

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

Acesso aos Cuidados de Saúde das Comunidades Imigrantes em Portugal

Gonçalo Nuno de Sanhudo e Pereira da Cunha Coutinho, N° 12875

Orientador: Professor Doutor Rui Gentil de Portugal e Vasconcelos Fernandes

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

2015/2016

RESUMO

Introdução: A situação de saúde das comunidades imigrantes em Portugal é deficiente, como tal considera-se importante uma melhor compreensão das dificuldades no acesso e utilização dos serviços de saúde, para colmatar as desigualdades em saúde, um dos objetivos patentes no II Plano para a Integração dos Imigrantes.

Commented [H1]:

Objetivos: O objetivo deste trabalho é conhecer a acessibilidade aos cuidados de saúde das comunidades imigrantes africanas e brasileiras em Portugal comparando com a população geral.

Métodos: Análise descritiva da amostra de 4414 imigrantes de origens africana e brasileira referente ao inquérito de 2007, “Avaliação do Acesso aos Cuidados de Saúde e Nível de Saúde das Comunidades Imigrantes Africana e Brasileira em Portugal”, e comparação com dados da população portuguesa do IV Inquérito Nacional de Saúde.

Commented [r2]: Ano de recolha dos dados.

Resultados: As comunidades africana e brasileira apresentaram menor proporção de má saúde autoavaliada, 4,48% e 2,35% respetivamente, que a população portuguesa, 13,88%; menor número médio de consultas, 0,99 e 0,69, que a população, 2,10; maior proporção de não utilização de subsistema de saúde, 2,26% e 23,66%, que a população, 1,25%; e proporção de posse de seguro de saúde de 10,63% e 15,93% respetivamente, com 10,21% para a população.

Discussão: observámos melhor estado de saúde autoavaliado e menor número de consultas médicas para as comunidades imigrantes. A observação de menor utilização de subsistemas de saúde pelos imigrantes sugere desigualdade no acesso aos cuidados de saúde. Recomendamos o reforço das medidas presentes no II Plano para a Integração dos Imigrantes com vista a reduzir as desigualdades em saúde destas comunidades.

Commented [r3]: Faltam as recomendações.

ABSTRACT

Introduction: The health status of immigrant communities in Portugal is deficient, as such it is important for a better understanding of the difficulties in access and utilization of health services to address health inequalities, one of the goals patent in the II Plano para a Integração dos Imigrantes.

Objectives: The objective of this work is to know the accessibility to health care for African and Brazilian immigrant communities in Portugal compared to the general population.

Methods: Descriptive analysis of the sample of 4414 immigrants from African and Brazilian origins referring to the 2007 survey, " Avaliação do Acesso aos Cuidados de Saúde e Nível de Saúde das Comunidades Imigrantes Africana e Brasileira em Portugal ", and comparison with the data of the Portuguese population from the IV National Health Survey.

Results: The African and Brazilian communities had lower proportion of poor self-reported health, 4.48% and 2.35% respectively, the Portuguese population, 13.88%; lower average number medical appointments, 0.99 and 0.69, the population, 2.10; higher proportion of non-use of health subsystem, 2.26% and 23.66%, the population, 1.25%; and health insurance ownership ratio of 10.63% and 15,93% respectively, with 10.21% for the population.

Discussion: We observed better self-assessed health status and fewer medical appointments for immigrant communities. The observation of lower use of health subsystems by immigrants suggests inequality in access to health care. We recommend strengthening measures present in the II Plano para a Integração dos Imigrantes to reduce inequalities in the health of these communities.

ÍNDICE

1. Introdução.....	5
2. Materiais e Métodos.....	12
3. Resultados.....	14
4. Discussão.....	26
5. Agradecimentos.....	29
6. Bibliografia.....	30

1. INTRODUÇÃO

Atualmente há uma estimativa de 1 bilhão de migrantes no mundo, dos quais 214 milhões são migrantes internacionais e 740 milhões são migrantes internos. Os fluxos migratórios incluem trabalhadores, refugiados, estudantes, imigrantes sem documentos entre outros, cada um com diferentes determinantes da saúde, necessidades e vulnerabilidades. As necessidades de saúde e implicações que daí advém são consideráveis.^[1]

Não existe uma definição de migrantes universalmente acordada. Diversas definições variam nas razões para a deslocação, as fronteiras deslocadas (nacionais ou internacionais), e a quantidade de tempo decorrido desde o deslocamento. Uma definição útil é dada pela Organização das Nações Unidas, que considera migrante qualquer pessoa que tenha residido num país estrangeiro por mais de um ano, independentemente das razões e dos meios utilizados para migrar.^{[2][3]}

Dentro desta definição existem diferentes tipos de migrantes de acordo com o contexto e razão pela qual eles migram. A diversidade de motivações deve ser considerada porque os imigrantes podem ter migrado respondendo voluntariamente ou não a diferentes fatores de expulsão ou atração vinculados ao mercado de trabalho, à continuação dos estudos e à formação, ao amor, à curiosidade de conhecer outros países e culturas, assim como também às perseguições, guerras civis e catástrofes naturais, ou por ter sido alvo de tráfico de pessoas. Em relação aos cuidados e serviços de saúde estes aspetos são importantes pois vão determinar os tipos de recursos de saúde necessários para dar uma resposta adequada a cada situação.^{[2][4]}

Os imigrantes apresentam diferentes padrões de mortalidade, doenças, estado de saúde e padrões de utilização dos serviços de saúde. Em relação à saúde dos imigrantes, alguns padrões foram identificados na literatura. O primeiro refere-se ao “efeito do imigrante saudável”, de acordo com a qual os imigrantes são mais saudáveis do que os nativos do país de destino, com características pessoais semelhantes. Uma possível causa apontada poderá ser devido a um efeito de seleção positiva, uma vez que a migração tem custos, apenas o mais saudável é capaz de mudar de país. No entanto, também diversos trabalhos enfatizam que a migração pode ser um processo stressante, com os indivíduos

sujeitos a muitas pressões e incertezas, que podem ter um impacto negativo na sua saúde mental, particularmente em indicadores tais como ansiedade, nervosismo e depressão. Por outro lado, com melhores condições de vida e serviços no país de destino, a migração pode ser associada a uma melhoria dos indicadores de saúde mental. Também se verifica a subutilização da prevenção e promoção, e a sobreutilização dos serviços de urgência, situação que pode estar relacionada com os vários factores que influenciam a acessibilidade. A literatura não é unânime sobre os padrões de uso dos serviços de saúde: alguns artigos relatam que os imigrantes tendem a ter mais visitas aos médicos, mas outros não encontram um efeito significativo. No entanto, o consenso geral é que os migrantes tendem a usar mais serviços de emergência, quer devido a situações urgentes, ou um acesso mais fácil nestas instalações.^{[9] [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16]}

Se por um lado os novos migrantes são muitas vezes mais saudáveis do que a população em geral à chegada, também se tem observado que os imigrantes experimentam um declínio na sua saúde durante a primeira década de migração, devido a mudanças de estilo de vida resultantes da migração, e a aculturação a um sistema de vida diferente, a condições sociais a que não estão acostumados, doenças infecciosas, ou acesso restrito aos serviços de saúde. Também as barreiras culturais e linguísticas podem contribuir para a pobre prestação de serviços de saúde. Estas situações às vezes são cumulativas para as segundas e/ou terceiras gerações.^{[5] [6] [7] [8]}

Hoje em dia, na era da globalização, a migração é omnipresente por diversas causas como as disparidades profundas, a escassez de competências, os desequilíbrios demográficos, as alterações climáticas, as crises económicas, políticas e naturais, ou as catástrofes provocadas pelo homem. No entanto, a migração é essencial para algumas sociedades compensarem as tendências demográficas e a escassez de competências. Os governos e sociedades enfrentam hoje desafios cruciais relacionados com a saúde dos migrantes e questões de saúde associadas à migração.^[1]

Estes desafios serviram de base para a resolução sobre a "saúde dos migrantes", aprovada pela 61ª Assembleia Mundial da Saúde, que apelou a todos os Estados-Membros para promoverem políticas de saúde sensíveis ao migrantes. Esta resolução, que é uma guia no domínio da saúde dos migrantes para a OMS, apela aos estados-Membros que promovam políticas de saúde sensíveis ao migrantes; o acesso equitativo à promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados aos migrantes; que se estabeleçam sistemas de informação sanitária, a fim de avaliar e analisar as tendências

na saúde dos migrantes; que se elaborem mecanismos para melhorar a saúde de todas as populações, incluindo os migrantes, nomeadamente através de identificação e preenchimento de lacunas na prestação de serviços de saúde; que se reúna, documente e compartilhe informações e melhores práticas para atender às necessidades de saúde dos migrantes; que se aumente a sensibilidade dos prestadores de serviços de saúde e profissionais às questões de saúde dos migrantes; que se treine profissionais de saúde para lidar com os problemas de saúde associados aos movimentos populacionais; entre outros. ^[19]

O acesso dos migrantes aos serviços de saúde nos sistemas de saúde europeus é importante por diversas razões. A primeira razão é o facto dos migrantes representarem uma proporção cada vez maior da população na Europa, como tal, a fim de tomar decisões informadas sobre os migrantes, os profissionais de saúde, gestores e políticos precisam de mais conhecimento sobre a sua saúde e a sua capacidade de aceder aos cuidados. A segunda razão é o facto de os problemas de saúde afetarem a capacidade dos migrantes se envolverem em atividades educativas, laborais e atividades na sociedade em geral, podendo impedir processos de integração nos países de acolhimento. Isto pode afetar a saúde de uma forma negativa devido aos processos de marginalização e isolamento social que daí advém. A terceira razão prende-se com a noção do "direito à melhor saúde possível". Este direito está incluído na Constituição da OMS de 1946, e foi reiterado na Declaração de 1978 Alma Ata e na Declaração de Saúde do Mundo de 1998. Também vários documentos internacionais de direitos humanos reconhecem o direito à saúde, com especial relevância para a Resolução de 2008 da Assembleia Mundial da Saúde sobre a "Saúde dos migrantes", que enumerou diversas medidas para melhorar a saúde dos migrantes, incluindo a garantia do acesso equitativo aos serviços de saúde. A quarta razão é que a equidade no acesso aos serviços de saúde é um objectivo fundamental para muitos sistemas de saúde europeus. Cuidados de saúde equitativos exigem que a alocação de recursos e acesso aos cuidados de saúde sejam determinados por necessidades de saúde, independentemente de fatores como etnia ou status de migração. No entanto cuidados de saúde equitativos não devem ser confundidos com a equidade na saúde, pois este último também depende de fatores tais como o comportamento individual de saúde, habitação, ocupação, bem-estar social e das condições ambientais, o aumento da equidade no acesso aos cuidados de saúde também pode aumentar a equidade na saúde. ^{[20] [21] [22] [23]}

Como tal, uma das dimensões importantes a avaliar sobre a saúde dos migrantes é o seu acesso aos cuidados de saúde. Por um lado, a utilização de serviços de saúde por migrantes pode diferir da por não migrantes. Por outro, as necessidades e respetivo acesso aos cuidados de saúde dos migrantes são afetados por uma série de fatores relacionados com o processo de migração, incluindo saúde e status socioeconómico, necessidades auto-percebidas, crenças sobre saúde, comportamento de procura de saúde, barreiras linguísticas, diferenças culturais, trauma e novidade. Isto é especialmente verdadeiro para os migrantes recém-chegados, uma vez que os recém-chegados aos países de acolhimento são menos bem informados sobre como navegar no sistema de saúde e podem ter necessidades especiais de saúde. Além disso, a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes pode ser mais difícil para as pessoas que não falam e lêem a mesma língua e têm um fundo cultural diferente, o que pode levar a um diagnóstico mais tardio e escolha menos óptima do tratamento. ^[20]

Assim, os países que acolhem um número crescente de migrantes estão a abandonar um custo de oportunidade por não saberem se estes grupos são efetivamente avaliados sobre o seu estado de saúde e como evitar a diminuição do seu estado de saúde. Com efeito, tal declínio na saúde impede-os de participarem e contribuírem para as suas novas comunidades de forma otimizada. ^[2]

Na União Europeia, e em Portugal, os imigrantes são identificados como uma população particularmente em risco de pobreza e exclusão social. Portugal, possibilita legalmente aos imigrantes acessibilidade aos serviços e cuidados de saúde. A Constituição da República Portuguesa estabelece o direito a saúde e a protecção da saúde a todos os cidadãos (art. 64), assegurado pelo Serviço Nacional de Saúde. No entanto com o aumento das migrações, a perceção do conceito de cidadão introduziu ambiguidade. Assim o Despacho n.º 25360/2001 e a Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD/2009 do Ministério da Saúde 2009, vieram facilitar o acesso igualitário de imigrantes e nacionais aos serviços, tratamentos e medicamentos, possibilitando ainda o acesso dos imigrantes não documentados, embora de forma mais restringida após pagamento das taxas moderadoras, salvo no caso de crianças menores, grávidas e doentes que coloquem em risco a saúde pública, estando estes isentos. Comparativamente com outros países europeus, este regime de acesso é generoso, mas por não ser totalmente universal, cria desigualdades limitando o acesso a quem mais o precisa. ^[4]

Em Portugal os estudos sobre imigração e etnicidade encontram-se em expansão, mas ainda escasseiam os estudos sobre as condições de saúde dos imigrantes e das minorias étnicas em Portugal. Por outro lado, alguns estudos têm-se focado nas populações imigrantes como grupos de risco centrando-se sobretudo nas doenças e problemas de saúde, o que prejudica o conhecimento em relação às barreiras e distâncias destes face às instituições de saúde. Como tal, é importante identificar as necessidades de saúde específicas das comunidades imigrantes as limitações de resposta dos serviços públicos. Em Portugal existe um elevado número de migrantes africanos, com riscos de saúde substanciais e existe alguma evidência sobre a pouca representação deste grupo na utilização dos serviços de saúde. Também a situação de saúde das comunidades migrantes africanas em Portugal é deficiente, quando comparada com a situação da população nacional, segundo alguns dados. Por estes motivos considera-se importante uma melhor compreensão dos fatores envolvidos nesta problemática, nomeadamente o seu estado de saúde e as dificuldades existentes no acesso e utilização dos serviços de saúde em Portugal, para colmatar as desigualdades em saúde e promover o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, um dos objetivos patentes no II Plano para a Integração dos Imigrantes.^{[27] [28] [29] [30] [33]}

Commented [H4]:

Para avaliarmos o acesso aos cuidados de saúde por parte das comunidades migrantes é primeiro necessário distinguir entre os conceitos de grupo étnico minoritário e de grupo de migrantes, pois os fatores que influenciam a saúde de cada grupo vão ser diferentes. O conceito de etnia é complexo, mas implica a presença tanto de "origens ou *background* social compartilhados; cultura e tradições distintas partilhadas, mantidas entre gerações e que levem a um sentimento de identidade e de grupo; e / ou uma linguagem comum ou tradição religiosa ". Deste modo podemos ter um grupo étnico que é uma minoria, mas não um grupo migrante, enfrentando desigualdades de saúde por razões diferentes daquelas enfrentadas por migrantes; e também podemos ter grupos de migrantes que enfrentam barreiras a uma saúde ideal semelhantes independentemente da sua origem étnica. Os conceitos de migrante e etnia são muitas vezes erroneamente confundidos na pesquisa em saúde, levando a recomendações subótimas que não considerem adequadamente o impacto da migração independentemente do grupo étnico.^{[2] [7]}

Então determinamos a idade, sexo, país de origem e histórico de migração de cada pessoa para podermos adequar as recomendações, e para avaliarmos o acesso aos

cuidados de saúde por parte dos migrantes precisamos de definir marcadores que nos possam indicar com fiabilidade o acesso e o contacto dos migrantes com os serviços de saúde. O acesso óptimo foi definido como "fornecer os serviços certos no momento certo no lugar certo", ou de um modo geral, como a "adequação" entre pacientes e o sistema de saúde. Podemos considerar que o acesso é equitativo se não depender, por exemplo, da educação, renda, condição de migrante, etnia ou a distância geográfica. Por outro lado, se existem variações sistemáticas no acesso relacionadas a fatores como condições socioeconômicas, condição de migrante ou etnia, ao invés de necessidade, podemos afirmar que o acesso aos cuidados é desigual. No entanto, devido ao facto do acesso ser difícil de medir diretamente, este tem sido medido frequentemente pelos níveis de utilização. Para investigarmos uma possível desigualdade no acesso, comparando a utilização entre diferentes grupos da população, primeiro precisamos de um meio para medir a necessidade de cuidados. Existem diversas opções para avaliar a necessidade de cuidados; podemos comparar a utilização de serviços preventivos, como o rastreio de base populacional para cancro da mama, quando a necessidade é definida a nível nacional ou sub-nacional com base na idade e sexo (cada mulher numa determinada faixa etária é considerada estar em necessidade); podemos comparar a utilização de serviços de reabilitação ou terapêutica preventiva, com base em diretrizes bem definidas para grupos de pacientes com diagnóstico semelhante (por exemplo, enfarte agudo do miocárdio); podemos também comparar informação sobre a prevalência de má saúde autoavaliada, doenças crônicas ou, de preferência, indicações de tratamento através de inquéritos. No entanto estas medidas de necessidade são influenciadas pelo contato com o sistema de saúde, ou seja, sem contacto não existe diagnóstico; portanto são necessários estudos longitudinais para perceber possíveis relações de causa e efeito. Alternativamente, pode-se tentar investigar diretamente necessidades não satisfeitas, perguntando aos migrantes sobre situações em que experimentaram problemas de saúde, sem contato com o sistema de saúde. Além de investigar os padrões de utilização, pode-se também medir o acesso aos cuidados por outros indicadores, como o atraso no diagnóstico, tratamento e cuidados. ^{[20] [24] [25]}

O objetivo do presente trabalho é conhecer a acessibilidade aos cuidados de saúde das comunidades imigrantes africanas e brasileiras em Portugal, através da autoavaliação do estado de saúde, número de consultas médicas nos três meses anteriores, cobertura por seguro de saúde e utilização de subsistemas de saúde; comparando os níveis de acesso

medidos para estas comunidades com os da população geral. Para tal usou-se como base o estudo por inquérito, “Avaliação do Acesso aos Cuidados de Saúde e Nível de Saúde das Comunidades Imigrantes Africana e Brasileira em Portugal”, levado a cabo pelo Instituto de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina de Lisboa, com o objetivo de caracterizar o estado de saúde e a prestação efetiva de cuidados de saúde às comunidades imigrantes a residir em Portugal. Para os dados sobre a população portuguesa geral recorreu-se aos dados públicos publicados pelo Instituto Nacional de Estatística e conjunto com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge referentes ao Inquérito Nacional de Saúde 05-06, que constitui o primeiro retrato da saúde em Portugal que reflete a expressão de todos os residentes no País.

Commented [r5]: Pretende-se comparar os níveis de acesso medidos por por as variáveis de interesse – tempo de espera, etc.....

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Commented [r6]: Materiais e métodos.

O primeiro inquérito, Avaliação do Acesso aos Cuidados de Saúde e Nível de Saúde das Comunidades Imigrantes Africana e Brasileira em Portugal, aplicou uma adaptação do questionário utilizado no Inquérito Nacional de Saúde, com vista a caracterizar o estado de saúde da população, bem como os seus determinantes, às populações imigrantes em Portugal, para caracterizar o estado de saúde das comunidades imigrantes e comparar o estado de saúde desta população com o da população em geral. Outro objetivo deste inquérito foi a caracterização do acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde, como sejam o número de consultas (gerais e das especialidades), os motivos das consultas, os exames de diagnóstico complementar, a utilização de serviços de saúde públicos e privados. O inquérito por entrevista foi composto por 12 partes: Caracterização sócio-demográfica; Trajetória imigratória; Acessibilidade aos cuidados de saúde; Saúde reprodutiva; Informações gerais de saúde (autoavaliação do estado de saúde, dados antropométricos e outros); Doenças crónicas; Despesas de saúde e rendimentos; Consumo de tabaco; Consumo de alimentos e bebidas; Saúde infantil; Atividade física; Saúde mental e bem-estar geral.

População e Amostra

População: A população do estudo foi constituída por imigrantes africanos e brasileiros que residissem em bairros dos Distritos de Lisboa, Setúbal e Faro, com maiores proporções dessas comunidades.

Crítérios de Inclusão: Foram considerados como pertencentes a uma comunidade imigrante africana ou brasileira todos os nascidos num país africano, ou Brasil, ou com pelo menos um dos pais ou dois dos avós nascidos num país africano, ou Brasil, e que tivessem vindo para Portugal após 1980.

Seleção da Amostra: A amostragem ocorreu em três fases, começando pela identificação dos bairros com maior proporção de imigrantes africanos ou brasileiros,

(através de dados obtidos pelas autarquias); seguido da seleção por amostragem aleatória simples de edifícios desses bairros, sendo que todos os indivíduos que viviam nesses edifícios foram incluídos na amostra.

Amostra do Estudo: A amostra final foi constituída por 4414 pessoas, 3277 imigrantes de origem Africana e 1137 de origem Brasileira. Dos imigrantes de origem Africana 1560 são do sexo masculino e 1717 do sexo feminino. Dos imigrantes de origem Brasileira 581 são do sexo masculino e 556 do sexo feminino.

Recolha de Dados

As entrevistas foram realizadas no domicílio por entrevistadores treinados, tanto no que concerne à metodologia do estudo como no que diz respeito à natureza e finalidades do mesmo, no sentido de estarem motivados e conhecerem os objetivos do estudo.

Todos os indivíduos com 16 ou mais anos presentes no domicílio foram entrevistados. Os dados relativos aos menores de 16 anos e aos indivíduos ausentes do domicílio na altura da visita foram obtidos por entrevista a uma das pessoas presentes que se considera informador privilegiado para cada um dos que não foram entrevistados.

Análise de Estatística

Efetou-se uma análise descritiva da amostra das comunidades imigrantes no que respeita às diferentes variáveis em estudo e comparou-se com os dados da população portuguesa. Também se estudou a relação entre a autoavaliação do estado de saúde com a posse de seguro de saúde, a ida a consulta nos três meses anteriores ou a utilização de subsistema de saúde, para as comunidades imigrantes. Fazendo um teste de normalidade às variáveis quantitativas relevantes para o estudo verificou-se que todas essas variáveis tinham um comportamento normal. Utilizou-se o teste t-Student para comparar dois grupos emparelhados através das médias; o teste de Qui-quadrado de Pearson para medir a correlação entre duas variáveis intervalares.

As diferenças foram consideradas significativas para um $p \leq 0,05$.

3. RESULTADOS

A amostra final foi constituída por 4414 pessoas, 3277 imigrantes de origem Africana e 1137 de origem Brasileira. Dos imigrantes de origem Africana 1560 (47,60%) são do sexo masculino e 1717 (52,40%) do sexo feminino. Dos imigrantes de origem Brasileira 581 (51,10%) são do sexo masculino e 556 (48,90%) do sexo feminino. A principal diferença entre as amostras das comunidades imigrantes e a população portuguesa está na segmentação etária, com a comunidade africana a apresentar 28,17% (IC a 95%: 26.63-29.71) da amostra com menos de 15 anos; já a comunidade brasileira apresenta 19,70% (IC a 95%: 17.39-22.01) para o mesmo segmento; e a população portuguesa para o mesmo segmento apresenta 15,60% (IC a 95%: 15.58% to 15.62%), por exemplo.

Amostras das Comunidades Imigrantes e População Portuguesa

Comunidade Africana	Total	3277	Commented [r7]: Total
	menos de 15 anos	923	28,17%
	15 a 24 anos	779	23,77%
	25 a 34 anos	523	15,96%
	35 a 44 anos	477	14,56%
	45 a 54 anos	354	10,80%
	55 a 64 anos	125	3,81%
	65 a 74 anos	68	2,08%
	75 a 84 anos	25	0,76%
	85 anos ou mais	3	0,09%
	Mulheres	1717	52,40%
	Homens	1560	47,60%
Comunidade Brasileira	Todos	1137	
	menos de 15 anos	224	19,70%
	15 a 24 anos	204	17,94%
	25 a 34 anos	376	33,07%
	35 a 44 anos	229	20,14%
	45 a 54 anos	87	7,65%
	55 a 64 anos	17	1,50%
	Mulheres	556	48,90%
	Homens	581	51,10%
População Portuguesa	Todos	10549424	
	Menos de 15 anos	1645834	15,60%
	15 a 24 anos	1310309	12,42%
	25 a 34 anos	1644574	15,59%
	35 a 44 anos	1562377	14,81%
	45 a 54 anos	1405496	13,32%
	55 a 64 anos	1180516	11,19%
	65 a 74 anos	1017484	9,64%
	75 a 84 anos	623687	5,91%
	85 anos ou mais	159149	1,51%

Homens	5105041	48,39%
Mulheres	5444383	51,61%

Avaliação indireta das necessidades de saúde - Autoavaliação do estado de saúde

Quando observamos os valores referentes à autoavaliação do estado de saúde observamos que as comunidades imigrantes africana e brasileira apresentam proporções menores de indivíduos a classificar a sua saúde como má ou muito má, em relação à população portuguesa. Para a comunidade africana temos 4,48% (IC a 95%: 3.59-5.37), para a comunidade brasileira 2,35% (IC a 95%: 1.31- 3.39) e para a população portuguesa, segundo dados do 4ºINS, 13,88% (IC a 95%: 13.86-13.9). A comparação dos valores das comunidades migrantes com os da população portuguesa em relação à autoavaliação da saúde como má ou muito má mostrou significância para ambos, $P(\chi^2 = 151.749) < 0.0001$ para a comunidade africana e $P(\chi^2 = 89.949) < 0.0001$ para a comunidade brasileira, quando comparados à população portuguesa.

Autoavaliação do estado de saúde			
	Muito Boa ou Boa	Nem Boa Nem Má	Má ou Muito Má
Comunidade Africana			
Todos	1371 (-66,75%)	591 (-28,77%)	92 (-4,48%)
Homens	647 (-73,19%)	202 (-22,85%)	35 (-3,96%)
Mulheres	724 (-61,88%)	389 (-33,25%)	57 (-4,87%)
Comunidade Brasileira			
Todos	623 (-77,01%)	167 (-20,64%)	19 (-2,35%)
Homens	332 (-84,69%)	53 (-13,52%)	6 (-1,53%)
Mulheres	291 (-69,62%)	114 (-27,27%)	13 (-3,11%)
População Portuguesa			
Todos	5634717 (-53,41%)	3450974 (-32,71%)	1463801 (-13,88%)
Homens	3040853 (-59,57%)	1538797 (-30,14%)	525424 (-10,29%)
Mulheres	2593864 (-47,64%)	1912176 (-35,12%)	938377 (-17,24%)

Comparação da autoavaliação do estado de saúde entre as Comunidades Imigrantes e a População Portuguesa

	Muito Má ou Má	Muito Boa, Boa ou nem boa nem má	
Comunidade Africana	92	1962	2054
	<i>284.97</i>	<i>1769.03</i>	
	(130.67)	(21.05)	
População Portuguesa	1463801	9085623	10549424
	<i>1463608.03</i>	<i>9085815.97</i>	
	(0.03)	(0.00)	
	1463893	9087585	10551478
$\chi^2 = 151.749$, $df = 1$, $\chi^2/df = 151.75$, $P(\chi^2 > 151.749) = 0.0000$			
Comunidade Brasileira	19	790	809
	<i>112.25</i>	<i>696.75</i>	
	(77.46)	(12.48)	
População Portuguesa	1463801	9085623	10549424
	<i>1463707.75</i>	<i>9085716.25</i>	
	(0.01)	(0.00)	
	1463820	9086413	10550233
$\chi^2 = 89.949$, $df = 1$, $\chi^2/df = 89.95$, $P(\chi^2 > 89.949) = 0.0000$			

valores esperados mostrados em *itálico*
valores de χ^2 individuais mostrados em (parenteses)

Avaliação do acesso aos cuidados de saúde – Número de consultas nos 3 meses anteriores ao inquérito

Relativamente ao número de consultas nos três meses anteriores ao inquérito vemos que ambas as comunidades migrantes apresentam um número médio de consultas inferior ao da população. A população apresenta uma média de 2,10, valores do 4º INS; a comunidade africana uma média de 0,99, t-test 24,4050 e p-value <0,0001; e a comunidade brasileira uma média de 0,69, t-test 33,0499 e p-value <0,0001.

Em relação à proporção de indivíduos que não tiveram nenhuma consulta nos três meses anteriores ambas as comunidades migrantes apresentam valores superiores ao da população. Para a comunidade africana temos 53,56% (IC a 95%: 51.85- 55.27), para a comunidade brasileira 66,40% (IC a 95%: 63.65-69.15) e para a população portuguesa, segundo dados do 4ºINS, 43,32% (IC a 95%: 43.29-43.35). A comparação dos valores das comunidades migrantes com os da população portuguesa em relação ao número de indivíduos que não foi a nenhuma consulta nos três meses anteriores mostrou significância para ambos, $P(\chi^2 = 151.215) < 0.0001$ para a comunidade africana e $P(\chi^2$

= 246.964) < 0.0001 para a comunidade brasileira, quando comparados à população Portuguesa.

Número de consultas no trimestre anterior

	PopRef	Nenhuma	Uma	Duas	Três	Quatro ou mais	Nº Médio
Comunidade Africana							
Homens e Mulheres	3277	1755 (-53,56%)	840 (-25,63%)	293 (-8,94%)	200 (-6,10%)	159 (-4,85%)	0,99
Comunidade Brasileira							
Homens e Mulheres	1137	755 (-66,40%)	215 (-18,91%)	73 (-6,42%)	43 (-3,78%)	50 (-4,40%)	0,69
População Portuguesa							
Homens e Mulheres	10.549.424	4.569.755 (-43,32%)	3.069.031 (-29,09%)	1.310.469 (-12,42%)	902.212 (-8,55%)	689.131 (-6,53%)	2,1

Comparação de ida a consulta médica no trimestre anterior entre as Comunidades Imigrantes e a População Portuguesa

	Nenhuma	Uma ou mais	
Comunidade Africana	1755 <i>1407.80</i> (85.63)	1492 <i>1839.20</i> (65.54)	3247
População Portuguesa	4569755 <i>4570102.20</i> (0.03)	5970863 <i>5970515.80</i> (0.02)	10540618
	4571510	5972355	10543865
	$\chi^2 = 151.215$, $df = 1$, $\chi^2/df = 151.22$, $P(\chi^2 > 151.215) = 0.0000$		
Comunidade Brasileira	755 <i>492.53</i> (139.87)	381 <i>643.47</i> (107.06)	1136
População Portuguesa	4569755 <i>4570017.47</i> (0.02)	5970863 <i>5970600.53</i> (0.01)	10540618
	4570510	5971244	10541754
	$\chi^2 = 246.964$, $df = 1$, $\chi^2/df = 246.96$, $P(\chi^2 > 246.964) = 0.0000$		

valores esperados mostrados em *itálico*
valores de χ^2 individuais mostrados em (parenteses)

Teste t para média de uma amostra- Comunidade africana

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Nº Consultas	3247	0.99	2,59	0,05

	Test value= 2,10					
	t	graus de liberdade	Sig. (bicaudal)	diferença entre médias	Intervalo de confiança de 95%	
					inferior	superior
Nº Consultas	24,4050	3246	<0,0001	-1,11	-1,20	-1,02

Por critérios convencionais , esta diferença é considerada como sendo extremamente estatisticamente significativa.

Teste t para média de uma amostra – Comunidade Brasileira

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Nº Consultas	1138	0.69	1,44	0,04

	Test value= 2,10					
	t	graus de liberdade	Sig. (bicaudal)	diferença entre médias	Intervalo de confiança de 95%	
					inferior	superior
Nº Consultas	33,0499	1137	<0,0001	-1,41	-1,49	-1,32

Por critérios convencionais , esta diferença é considerada como sendo extremamente estatisticamente significativa.

Avaliação do acesso aos cuidados de saúde – Subsistemas de Saúde

Em relação aos valores referentes ao subsistema de saúde mais recorrido observamos que as comunidades imigrantes africana e brasileira vão ser distintas. Por um lado, na comunidade africana apenas 2,26% (IC a 95%: 1.75-2.77) não recorrem aos subsistemas de saúde, comparando com os 1,25%(IC a 95%:1.24-1.26) da população portuguesa mostra-se um valor significativo, $P(\chi^2 > 27.594) < 0.0001$, com uma maior proporção da comunidade migrante africana a não recorrer aos subsistemas de saúde. Por outro lado, na comunidade brasileira 23,66% (IC a 95%: 21.17-26.15) não recorre, este valor também revela significância quando comparado com a população portuguesa, $P(\chi^2 > 4574.162) < 0.0001$, com a comunidade migrante brasileira a recorrer bastante menos aos subsistemas de saúde.

Subsistema de Saúde mais recorrido

	Pop.Ref.	ADSE	SSMJ	ADMIL	SAMS	SNS	Outros	Não utiliza
Comunidade Africana								
Homens e Mulheres	3227	62	10	20	2	3018	33	73
		1,92%	0,31%	0,62%	0,06%	93,52%	1,02%	2,26%
Comunidade Brasileira								
Homens e Mulheres	1116	6	2	2	1	810	27	264
		0,54%	0,18%	0,18%	0,09%	72,58%	2,42%	23,66%
População Portuguesa								
Homens e Mulheres	10.549.424	1.097.409	62.447	245.864	132.241	8.177.665	341.214	132.345
		10,40%	0,59%	2,33%	1,25%	77,52%	3,23%	1,25%

Comparação do subsistema de saúde mais recorrido entre as Comunidades Imigrantes e a População Portuguesa

	Não Utiliza	Utiliza	
Comunidade Africana	73 39.99 (27.24)	3154 3187.01 (0.34)	3227
População Portuguesa	132345 132378.01 (0.01)	10549424 10549390.99 (0.00)	10681769
	132418	10552578	10684996
	$\chi^2 = 27.594$, $df = 1$, $\chi^2/df = 27.59$,	$P(\chi^2 > 27.594) = 0.0000$	
Comunidade Brasileira	264 13.85 (4516.91)	852 1102.15 (56.77)	1116
População Portuguesa	132345 132595.15 (0.47)	10549424 10549173.85 (0.01)	10681769
	132609	10550276	10682885
	$\chi^2 = 4574.162$, $df = 1$, $\chi^2/df = 4574.16$,	$P(\chi^2 > 4574.162) = 0.0000$	

valores esperados mostrados em *itálico*
valores de χ^2 individuais mostrados em (parenteses)

Avaliação do acesso aos cuidados de saúde – Seguros de Saúde

No que se refere à proporção de indivíduos das comunidades migrantes que têm seguro de saúde vemos que a comunidade brasileira vai ter maior cobertura com seguro de saúde comparado com a comunidade africana e a população portuguesa, que vão apresentar valores semelhantes. A comunidade africana com 10,63% (IC a 95%: 9.57-11.69) a possuem seguro de saúde, comparando com os 10,21%(IC a 95%: 10.19-10.23) da população portuguesa mostra-se um valor semelhante, sem diferença significativa, $P(\chi^2 > 1.095) = 0.2953$. Já a comunidade brasileira apresenta 15,93% (IC a 95%: 13.8-18.06) dos indivíduos com seguro de saúde, que revela significância quando comparado com a população portuguesa, $P(\chi^2 > 42.574) < 0.0001$.

Cobertura por Seguro de Saúde			
	Pop.Ref.	Tem Seguro	Não Tem
Comunidade Africana			
Homens e Mulheres	3236	344	2844
		10,63%	87,89%
Comunidade Brasileira			
Homens e Mulheres	1136	181	941
		15,93%	82,83%
População Portuguesa			
Homens e Mulheres	10.549.424	1.076.601	9.448.734
		10,21%	89,57%

Comparação de cobertura por seguro de saúde entre as Comunidades Imigrantes e a População Portuguesa			
	Tem Seguro	Não Tem Seguro	
Comunidade Africana	344	2844	3188

	326.10 (0.98)	2861.90 (0.11)	
	1076601	9448734	
População Portuguesa	1076618.90 (0.00)	9448716.10 (0.00)	10525335
	1076945	9451578	10528523
	$\chi^2 = 1.095$, $df = 1$, $\chi^2/df = 1.10$, $P(\chi^2 > 1.095) = 0.2953$		
	181	941	
Comunidade Brasileira	114.77 (38.22)	1007.23 (4.35)	1122
	1076601	9448734	
População Portuguesa	1076667.23 (0.00)	9448667.77 (0.00)	10525335
	1076782	9449675	10526457
	$\chi^2 = 42.574$, $df = 1$, $\chi^2/df = 42.57$, $P(\chi^2 > 42.574) = 0.0000$		

valores esperados mostrados em *itálico*
valores de χ^2 individuais mostrados em (parenteses)

Relação entre o acesso aos cuidados de saúde avaliados e a autoavaliação do estado de saúde nas comunidades migrantes

Quando comparamos os grupos de indivíduos com e sem seguro de saúde em relação à autoavaliação do estado de saúde não encontramos relação estatisticamente significativa em ambas as comunidades migrantes; comunidade africana $P(\chi^2 = 0.294) = 0.5878$ e comunidade brasileira $P(\chi^2 = 0.351) = 0.5535$.

Também ao comparamos os grupos de indivíduos com e sem seguro de saúde em relação à ida a consulta médica nos três meses anteriores não encontramos relação estatisticamente significativa em ambas as comunidades migrantes; comunidade africana $P(\chi^2 = 0.555) = 0.4563$ e comunidade brasileira $P(\chi^2 = 0.464) = 0.4959$.

Já quando comparamos os grupos de indivíduos que não foram e os que foram a consulta médica nos três meses anteriores em relação à sua autoavaliação do estado de saúde encontramos relação estatisticamente significativa para ambas as comunidades migrantes, com os indivíduos que foram a consulta médica nos três meses anteriores a apresentarem maior proporção de autoavaliação de saúde como Má ou Muito má. Comunidade africana $P(\chi^2 > 31.521) < 0.0001$ e comunidade brasileira $P(\chi^2 > 10.597) = 0.0011$.

Também quando comparamos os grupos de indivíduos que utilizam subsistemas de saúde em relação à ida a consulta médica nos três meses anteriores encontramos uma relação estatisticamente significativa em ambas as comunidades migrantes; comunidade africana $P(\chi^2 > 16.768) < 0.0001$ e comunidade brasileira $P(\chi^2 > 81.999) < 0.0001$.

Na comparação entre os grupos de indivíduos que utilizam subsistemas de saúde em relação à sua autoavaliação do estado de saúde não conseguimos encontrar uma relação estatisticamente significativa devido à pequena dimensão da amostra para estas variáveis.

Quando comparamos os grupos de indivíduos com e sem seguro de saúde em relação à utilização de subsistema de saúde não encontramos relação estatisticamente significativa para a comunidade africana $P(\chi^2 > 1.213) = 0.2707$; mas encontramos uma relação estatisticamente significativa para a comunidade brasileira $P(\chi^2 > 7.446) = 0.0064$.

Relação entre a autoavaliação do estado de saúde e a cobertura por seguro de saúde para as comunidades imigrantes em Portugal

	Comunidade Africana		Comunidade Brasileira			
	Muito Má ou Má	Muito Boa, Boa ou nem boa nem má		Muito Má ou Má	Muito Boa, Boa ou nem boa nem má	
Tem Seguro	9 <i>10.64</i> (0.25)	254 <i>252.36</i> (0.01)	263	4 <i>3.06</i> (0.29)	155 <i>155.94</i> (0.01)	159
Não Tem Seguro	90 <i>88.36</i> (0.03)	2095 <i>2096.64</i> (0.00)	2185	14 <i>14.94</i> (0.06)	761 <i>760.06</i> (0.00)	775
	99	2349	2448	18	916	934
	$\chi^2 = 0.294, df = 1,$ $\chi^2/df = 0.29, P(\chi^2 > 0.294) = 0.5878$			$\chi^2 = 0.351, df = 1,$ $\chi^2/df = 0.35, P(\chi^2 > 0.351) = 0.5535$		

Algumas frequências observadas ou previstas são inferiores a 5; assim, o Teorema do Limite Central pode não se aplicar e o χ^2 resultante pode ser inválido.
valores esperados mostrados em *itálico*
valores de χ^2 individuais mostrados em (parenteses)

Relação entre ida a consulta médica no trimestre anterior e a cobertura por seguro de saúde para as comunidades imigrantes em Portugal

Comunidade Africana	Comunidade Brasileira
---------------------	-----------------------

	Tem Seguro	Não Tem Seguro		Tem Seguro	Não Tem Seguro	
	178	1531		116	625	
Nenhuma Consulta	<i>184.46</i>	<i>1524.54</i>	1709	<i>119.97</i>	<i>621.03</i>	741
	(0.23)	(0.03)		(0.13)	(0.03)	
	162	1279		65	312	
Uma ou mais	<i>155.54</i>	<i>1285.46</i>	1441	<i>61.03</i>	<i>315.97</i>	377
	(0.27)	(0.03)		(0.26)	(0.05)	
	340	2810	3150	181	937	1118

$$\chi^2 = 0.555, \text{ df} = 1, \chi^2/\text{df} = 0.55, P(\chi^2 > 0.555) = 0.4563$$

$$\chi^2 = 0.464, \text{ df} = 1, \chi^2/\text{df} = 0.46, P(\chi^2 > 0.464) = 0.4959$$

valores esperados mostrados em *itálico*
valores de χ^2 individuais mostrados em (parenteses)

valores esperados mostrados em *itálico*

Relação entre ida a consulta médica no trimestre anterior e a autoavaliação de saúde para as comunidades imigrantes em Portugal

	Comunidade Africana		Comunidade Brasileira			
	Muito Má ou Má	Muito Boa, Boa ou nem boa nem má	Muito Má ou Má	Muito Boa, Boa ou nem boa nem má		
	23	1303	5	605		
Nenhuma Consulta	<i>49.96</i>	<i>1276.04</i>	1326	<i>11.56</i>	<i>598.44</i>	610
	(14.55)	(0.57)		(3.72)	(0.07)	
	73	1149		13	327	
Uma ou mais	<i>46.04</i>	<i>1175.96</i>	1222	<i>6.44</i>	<i>333.56</i>	340
	(15.79)	(0.62)		(6.68)	(0.13)	
	96	2452	2548	18	932	950

$$\chi^2 = 31.521, \text{ df} = 1, \chi^2/\text{df} = 31.52, P(\chi^2 > 31.521) = 0.0000$$

$$\chi^2 = 10.597, \text{ df} = 1, \chi^2/\text{df} = 10.60, P(\chi^2 > 10.597) = 0.0011$$

valores de χ^2 individuais mostrados em (parenteses)

Relação entre ida a consulta médica no trimestre anterior e a utilização de subsistema de saúde para as comunidades imigrantes em Portugal

	Comunidade Africana		Comunidade Brasileira			
	Não utiliza Subsistema	Utiliza Subsistema	Não utiliza Subsistema	Utiliza Subsistema		
Nenhuma	56	1680	1736	234	503	737

Consulta	38.88 (7.54)	1697.12 (0.17)		173.06 (21.46)	563.94 (6.58)	
Uma ou mais	16 (8.85)	1463 (0.20)	1479	29 (41.29)	354 (12.67)	383
	72	3143	3215	263	857	1120
	$\chi^2 = 16.768$, $df = 1$, $\chi^2/df = 16.77$, $P(\chi^2 > 16.768) = 0.0000$			$\chi^2 = 81.999$, $df = 1$, $\chi^2/df = 82.00$, $P(\chi^2 > 81.999) = 0.0000$		

valores esperados mostrados em *itálico*
valores de χ^2 individuais mostrados em (parenteses)

Relação entre a autoavaliação de saúde e a utilização de subsistema de saúde para as comunidades imigrantes em Portugal

	Comunidade Africana			Comunidade Brasileira		
	Não utiliza Subsistema	Utiliza Subsistema		Não utiliza Subsistema	Utiliza Subsistema	
Muito Boa, Boa ou nem boa nem má	59 <i>58.61</i> (0.00)	2315 <i>2315.39</i> (0.00)	2374	226 <i>223.57</i> (0.03)	682 <i>684.43</i> (0.01)	908
Muito Má ou Má	2 <i>2.39</i> (0.07)	95 <i>94.61</i> (0.00)	97	2 <i>4.43</i> (1.33)	16 <i>13.57</i> (0.44)	18
	61	2410	2471	228	698	926
	$\chi^2 = 0.069$, $df = 1$, $\chi^2/df = 0.07$, $P(\chi^2 > 0.069) = 0.7924$			$\chi^2 = 1.806$, $df = 1$, $\chi^2/df = 1.81$, $P(\chi^2 > 1.806) = 0.1790$		

Algumas frequências observadas ou previstas são inferiores a 5 ; assim, o Teorema do Limite Central pode não se aplicar e o χ^2 resultante pode ser inválido.
valores esperados mostrados em *itálico*
valores de χ^2 individuais mostrados em (parenteses)

Relação entre a cobertura por seguro de saúde e a utilização de subsistema de saúde para as comunidades imigrantes em Portugal

	Comunidade Africana			Comunidade Brasileira		
	Não utiliza	Utiliza Subsistema		Não utiliza	Utiliza Subsistema	
Não Tem Seguro	68 <i>65.11</i>	2747 <i>2749.89</i>	2815	236 <i>221.84</i>	690 <i>704.16</i>	926

	(0.13)	(0.00)		(0.90)	(0.28)	
Tem Seguro	5	336	341	28	148	176
	<i>7.89</i>	<i>333.11</i>		<i>42.16</i>	<i>133.84</i>	
	(1.06)	(0.03)		(4.76)	(1.50)	
	73	3083	3156	264	838	1102
	$\chi^2 = 1.213, \text{ df} = 1,$ $\chi^2/\text{df} = 1.21, P(\chi^2 > 1.213) = 0.2707$			$\chi^2 = 7.446, \text{ df} = 1,$ $\chi^2/\text{df} = 7.45, P(\chi^2 > 7.446) = 0.0064$		

valores esperados mostrados em *itálico*
valores de χ^2 individuais mostrados em (parenteses)

4. DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o acesso aos cuidados de saúde das comunidades imigrantes africana e brasileira em Portugal, através do número de consultas, recorrência a subsistemas de saúde e posse de seguro de saúde; relacionando as necessidades de saúde, por meio da autoavaliação do estado de saúde com o acesso aos cuidados de saúde das comunidades migrantes.

Observou-se que os imigrantes têm melhor saúde auto-apreciada em comparação com a população portuguesa, à semelhança do encontrado por *Barros & Medalho Pereira* (2010) e *Silvestre, T.* (2010), o que sugere que a população imigrante é mais saudável do que a população portuguesa. Este resultado pode-se dever à auto-selectividade que a migração desempenha, conhecida como o ‘efeito do imigrante saudável’, onde os novos migrantes apresentam melhor estado de saúde em relação à restante população do país de acolhimento. Este resultado também poderá estar relacionado com o facto de esta população ser uma população sobretudo jovem e activa. ^{[9] [31]}

A análise dos dados revelou que as comunidades imigrantes foram em média a menos consultas médicas que a população portuguesa. Este resultado está de acordo ao encontrado por *Barros & Medalho Pereira* (2010) quando consideradas as comunidades imigrantes como um todo, mas sem diferença com a população portuguesa quando desagregadas por país de origem. No entanto este valor isolado não é suficiente para indicar um acesso deficiente aos cuidados médicos, pois seria necessário estratificar este valor por segmentos etários para concluir sobre o cumprimento de metas de vigilância médica específicas da idade estabelecidas pela DGS.

Também se observou que a proporção de indivíduos das comunidades imigrantes que não consultou o médico nos três meses anteriores foi maior que na população portuguesa, mais uma vez de acordo com o observado por *Silvestre, T.* (2010). Uma possível explicação para este resultado poderá dever-se à relação entre a boa saúde autoavaliada e o menor número de consultas, que também se verificou nas comunidades migrantes. Uma vez que estes apresentam menor proporção de indivíduos que autoavaliam a sua saúde como má ou muito má, também vão apresentar menor proporção da população que consultou o médico. ^{[9] [31]}

Os resultados deste estudo mostraram uma proporção maior de posse de seguro de saúde na comunidade imigrante brasileira em relação à população portuguesa, mas semelhante entre a comunidade imigrante africana e a população portuguesa, resultado contrário ao encontrado por *Barros & Medalho Pereira* (2010), que indica uma maior probabilidade de cobertura por seguro de saúde por imigrantes vindos dos PALOPs e menor para os imigrantes vindos do Brasil. Também se observou menor proporção de utilização de subsistemas de saúde em relação à população portuguesa para ambas as comunidades, em especial a brasileira, semelhante ao observado por *Dias et. al.* (2009).
[9] [32]

Também se observou que existe relação entre a autoavaliação do estado de saúde como má ou muito má e a ida a consulta médica nos três meses anteriores, para as comunidades imigrantes.

No entanto, observou-se que a posse de seguro de saúde não está relacionada com a autoapreciação do estado de saúde nem com a ida a consulta médica nos três meses anteriores ao inquérito.

Em relação à utilização de subsistema de saúde observámos que esta está relacionada com a ida a consulta nos três meses anteriores ao inquérito, também observado por *Barros & Medalho Pereira* (2010), que relata uma maior probabilidade de visita a um especialista quando existe cobertura pelo subsistema de saúde público.^[9]

No entanto, não conseguimos obter uma relação estatisticamente significativa entre a autoavaliação do estado de saúde e a utilização de subsistema de saúde, devido à pequena dimensão da amostra para estas variáveis para ambas as comunidades.

Uma observação curiosa é a relação entre a não utilização dos subsistemas de saúde públicos e a não cobertura por seguro de saúde nos indivíduos da comunidade imigrante brasileira, que não se regista na comunidade imigrante africana. Este facto poderá estar relacionado com a melhor saúde autoavaliada nesta comunidade, que também está relacionada com um menor número médio de consultas no trimestre anterior ao inquérito; ou então relacionado com fatores de barreira ao acesso dos cuidados de saúde, como limitações de transporte ou desinformação, ou até questões legais e autoexclusão.

A principal limitação deste trabalho deve-se ao facto de não se ter realizado uma estratificação das amostras na análise de dados, visto que as amostras apresentam uma

distribuição etária não homogénea, pois a população imigrante em Portugal é sobretudo uma população jovem em idade ativa (imigração sobretudo económica), o que poderá ter condicionado a análise das variáveis devido à sua estrutura etária. Outra limitação deste trabalho é o facto de apenas se ter utilizado a autoavaliação do estado de saúde como único marcador das necessidades de saúde, que sendo uma variável subjetiva está necessariamente associada à cultura do respondente. Também o facto de não se ter considerado para a avaliação do acesso aos cuidados de saúde marcadores como o tempo de espera, satisfação com os cuidados prestados ou dificuldades de comunicação, constitui uma limitação deste trabalho.

Devido às desigualdades no acesso aos subsistemas de saúde públicos em relação às comunidades imigrantes brasileira e africana em Portugal observadas neste trabalho, recomendamos o reforço da promoção do acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde. O reforço desta e de outras medidas presentes no II Plano para a Integração dos Imigrantes, com vista a reduzir as desigualdades em saúde e promover a saúde destas comunidades é essencial para se atingir o objetivo de igualdade de acesso aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa prestada pelas instituições e serviços que constituem o SNS, aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal como aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 25 360/2001).^[33]

Por último, sublinhar a importância do estudo da saúde dos imigrantes para todos os países de imigração, no sentido de melhor entender as necessidades de saúde, utilização dos cuidados de saúde e dificuldades encontradas no acesso aos cuidados de saúde. Este tema, pela sua complexidade e importância, exige uma ampla gama de estudos para melhor entender as condicionantes de saúde destas populações. Estudos que consigam melhor avaliar em que medida os anos de permanência em Portugal influenciam as variáveis de saúde e de utilização, as causas de mortalidade destas populações, as barreiras impeditivas da adoção de práticas de redução de risco, as atitudes perante a saúde e a doença e a conseqüente procura de serviços de cuidados de saúde.

Commented [r8]: Recomendações para além de outro estudo?

5. AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Rui Gentil de Portugal e Vasconcelos Fernandes por me ter desafiado a desenvolver este trabalho nesta área e por ter aceite ser orientador.

Acima de tudo, pelo apoio na realização do mesmo.

6. BIBLIOGRAFIA

1. WHO. (2013, December 12). Migrant health. Retrieved April 12, 2016, from World Health Organization, http://www.who.int/hac/techguidance/health_of_migrants/en/
2. Benkhalti Jandu, M., Canuto de Medeiros, B., Bourgeault, I., & Tugwell, P. (2015). The inclusion of migrants in health impact assessments: A scoping review. *Environmental Impact Assessment Review*, 50, 16–24. doi:10.1016/j.eiar.2014.08.009
3. Key migration terms. (2016, March 16). Retrieved April 5, 2016, from <http://www.iom.int/key-migration-terms#Migrant>
4. Padilla, B. (2013). Saúde dos imigrantes: Multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *REMHU : Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40), 49–68. doi:10.1590/s1980-85852013000100004
5. McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the “healthy immigrant effect”: Health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*, 59(8), 1613–1627. doi:10.1016/j.socscimed.2004.02.004
6. Dunn, J. R., & Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada’s immigrant population: Results from the national population health survey. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1573–1593. doi:10.1016/s0277-9536(00)00053-8
7. Vanezis, A. P., & Bhopal, R. (2007). Ethnicity is relevant. *BMJ*, 335(7624), 787–787. doi:10.1136/bmj.39367.371736.be
8. Vissandjee, B., Desmeules, M., Cao, Z., Abdool, S., & Kazanjian, A. (2004). Integrating ethnicity and migration as determinants of Canadian women’s health. *BMC Women’s Health*, 4(Suppl 1), S32. doi:10.1186/1472-6874-4-s1-s32
9. Barros, P. P., & Medalho Pereira, I. (n.d.). Health care and health outcomes of migrants: Evidence from Portugal. *SSRN Electronic Journal*. doi:10.2139/ssrn.1595483
10. Antecol, H., & Bedard, K. (2006). Unhealthy assimilation: Why do immigrants converge to American health status levels? *Demography*, 43(2), 337–360. doi:10.1353/dem.2006.0011
11. National Research Council (US) Panel on Race, Ethnicity, and Health in Later Life; Anderson NB, Bulatao RA, Cohen B, editors. *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. 7, Immigrant Health: Selectivity and Acculturation
12. Carballo, M., & Mboup, M. (2005). International migration and health. *International Centre for Migration and Health*
13. Deb, P. & Seck, P. (2009). “Internal Migration, Selection Bias and Human Development: Evidence from Indonesia and Mexico.” *Human Development Research Paper No. 31*. New York: United Nations

14. Stillman, S., McKenzie, D., & Gibson, J. (2009). Migration and mental health: Evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, 28(3), 677–687. doi:10.1016/j.jhealeco.2009.02.007
15. García Gómez, P. (2007). Salud y utilización de recursos sanitarios: un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autóctona. *Presupuesto y Gasto Público*, 4(49), 67–85
16. Antón, J.-I., & Muñoz de Bustillo, R. (2009). Health care utilisation and immigration in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 11(5), 487–498. doi:10.1007/s10198-009-0204-z
17. Development Programme, Human Development Report O-ce.
18. Miramontes, L., Pottie, K., Jandu, M. B., Welch, V., Miller, K., James, M., & Roberts, J. H. (2015). Including migrant populations in health impact assessments. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(12), 888–889. doi:10.2471/blt.14.142315
19. WHO (2008). Resolutions And Decisions. Sixty-First World Health Assembly.
20. Mladovsky, P., & Deville, W. (2011). Migration and health in the European Union. United Kingdom: Open University Press.
21. Declaration of Alma-Ata international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978 (2004). *Development*, 47(2), 159–161. doi:10.1057/palgrave.development.1100047
22. World health organization (WHO): The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century (1998). *Internationales Jahrbuch der Erwachsenenbildung*, 26(1), . doi:10.7788/ijbe.1998.26.1.254
23. Oliver, A., & Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: Outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(8), 655–658. doi:10.1136/jech.2003.017731
24. Rogers, A., Flowers, J., & Pencheon, D. (1999). Improving access needs a whole systems approach. *BMJ*, 319(7214), 866–867. doi:10.1136/bmj.319.7214.866
25. Thomas, J. W., & Penchansky, R. (1984). Relating satisfaction with access to utilization of services. *Medical Care*, 22(6), 553–568. doi:10.1097/00005650-198406000-00006
26. Barros, P. P., & Medalha Pereira, I. (n.d.). Health care and health outcomes of migrants: Evidence from Portugal. *SSRN Electronic Journal*. doi:10.2139/ssrn.1595483
27. Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Ferandes, M., & Cabral, J. (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 21(1), 55–64.
28. MAI – Ministério da Administração Interna (1998), Imigrantes e minorias étnicas. Texto de Apoio B de Formação a Distância. Manual de Formação da GNR e PSP
29. Espinosa, L. et al. (1989). A saúde da criança migrante. Estudo multicêntrico de crianças ciganas e africana. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 20 (1), 17-21

30. Gardete, M., Antunes, M. (1993). Tuberculose em imigrantes: estudo preliminar em sete serviços de tuberculose e doenças respiratórias dos Distritos de Lisboa e Setúbal. *Saúde em Números*, 8 (4)
31. Silvestre, T. (2010). A saúde dos imigrantes em Portugal : que necessidades em saúde? : que utilização dos cuidados de saúde? ENSP: GOSS - Dissertações de Mestrado
32. Dias, S. F., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*, 8(1), 207. doi:10.1186/1472-6963-8-207
33. II Plano para a Integração dos Imigrantes (2010). Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. Resolução do Conselho de Ministros n.º 74/2010.