■		■	■			■		■		■	15
Fatores facilitadores e Boas práticas	■			■		■									3
Mediação e estruturas de apoio		■	■	■		■			■	■		■	■	■	30
Diálogo e Redes informais	■	■		■		■			■		■	■		■	15
Legislação	■				■	■				■	■	■		■	14
Organização dos serviços		■	■	■		■	■						■	■	13
Sugestões / Recomendações													■	■	7
Capacitação imigrantes	■	■	■			■	■		■	■	■	■	■	■	15
Formação Prof. Saúde	■	■	■		■				■	■	■	■	■	■	18
Σ SOMA	37	36	15	11	11	33	11	4	27	24	12	32	17	23	293

¹⁵ Matriz elaborada e extraída através do MAXQDA

¹⁶ Os participantes do grupo focal dos profissionais de saúde vão da Felícia à Joana; os do grupo focal das ONG vão do Francisco à Mariana

ANEXO I. Matriz de Conexões entre Códigos¹⁷

Lista de Códigos	Imigra...	Fator...	Desco...	Cultur...	Prof. ...	Desco...	Comu...	Atitud...	Estrut...	Buroc...	Falta ...	Primei...	Reten...	Fator...	Media...	Diálo...	Legisl...	Orga...	Suges...	Capac...	Forma...	SOMA	
Barreiras / obstáculos										1		1											5
Imigrantes						1	1	1				1			1								6
Fatores socioeconômicos			1			1		1		1		1	1					1					14
Desconhecimento / despreocup		1		1		1				1		1								1			12
Cultura / crenças / estigma			1							1			1										10
Prof. Saúde e relação com migrante																							0
Desconhecimento	1	1	1					1		1		1			1						1		23
Comunicação / língua	1					1		1							1								5
Atitude negativa / discriminaçã	1	1			1					1	1												12
Estruturais																							0
Burocracia / Complexidade do s		1	1	1		1		1			1	1	1		1	1							28
Falta de recursos						1		1				1											6
Primeiro acesso	1	1	1			1			1	1		1			1	1					1		30
Retenção nos cuidados		1	1	1						1	1												16
Fatores facilitadores e Boas práticas																							1
Mediação e estruturas de apoio	1	1	1	1		1	1	1		1		1			1	1				1			23
Diálogo e Redes informais										1					1		1						9
Legislação																	1						2
Organização dos serviços		1										1											2
Sugestões / Recomendações																							0
Capacitação imigrantes			1												1								5
Formação Prof. Saúde			1												1								4
SOMA	6	14	12	10	0	23	5	12	0	30	6	32	16	1	23	10	2	2	0	5	4		213

¹⁷ Matriz elaborada e extraída através do MAXQDA

ANEXO J. Gráficos e tabelas correspondentes aos dados sociodemográficos dos participantes no questionário

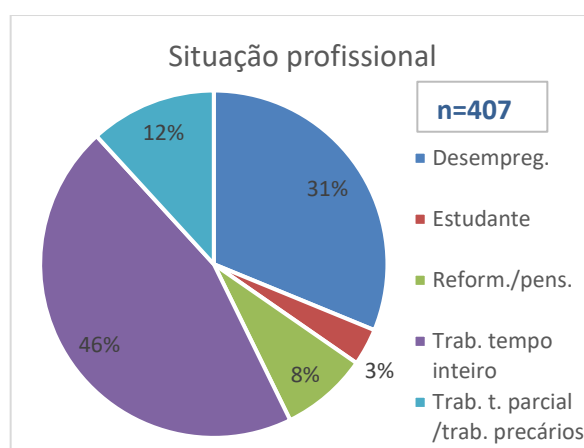
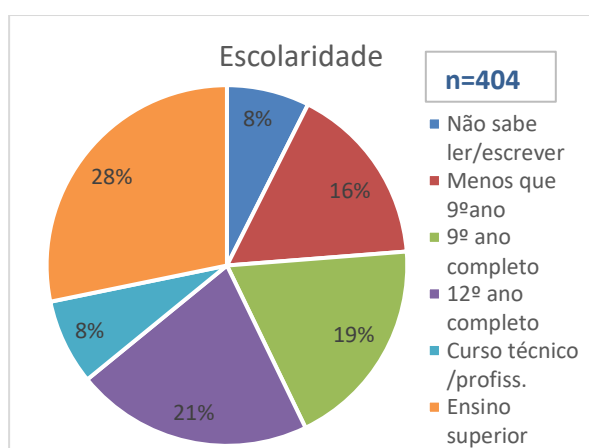
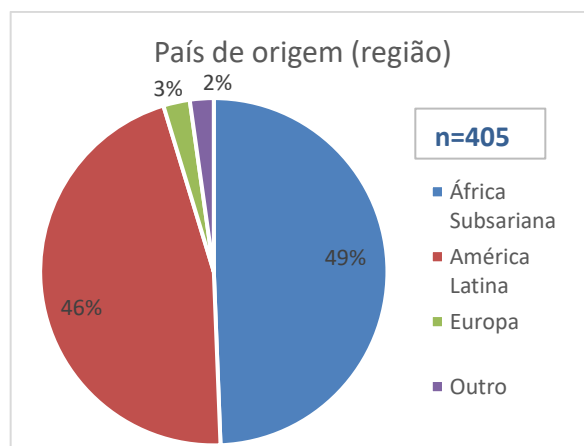
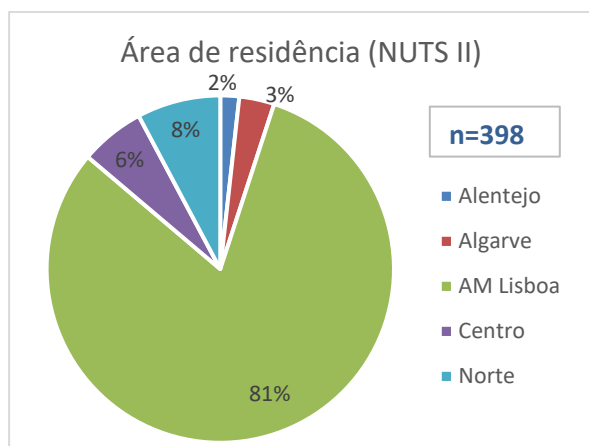
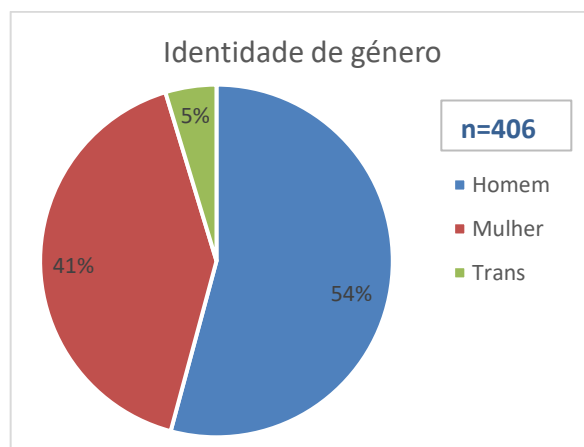
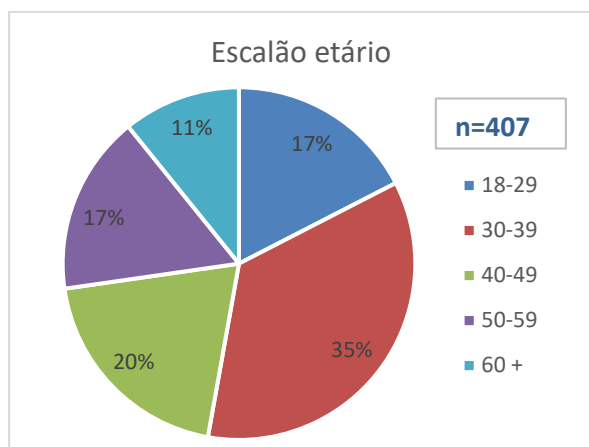
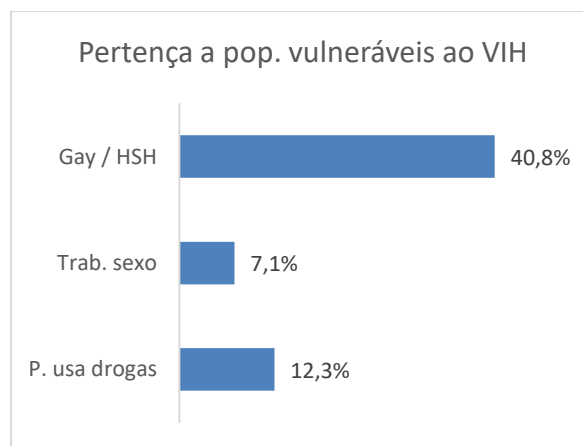
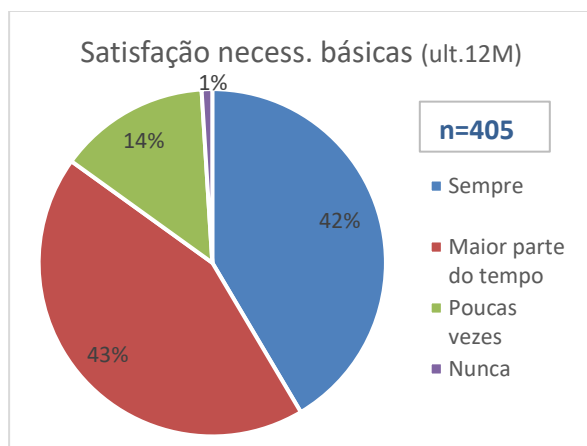
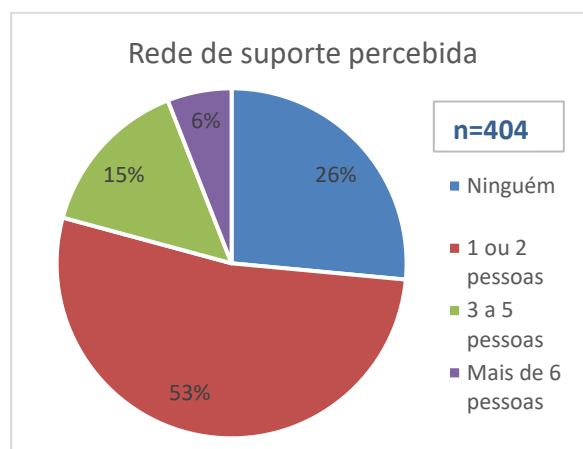
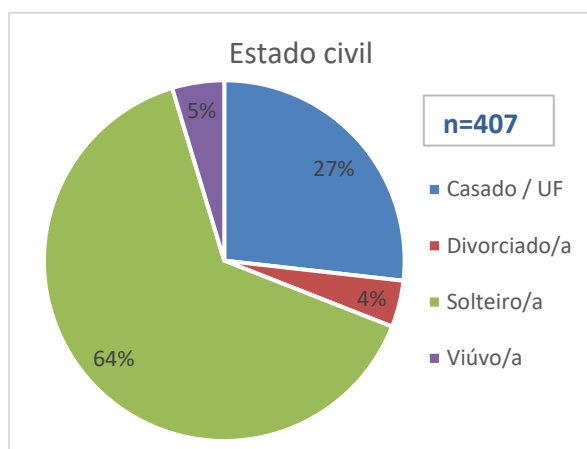


Fig.4.5. Nível de escolaridade dos participantes

Fig.4.6. Situação profissional dos participantes

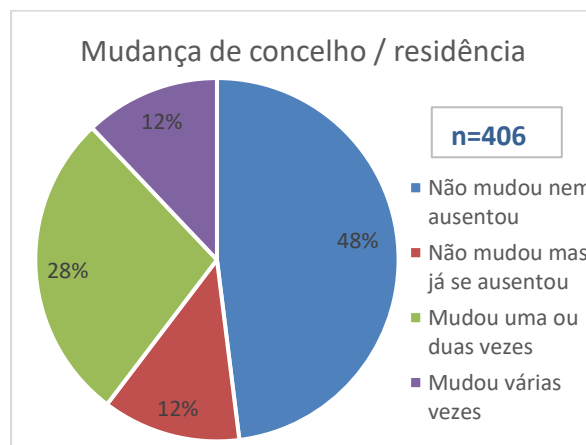
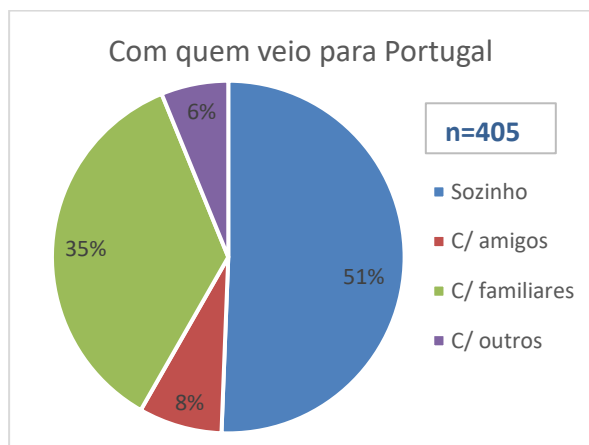
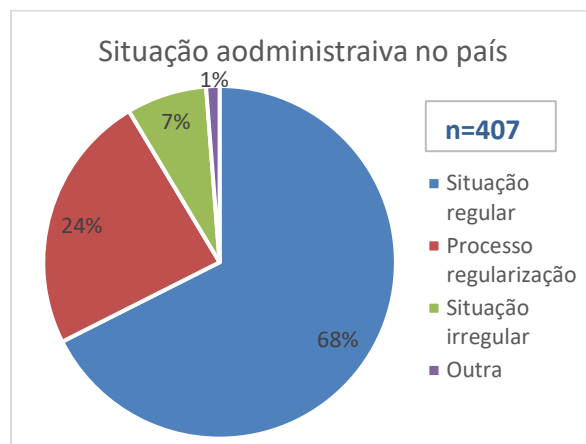
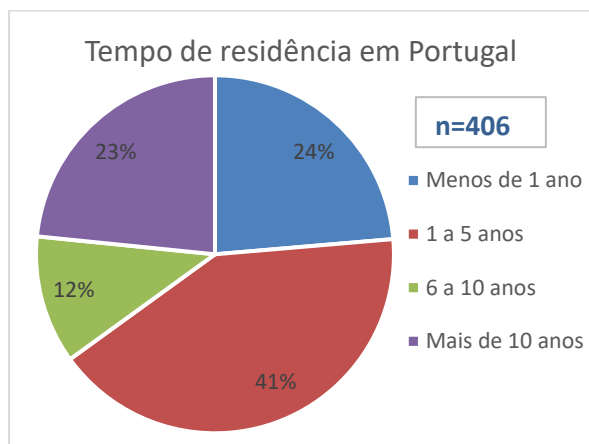
Categoria profissional¹⁸		
	N	%
1. Dirigentes	5	2,3%
2. Especialistas	34	15,4%
3. T. Intermédios	9	4,1%
4. Administrativos	15	6,8%
5. Serviços	79	35,7%
6. Agricultura	1	0,5%
7. Indústria	10	4,5%
8. Operadores	8	3,6%
9. Não qualificados	60	27,1%
Total	221	100,0%



Nota: Uma pessoa pode pertencer a mais do que uma população vulnerável

¹⁸ Categorização realizada se acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões 2010, disponível em www.ine.pt

ANEXO K. Gráficos correspondentes aos dados relativos ao processo de imigração dos participantes no questionário



ANEXO L. Comparação entre os imigrantes originários da África subsariana e da América Latina, constantes da amostra

	África subsariana	América Latina
Idade (mediana)	47 anos	34 anos
Género (moda)	Feminino (72%)	Masculino (81%)
Escolaridade (moda)	Até 9º ano (78%)	Ensino superior (51%)
Sat.Nec.Bas. (nunca/poucas vezes)	26%	4%
Tempo em Portugal (moda)	Há mais de 10 anos (42%)	Até 5 anos (88%)
Identificam-se como HSH	3%	83%
Identificam-se como TS	1%	18%
Identificam-se como PUD	5%	27%
Em situação irregular	19%	46%

ANEXO M. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Ter número de utente”¹⁹

<i>Variável</i>	<i>Pergunta(s) do question.</i>	<i>Medida de Associação</i>	<i>Coeficiente de Assoc.</i>	<i>Nível de significância</i>
<i>Concelho de residência (NUTS)</i>	Q.1	V de Cramer	0,103	0,373
<i>Idade</i>	Q.2	ETA	0,197	<0,001
<i>Género</i>	Q.3	V de Cramer	0,121	0,052
<i>País de nascimento (regiões)</i>	Q.4	V de Cramer	0,225	<0,001
<i>Nível de escolaridade</i>	Q.5	V de Cramer	0,197	0,008
<i>Suporte social</i>	Q.10	V de Cramer	0,083	0,430
<i>Satisfação das necessidades básicas</i>	Q.11	V de Cramer	0,073	0,537
<i>População vulnerável: gay/MSM</i>	Q.12.a)	V de Cramer	0,180	<0,001
<i>População vulnerável: TS</i>	Q.12.b)	V de Cramer	0,079	0,140
<i>População vulnerável: PUD</i>	Q.12.c)	V de Cramer	0,049	0,364
<i>Tempo em Portugal</i>	Q.13	V de Cramer	0,380	<0,001
<i>Em situação irregular no passado</i>	Q.15	V de Cramer	0,104	0,036
<i>Mobilidade</i>	Q.18	V de Cramer	0,124	0,101
<i>Conhecimentos e crenças sobre saúde e VIH</i>	Q.19.a) a d)	ETA	0,034	0,490
<i>Estigma interno e percecionado</i>	Q.19.e) a h)	ETA	0,018	0,716
<i>Obstáculos: barreiras administrativas</i>	Q.37.a) a c)	ETA	0,079	0,110
<i>Obstáculos: dificuldade comunicação</i>	Q.37.d)	V de Cramer	0,005	0,921
<i>Obstáculos: difer. culturais e discriminação</i>	Q.37.e) a g)	ETA	0,001	0,982
<i>Apoio recebido</i>	Q.39	V de Cramer	0,021	0,915

¹⁹ Os valores dos Coeficientes de relação e correlação foram obtidos através do SPSS

ANEXO N. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Tempo entre precisar de ir a um serviço de saúde em Portugal e ter sido atendido por um médico”²⁰

<i>Variável</i>	<i>Pergunta(s) do question.</i>	<i>Medida de Associação</i>	<i>Coeficiente de Assoc.</i>	<i>Nível de significância</i>
<i>Concelho de residência (NUTS)</i>	Q.1	V de Cramer	0,138	0,172
<i>Idade</i>	Q.2	Rho de Spearman	-0,040	0,456
<i>Género</i>	Q.3	V de Cramer	0,122	0,418
<i>País de nascimento (regiões)</i>	Q.4	V de Cramer	0,165	0,022
<i>Nível de escolaridade</i>	Q.5	Rho de Spearman	0,045	0,404
<i>Suporte social</i>	Q.10	Rho de Spearman	0,035	0,519
<i>Satisfação das necessidades básicas</i>	Q.11	Rho de Spearman	0,040	0,456
<i>População vulnerável: gay/MSM</i>	Q.12.a)	V de Cramer	0,125	0,392
<i>População vulnerável: TS</i>	Q.12.b)	V de Cramer	0,149	0,265
<i>População vulnerável: PUD</i>	Q.12.c)	V de Cramer	0,160	0,196
<i>Tempo em Portugal</i>	Q.13	Rho de Spearman	-0,181	0,001
<i>Em situação irregular no passado</i>	Q.15	V de Cramer	0,158	0,127
<i>Mobilidade</i>	Q.18	Rho de Spearman	0,032	0,551
<i>Conhecimentos e crenças sobre saúde e VIH</i>	Q.19.a) a d)	Rho de Spearman	-0,024	0,654
<i>Estigma interno e percecionado</i>	Q.19.e) a h)	Rho de Spearman	0,022	0,682
<i>Obstáculos: barreiras administrativas</i>	Q.37.a) a c)	Rho de Spearman	0,103	0,055
<i>Obstáculos: dificuldade comunicação</i>	Q.37.d)	V de Cramer	0,141	0,226
<i>Obstáculos: difer. culturais e discriminação</i>	Q.37.e) a g)	Rho de Spearman	0,056	0,296
<i>Apoio recebido</i>	Q.39	V de Cramer	0,126	0,359

²⁰ Os valores dos Coeficientes de relação e correlação foram obtidos através do SPSS

ANEXO O. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Dificuldade de acesso aos serviços de saúde em Portugal (auto-perceção)”²¹

<i>Variável</i>	<i>Pergunta(s) do question.</i>	<i>Medida de Associação</i>	<i>Coefficiente de Assoc.</i>	<i>Nível de significância</i>
<i>Concelho de residência (NUTS)</i>	Q.1	V de Cramer	0,137	0,027
<i>Idade</i>	Q.2	Rho de Spearman	-0,071	0,163
<i>Género</i>	Q.3	V de Cramer	0,164	0,007
<i>País de nascimento (regiões)</i>	Q.4	V de Cramer	0,166	0,001
<i>Nível de escolaridade</i>	Q.5	Rho de Spearman	0,099	0,053
<i>Suporte social</i>	Q.10	Rho de Spearman	-0,029	0,568
<i>Satisfação das necessidades básicas</i>	Q.11	Rho de Spearman	-0,013	0,794
<i>População vulnerável: gay/MSM</i>	Q.12.a)	V de Cramer	0,210	0,003
<i>População vulnerável: TS</i>	Q.12.b)	V de Cramer	0,185	0,024
<i>População vulnerável: PUD</i>	Q.12.c)	V de Cramer	0,145	0,143
<i>Tempo em Portugal</i>	Q.13	Rho de Spearman	-0,074	0,146
<i>Em situação irregular no passado</i>	Q.15	V de Cramer	0,039	0,965
<i>Mobilidade</i>	Q.18	Rho de Spearman	0,126	0,014
<i>Conhecimentos e crenças sobre saúde e VIH</i>	Q.19.a) a d)	Rho de Spearman	0,013	0,801
<i>Estigma interno e percecionado</i>	Q.19.e) a h)	Rho de Spearman	0,029	0,567
<i>Obstáculos: barreiras administrativas</i>	Q.37.a) a c)	Rho de Spearman	0,418	<0,001
<i>Obstáculos: dificuldade comunicação</i>	Q.37.d)	V de Cramer	0,136	0,127
<i>Obstáculos: difer. culturais e discriminação</i>	Q.37.e) a g)	Rho de Spearman	0,307	<0,001
<i>Apoio recebido</i>	Q.39	V de Cramer	0,093	0,577

²¹ Os valores dos Coeficientes de relação e correlação foram obtidos através do SPSS

ANEXO P. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Tempo até à primeira consulta médica de VIH, em Portugal”²²

<i>Variável</i>	<i>Pergunta(s) do question.</i>	<i>Medida de Associação</i>	<i>Coeficiente de Assoc.</i>	<i>Nível de significância</i>
<i>Concelho de residência (NUTS)</i>	Q.1	V de Cramer	0,142	0,268
<i>Idade</i>	Q.2	Rho de Spearman	-0,063	0,236
<i>Género</i>	Q.3	V de Cramer	0,249	<0,001
<i>País de nascimento (regiões)</i>	Q.4	V de Cramer	0,211	<0,001
<i>Nível de escolaridade</i>	Q.5	Rho de Spearman	0,102	0,057
<i>Suporte social</i>	Q.10	Rho de Spearman	0,121	0,024
<i>Satisfação das necessidades básicas</i>	Q.11	Rho de Spearman	0,117	0,029
<i>População vulnerável: gay/MSM</i>	Q.12.a)	V de Cramer	0,302	<0,001
<i>População vulnerável: TS</i>	Q.12.b)	V de Cramer	0,125	0,597
<i>População vulnerável: PUD</i>	Q.12.c)	V de Cramer	0,169	0,212
<i>Tempo em Portugal</i>	Q.13	Rho de Spearman	-0,163	0,002
<i>Em situação irregular no passado</i>	Q.15	V de Cramer	0,149	0,254
<i>Mobilidade</i>	Q.18	Rho de Spearman	0,046	0,387
<i>Conhecimentos e crenças sobre saúde e VIH</i>	Q.19.a) a d)	Rho de Spearman	-0,017	0,750
<i>Estigma interno e percecionado</i>	Q.19.e) a h)	Rho de Spearman	-0,156	0,003
<i>Obstáculos: barreiras administrativas</i>	Q.37.a) a c)	Rho de Spearman	0,285	<0,001
<i>Obstáculos: dificuldade comunicação</i>	Q.37.d)	V de Cramer	0,186	0,059
<i>Obstáculos: difer. culturais e discriminação</i>	Q.37.e) a g)	Rho de Spearman	0,217	<0,001
<i>Apoio recebido</i>	Q.39	V de Cramer	0,163	0,096

²² Os valores dos Coeficientes de relação e correlação foram obtidos através do SPSS

ANEXO Q. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Utilização dos serviços de saúde nos últimos 12 meses”²³

<i>Variável</i>	<i>Pergunta(s) do question.</i>	<i>Medida de Associação</i>	<i>Coeficiente de Assoc.</i>	<i>Nível de significância</i>
<i>Concelho de residência (NUTS)</i>	Q.1	ETA	0,159	0,039
<i>Idade</i>	Q.2	Rho de Spearman	0,220	<0,001
<i>Género</i>	Q.3	ETA	0,178	0,002
<i>País de nascimento (regiões)</i>	Q.4	ETA	0,238	<0,001
<i>Nível de escolaridade</i>	Q.5	Rho de Spearman	-0,236	<0,001
<i>Suporte social</i>	Q.10	Rho de Spearman	-0,003	0,946
<i>Satisfação das necessidades básicas</i>	Q.11	Rho de Spearman	-0,173	<0,001
<i>População vulnerável: gay/MSM</i>	Q.12.a)	ETA	0,206	<0,001
<i>População vulnerável: TS</i>	Q.12.b)	ETA	0,086	0,110
<i>População vulnerável: PUD</i>	Q.12.c)	ETA	0,044	0,420
<i>Tempo em Portugal</i>	Q.13	Rho de Spearman	0,246	<0,001
<i>Situação administrativa atual</i>	Q.14	ETA	0,046	0,358
<i>Mobilidade</i>	Q.18	Rho de Spearman	0,011	0,828
<i>Conhecimentos e crenças sobre saúde e VIH</i>	Q.19.a) a d)	Rho de Spearman	0,116	0,019
<i>Estigma interno e percecionado</i>	Q.19.e) a h)	Rho de Spearman	0,015	0,768
<i>Experiência com os Serv.Saúde</i>	Q.36	Rho de Spearman	0,037	0,466
<i>Obstáculos: barreiras administrativas</i>	Q.37.a) a c)	Rho de Spearman	0,048	0,336
<i>Obstáculos: dificuldade comunicação</i>	Q.37.d)	ETA	0,135	0,006
<i>Obstáculos: difer. culturais e discriminação</i>	Q.37.e) a g)	Rho de Spearman	0,077	0,123
<i>Obstáculos: quebra de sigilo</i>	Q.37.h)	ETA	0,130	0,008
<i>Apoio recebido</i>	Q.39	ETA	0,074	0,336

²³ Os valores dos Coeficientes de relação e correlação foram obtidos através do SPSS

ANEXO R. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Utilização da urgência num hospital público”²⁴

<i>Variável</i>	<i>Pergunta(s) do question.</i>	<i>Medida de Associação</i>	<i>Coeficiente de Assoc.</i>	<i>Nível de significância</i>
<i>Concelho de residência (NUTS)</i>	Q.1	V de Cramer	0,146	0,018
<i>Idade</i>	Q.2	Rho de Spearman	0,204	<0,001
<i>Género</i>	Q.3	V de Cramer	0,193	<0,001
<i>País de nascimento (regiões)</i>	Q.4	V de Cramer	0,252	<0,001
<i>Nível de escolaridade</i>	Q.5	Rho de Spearman	-0,244	<0,001
<i>Suporte social</i>	Q.10	Rho de Spearman	-0,056	0,273
<i>Satisfação das necessidades básicas</i>	Q.11	Rho de Spearman	-0,196	<0,001
<i>População vulnerável: gay/MSM</i>	Q.12.a)	V de Cramer	0,374	<0,001
<i>População vulnerável: TS</i>	Q.12.b)	V de Cramer	0,061	0,747
<i>População vulnerável: PUD</i>	Q.12.c)	V de Cramer	0,061	0,740
<i>Tempo em Portugal</i>	Q.13	Rho de Spearman	0,288	<0,001
<i>Situação administrativa atual</i>	Q.14	V de Cramer	0,228	<0,001
<i>Mobilidade</i>	Q.18	Rho de Spearman	0,039	0,442
<i>Conhecimentos e crenças sobre saúde e VIH</i>	Q.19.a) a d)	Rho de Spearman	0,168	0,001
<i>Estigma interno e percecionado</i>	Q.19.e) a h)	Rho de Spearman	0,000	0,999
<i>Experiência com os Serv.Saúde</i>	Q.36	Rho de Spearman	-0,001	0,980
<i>Obstáculos: barreiras administrativas</i>	Q.37.a) a c)	Rho de Spearman	0,012	0,821
<i>Obstáculos: dificuldade comunicação</i>	Q.37.d)	V de Cramer	0,098	0,293
<i>Obstáculos: difer. culturais e discriminação</i>	Q.37.e) a g)	Rho de Spearman	0,044	0,388
<i>Obstáculos: quebra de sigilo</i>	Q.37.h)	V de Cramer	0,075	0,535
<i>Apoio recebido</i>	Q.39	V de Cramer	0,083	0,929

²⁴ Os valores dos Coeficientes de relação e correlação foram obtidos através do SPSS

ANEXO S. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Utilização de consulta de especialidade (sem ser de VIH) num hospital público”²⁵

<i>Variável</i>	<i>Pergunta(s) do question.</i>	<i>Medida de Associação</i>	<i>Coeficiente de Assoc.</i>	<i>Nível de significância</i>
<i>Concelho de residência (NUTS)</i>	Q.1	V de Cramer	0,129	0,093
<i>Idade</i>	Q.2	Rho de Spearman	0,225	<0,001
<i>Género</i>	Q.3	V de Cramer	0,207	<0,001
<i>País de nascimento (regiões)</i>	Q.4	V de Cramer	0,192	<0,001
<i>Nível de escolaridade</i>	Q.5	Rho de Spearman	-0,227	<0,001
<i>Suporte social</i>	Q.10	Rho de Spearman	-0,052	0,309
<i>Satisfação das necessidades básicas</i>	Q.11	Rho de Spearman	-0,128	0,012
<i>População vulnerável: gay/MSM</i>	Q.12.a)	V de Cramer	0,321	<0,001
<i>População vulnerável: TS</i>	Q.12.b)	V de Cramer	0,096	0,380
<i>População vulnerável: PUD</i>	Q.12.c)	V de Cramer	0,158	0,040
<i>Tempo em Portugal</i>	Q.13	Rho de Spearman	0,263	<0,001
<i>Situação administrativa atual</i>	Q.14	V de Cramer	0,214	0,001
<i>Mobilidade</i>	Q.18	Rho de Spearman	0,107	0,036
<i>Conhecimentos e crenças sobre saúde e VIH</i>	Q.19.a) a d)	Rho de Spearman	0,096	0,061
<i>Estigma interno e percecionado</i>	Q.19.e) a h)	Rho de Spearman	0,092	0,072
<i>Experiência com os Serv.Saúde</i>	Q.36	Rho de Spearman	0,107	0,037
<i>Obstáculos: barreiras administrativas</i>	Q.37.a) a c)	Rho de Spearman	-0,089	0,082
<i>Obstáculos: dificuldade comunicação</i>	Q.37.d)	V de Cramer	0,062	0,688
<i>Obstáculos: difer. culturais e discriminação</i>	Q.37.e) a g)	Rho de Spearman	0,010	0,838
<i>Obstáculos: quebra de sigilo</i>	Q.37.h)	V de Cramer	0,104	0,243
<i>Apoio recebido</i>	Q.39	V de Cramer	0,104	0,661

²⁵ Os valores dos Coeficientes de relação e correlação foram obtidos através do SPSS

ANEXO T. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Utilização de consultas programadas no Centro de Saúde”²⁶

<i>Variável</i>	<i>Pergunta(s) do question.</i>	<i>Medida de Associação</i>	<i>Coeficiente de Assoc.</i>	<i>Nível de significância</i>
<i>Concelho de residência (NUTS)</i>	Q.1	V de Cramer	0,159	0,005
<i>Idade</i>	Q.2	Rho de Spearman	0,224	<0,001
<i>Género</i>	Q.3	V de Cramer	0,178	0,001
<i>País de nascimento (regiões)</i>	Q.4	V de Cramer	0,223	<0,001
<i>Nível de escolaridade</i>	Q.5	Rho de Spearman	-0,243	<0,001
<i>Suporte social</i>	Q.10	Rho de Spearman	0,005	0,916
<i>Satisfação das necessidades básicas</i>	Q.11	Rho de Spearman	-0,160	0,002
<i>População vulnerável: gay/MSM</i>	Q.12.a)	V de Cramer	0,293	<0,001
<i>População vulnerável: TS</i>	Q.12.b)	V de Cramer	0,200	0,005
<i>População vulnerável: PUD</i>	Q.12.c)	V de Cramer	0,105	0,309
<i>Tempo em Portugal</i>	Q.13	Rho de Spearman	0,240	<0,001
<i>Situação administrativa atual</i>	Q.14	V de Cramer	0,242	<0,001
<i>Mobilidade</i>	Q.18	Rho de Spearman	-0,008	0,883
<i>Conhecimentos e crenças sobre saúde e VIH</i>	Q.19.a) a d)	Rho de Spearman	0,071	0,168
<i>Estigma interno e percecionado</i>	Q.19.e) a h)	Rho de Spearman	0,056	0,275
<i>Experiência com os Serv.Saúde</i>	Q.36	Rho de Spearman	0,181	<0,001
<i>Obstáculos: barreiras administrativas</i>	Q.37.a) a c)	Rho de Spearman	-0,069	0,180
<i>Obstáculos: dificuldade comunicação</i>	Q.37.d)	V de Cramer	0,084	0,448
<i>Obstáculos: difer. culturais e discriminação</i>	Q.37.e) a g)	Rho de Spearman	-0,011	0,835
<i>Obstáculos: quebra de sigilo</i>	Q.37.h)	V de Cramer	0,125	0,117
<i>Apoio recebido</i>	Q.39	V de Cramer	0,090	0,883

²⁶ Os valores dos Coeficientes de relação e correlação foram obtidos através do SPSS

ANEXO U. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Necessidades de saúde não satisfeitas”²⁷

<i>Variável</i>	<i>Pergunta(s) do question.</i>	<i>Medida de Associação</i>	<i>Coeficiente de Assoc.</i>	<i>Nível de significância</i>
<i>Concelho de residência (NUTS)</i>	Q.1	V de Cramer	0,137	0,062
<i>Idade</i>	Q.2	ETA	0,221	<0,001
<i>Género</i>	Q.3	V de Cramer	0,137	0,005
<i>País de nascimento (regiões)</i>	Q.4	V de Cramer	0,218	<0,001
<i>Nível de escolaridade</i>	Q.5	V de Cramer	0,147	0,067
<i>Suporte social</i>	Q.10	V de Cramer	0,100	0,235
<i>Satisfação das necessidades básicas</i>	Q.11	V de Cramer	0,103	0,200
<i>População vulnerável: gay/MSM</i>	Q.12.a)	V de Cramer	0,178	0,002
<i>População vulnerável: TS</i>	Q.12.b)	V de Cramer	0,186	0,003
<i>População vulnerável: PUD</i>	Q.12.c)	V de Cramer	0,260	<0,001
<i>Tempo em Portugal</i>	Q.13	V de Cramer	0,189	<0,001
<i>Situação administrativa atual</i>	Q.14	V de Cramer	0,251	<0,001
<i>Mobilidade</i>	Q.18	V de Cramer	0,150	0,006
<i>Conhecimentos e crenças sobre saúde e VIH</i>	Q.19.a) a d)	ETA	0,018	0,935
<i>Estigma interno e percecionado</i>	Q.19.e) a h)	ETA	0,067	0,406
<i>Experiência com os Serv.Saúde</i>	Q.36	V de Cramer	0,409	<0,001
<i>Obstáculos: barreiras administrativas</i>	Q.37.a) a c)	ETA	0,580	<0,001
<i>Obstáculos: dificuldade comunicação</i>	Q.37.d)	V de Cramer	0,141	0,018
<i>Obstáculos: difer. culturais e discriminação</i>	Q.37.e) a g)	ETA	0,459	<0,001
<i>Obstáculos: quebra de sigilo</i>	Q.37.h)	V de Cramer	0,293	<0,001
<i>Apoio recebido</i>	Q.39	V de Cramer	0,128	0,219

²⁷ Os valores dos Coeficientes de relação e correlação foram obtidos através do SPSS

ANEXO V. Medidas e Coeficientes de Associação com a variável “Não estar em tratamento para o VIH ou ter interrompido nos últimos 12 meses”²⁸

<i>Variável</i>	<i>Pergunta(s) do question.</i>	<i>Medida de Associação</i>	<i>Coeficiente de Assoc.</i>	<i>Nível de significância</i>
<i>Concelho de residência (NUTS)</i>	Q.1	V de Cramer	0,194	0,005
<i>Idade</i>	Q.2	ETA	0,022	0,654
<i>Género</i>	Q.3	V de Cramer	0,026	0,868
<i>País de nascimento (regiões)</i>	Q.4	V de Cramer	0,108	0,195
<i>Nível de escolaridade</i>	Q.5	V de Cramer	0,124	0,288
<i>Suporte social</i>	Q.10	V de Cramer	0,140	0,048
<i>Satisfação das necessidades básicas</i>	Q.11	V de Cramer	0,176	0,006
<i>População vulnerável: gay/MSM</i>	Q.12.a)	V de Cramer	0,086	0,090
<i>População vulnerável: TS</i>	Q.12.b)	V de Cramer	0,185	0,001
<i>População vulnerável: PUD</i>	Q.12.c)	V de Cramer	0,064	0,232
<i>Tempo em Portugal</i>	Q.13	V de Cramer	0,107	0,200
<i>Situação administrativa atual</i>	Q.14	V de Cramer	0,065	0,190
<i>Mobilidade</i>	Q.18	V de Cramer	0,173	0,007
<i>Conhecimentos e crenças sobre saúde e VIH</i>	Q.19.a) a d)	ETA	0,175	<0,001
<i>Estigma interno e percecionado</i>	Q.19.e) a h)	ETA	0,131	0,008
<i>Experiência com os Serv.Saúde</i>	Q.36	V de Cramer	0,297	<0,001
<i>Obstáculos: barreiras administrativas</i>	Q.37.a) a c)	ETA	0,223	<0,001
<i>Obstáculos: dificuldade comunicação</i>	Q.37.d)	V de Cramer	0,024	0,625
<i>Obstáculos: difer. culturais e discriminação</i>	Q.37.e) a g)	ETA	0,218	<0,001
<i>Obstáculos: quebra de sigilo</i>	Q.37.h)	V de Cramer	0,140	0,005
<i>Apoio recebido</i>	Q.39	V de Cramer	0,105	0,498

²⁸ Os valores dos Coeficientes de relação e correlação foram obtidos através do SPSS