NOVAFCSH
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

SAÚDE E IMIGRAÇÃO

Papel das ONGs no acesso ao tratamento do VIH para os imigrantes que vivem na área metropolitana de Lisboa

Willian Gomes

Dissertação de Mestrado em Migrações, Inter-Etnicidades e Transnacionalismo

"Versão corrigida e melhorada após defesa pública"

05 de março, 2020

Para todos aqueles que pretendem fazer
um pouco de diferença…

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à minha família por me ter sempre apoiado em tudo.

Aos amigos que se tornaram membros da minha família desde o início da minha chegada em Portugal e ao meu amigo de licenciatura José Lopes por ter sido um grande parceiro nos três anos que estudámos juntos.

À minha orientadora Ana Paula Gil por ter aceitado fazer parte deste desafio e me acompanhar em todas as etapas da dissertação.

Às minhas colegas de trabalho Telma e Ana por estarem sempre disponíveis para refletir sobre a dissertação e fazer os meus dias de trabalho mais alegres.

Às organizações Abraço, AJPAS GAT, e Ser+ por terem aceitado participar do estudo, partilhando as suas opiniões, ideias e desafios.

Aos 30 imigrantes e aos 41 colaboradores que aceitaram fazer parte deste estudo de modo, tornando a investigação mais enriquecida pela partilha das suas próprias experiências.

Por fim, e não menos importante, agradeço ao Luís Mendão por ser uma inspiração e um elemento chave na área do VIH em Portugal, dedicando o seu dia-a-dia na luta para garantir uma vida de qualidade para todas as pessoas que vivem com VIH independente da nacionalidade.

NOVAFCSH
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Saúde e imigração

Papel das Organizações Não Governamentais no acesso ao tratamento do VIH para os imigrantes que vivem na área metropolitana de Lisboa

WILLIAN GOMES

Orientação: Ana Paula Gil

PALAVRAS-CHAVE: Imigrante, VIH, Saúde e imigração, VIH.

KEYWORDS: Immigrant, HIV, Health and Immigration, VIH.

[RESUMO]

Esta investigação baseia-se num estudo de caso envolvendo imigrantes que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e colaboradores de ONG que trabalham na área do VIH e de outras Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST). O objetivo é conhecer as barreiras que os imigrantes residentes na área metropolitana de Lisboa enfrentam no acesso ao tratamento do VIH, bem como compreender o papel da ONG no apoio aos imigrantes para acederem ao tratamento do VIH.

Foram realizadas 30 entrevistas aos imigrantes que vivem com VIH e recolhidas 41 respostas adquiridas através do questionário online para os colaboradores das ONGs. Os dados revelam que os imigrantes enfrentam diversas barreiras no acesso ao tratamento devido à burocracia, à falta de conhecimento sobre como aceder ao tratamento e à falta de informação por parte dos profissionais de saúde. Os resultados também demonstram que as ONGs para além de desempenharem um papel importante no apoio aos imigrantes para acederem ao tratamento para o VIH, também desempenham um papel fundamental no apoio à manutenção do tratamento através do apoio social e disponibilização de outros serviços para garantir o acesso e retenção aos cuidados de saúde.

Por fim, são recomendadas alterações legislativas para facilitar o acesso dos imigrantes nos cuidados de saúde para o VIH, a disponibilização de informação sobre dos direitos dos imigrantes no acesso ao tratamento do VIH, a realização de formação para os profissionais de saúde sobre os direitos dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde e o apelo para a produção de mais conhecimento acadêmico sobre migração e VIH.

[ABSTRACT]

This investigation is based on a case study involving immigrants living with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and collaborators of NGOs working in the area of HIV and other Sexually Transmitted Infections (STIs). The objective is to understand the barriers that immigrants living in the Lisbon region face in accessing HIV treatment, as well as understanding the role of the NGO in supporting immigrants to access HIV treatment.

Through the 30 interviews conducted with immigrants living with HIV and 41 obtained answers through the online questionnaire by the NGO workers, it was found that immigrants face various barriers to access HIV treatment due to bureaucracy, lack of knowledge about how to access treatment and lack of information from health professionals. The results also show that NGOs not only play an important role in supporting immigrants to access HIV treatment but also play a key role in supporting the maintenance of treatment through social support and providing other services to ensure access and retention to health care.

To conclude, some recommendations were made such as legislative changes to facilitate immigrants' access to HIV care, provide information on immigrant rights in access to HIV treatment, training for health professionals on immigrants' rights in access to health care and request for more academic knowledge on migration and HIV.

Índice

Introdução **14**
Capítulo 1: Migração **16**
1.1) Enquadramento teórico **16**
1.2) Migrações internacionais: Mundo **18**
1.3) Migrações internacionais: União Europeia **23**
1.4) Migração: Portugal **25**
Capítulo 2: Imigração e Saúde Pública **32**
2.1) Proteção da saúde dos imigrantes: Enquadramento legal **34**
2.2) Acesso aos cuidados de saúde por grupos migratórios **37**
2.3) Barreiras no acesso aos serviços de saúde em Portugal **41**
Capítulo 3: Imigração e VIH **46**
3.1) VIH: Enquadramento epidemiológico **46**
3.2 VIH: Mundo **47**
3.3) VIH: Europa **52**
3.3.1 VIH e a Migração na União Europeia e no Espaço Económico Europeu 56
3.4 VIH: Portugal **59**
3.4.1) VIH: Análise histórica 59
3.4.2) Imigrantes e VIH em Portugal 63
3.4.3) Combate ao VIH em Portugal 65
Capítulo 4: Metodologia do estudo **68**
4.1) Objetivo do estudo **68**
4.1.1) Modelo de análise 69
4.2) Ética **71**
4.3) Proteção de dados **71**
4.4) Rutura **72**
4.5) Estudo de caso **72**
4.6) Etapas da investigação **73**
4.7) Limites e problemas no estudo de caso **86**
Capítulo 5: Apresentação dos dados **88**
5.1) As entrevistas **88**
5.1.1) Caracterização dos entrevistados 88
5.1.2) Trajetória da infeção 92
5.1.3) Acesso ao tratamento para o VIH em Portugal 93
5.1.4) Barreiras no acesso ao tratamento para o VIH em Portugal 94

5.1.5) Apoio prestado pela ONG no acesso 96
5.1.6) Continuação do tratamento do VIH 98
5.1.7) Possíveis soluções 100
5.1.8) Síntese conclusiva das entrevistas 100
5.2) Questionário online **102**
5.2.1) Caracterização dos colaboradores 102
5.2.2) Dificuldades no apoio aos imigrantes 104
5.2.3) Barreiras no acesso o tratamento - perspetiva dos colaboradores das ONGs . 105
5.2.4) Avaliação das barreiras por Região - perspetiva dos colaboradores 108
5.2.5) Possíveis soluções 111
5.3) Discussão dos dados - Imigrantes e colaboradores **113**
Capítulo 6: Conclusões e recomendações **116**
Bibliografia **120**
Anexos **126**

Lista de abreviaturas

ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

AIS - Associação Solidariedade Imigrante

ASI - Associação Solidariedade Imigrante

ART - Tratamento Antirretroviral

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CRP - Constituição da República Portuguesa

DGS - Direção Geral de Saúde

ECDC - Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças

EEE - Espaço Económico Europeu

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

FCSH - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

IST - Infeções Sexualmente Transmissíveis

IEFP - Instituto do Emprego e Formação Profissional

INE - Instituto Nacional de Estatística

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

MS - Ministério da Saúde

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OIM - Organização Internacional de Migração

OM - Observatório das Migrações

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PUDI - Pessoas que usam drogas injetáveis PUDI

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UE - União Europeia

UE28 - 28 Estados-membros da União Europeia

NU - Nações Unidas

UNAIDS - Programa das Nações Unidas para o VIH/SIDA

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

Lista de gráficos

Nota: Todos os dados apresentados nos gráficos são sistematizados pelo autor, respeitando as respetivas fontes.

Gráfico 1: Nº imigrantes no Mundo (1990-2017)

Gráfico 2: Nº imigrantes por sexo no mundo (1990-2017)

Gráfico 3: Nº imigrantes por região no mundo (1990-2017)

Gráfico 4: Nº de refugiados e requerentes de asilo no mundo (1990-2017)

Gráfico 5: Nº imigrantes residentes na UE por sexo (1990-2017)

Gráfico 6: Países da UE com o maior número de imigrantes (1990-2017)

Gráfico 7: Nº de novos pedidos de asilo na Europa (2008-2017)

Gráfico 8: Nº de imigrantes que morreram no mar mediterrâneo (2014-2017)

Gráfico 9: Saldo migratório em Portugal (2007-2017)

Gráfico 10: Nº imigrantes com situação administrativa regular em Portugal por Sexo (1980-2017)

Gráfico 11: Nº imigrante com situação administrativa irregular em Portugal por Sexo (2010-2017)

Gráfico 12: Nº de pessoas que vivem com VIH (1990-2017)

Gráfico 13: Nº novas infeções por VIH (1990-2017)

Gráfico 14: Nº de óbitos de pessoas em estado de SIDA (1990-2017)

Gráfico 15: Nº de pessoas a viver com VIH por região (2017)

Gráfico 16: Nº de óbitos relacionados com o VIH por região (2017)

Gráfico 17: Acesso ao tratamento para VIH por região (2017)

Gráfico 18: Nº de novos diagnósticos VIH e SIDA por região, OMS (2017)

Gráfico 19: Nº de novos diagnósticos de VIH por cada 100 mil habitantes por região europeia OMS (2017)

Gráfico 20: VIH - Pessoas que são diagnosticadas tardiamente na região OMS Europa, 2017 (%)

Gráfico 21: VIH - Pessoas que são diagnosticadas tardiamente por idade na região OMS Europa, 2017 (%)

Gráfico 22: Modos de transmissão - Região Europeia OMS, 2017 (%)

Gráfico 23: Países da UE/EEE com> de 50% dos novos diagnósticos de VIH representado pela população migrante 2017 (%)

Gráfico 25: Nº de novas infeções de VIH por sexo (1983 - 2017)

Gráfico 26: Novos casos de Infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados: Distribuição por categoria de transmissão (2012 - 2017)

Gráfico 27: Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados: distribuição por residência à data da notificação inicial - NUTS II (2013-2017)

Gráfico 28: Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados: distribuição por origem geográfica (2012-2017)

Gráfico 29: Novos casos de SIDA (≥15 anos) diagnosticados: distribuição por origem geográfica (2014-2017)

Gráfico 30: Nível de escolaridade (N=41)

Gráfico 31: Idade dos colaboradores das ONGs (N=41)

Gráfico 32: Dificuldades enfrentadas pelos colaboradores das ONGs no apoio aos imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH (%)

Gráfico 33: Barreiras enfrentadas pelos imigrantes diagnosticados em Portugal com VIH no acesso ao tratamento. (%)

Gráfico 34: Barreiras enfrentadas pelos imigrantes que chegam em Portugal já em tratamento e desejam ser ligados aos cuidados de saúde para ter acesso ao tratamento (%)

Gráfico 35: Barreiras enfrentadas para manutenção do tratamento (%)

Gráfico 36: Barreira por região de origem Língua/Comunicação (%)

Gráfico 37: Barreira por região de origem - Situação económica (%)

Gráfico 38: Barreira por região de origem - Local de residência (%)

Gráfico 39: Barreira por região de origem - Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento (%)

Gráfico 40: Barreira por região de origem - Burocracia (%)

Gráfico 41: Barreira por região de origem - Devido à situação administrativa no país

Lista de imagens

Imagem 2: Resultados das metas da UNAIDS 90 90 90 de 2017

Imagem 3: VIH/SIDA em Portugal (1983-2017)

Lista de mapa

Mapa 1: Migrações forçadas, 2019

Mapa 2: Disponibilização e medicamento Antirretroviral para os imigrantes em situação irregular

Lista de tabelas

Nota: Todos os dados apresentados nas tabelas são sistematizados pelo autor, respeitando as respetivas fontes.

Tabela 1: Enquadramento internacional - Direito dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde

Tabela 2: Enquadramento nacional - Direito dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde

Tabela 3: Tipo de serviços disponibilizados pela ONGs

Tabela 4: Nº de colaboradores que trabalham nas ONGs por área de trabalho

Tabela 5: Categorização temática das entrevistas

Tabela 6: Estrutura do questionário online

Tabela 7: Tempo de residência em Portugal (anos) (N=30)

Tabela 8: Caracterização dos entrevistados (N=30)

Tabela 9: Situação administrativa no país (N=30)

Tabela 10: Caracterização profissional e económica dos entrevistados (N=30)

Tabela 11: Trajetória da infeção (N=30)

Tabela 12: Serviço que recorreu em Portugal para aceder ao tratamento do VIH (N=30)

Tabela 13: Barreiras no acesso ao tratamento em Portugal (N=30)

Tabela 14: Apoio prestado pelas ONGs no acesso ao tratamento (N=30)

Tabela 15: Conseguiria aceder ao tratamento do VIH sem o apoio da ONG? (N=30)

Tabela 16: Continuação do tratamento ao VIH

Tabela 17: Qual foi o apoio oferecido pela ONG para continuar o acesso aos cuidados de saúde para o VIH? (N=30)

Tabela 18: País de nascimento - colaboradores

Tabela 19: Principal área que trabalha na ONG

Tabela 20: Tempo que trabalha na Organização

Tabela 21: Já realizou alguma formação específica para trabalhar juntamente da comunidade imigrante?

Tabela 22: Identifica alguma dificuldade ao apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH?

Glossário

B

- **Barreiras:** Para esta dissertação as barreiras são consideradas as dificuldades enfrentadas pelos imigrantes no acesso aos serviços de saúde.

C

- **Cidadãos de países terceiros da EU**: Cidadãos que residem na UE mas que não possuem a nacionalidade de nenhum Estado-Membro ou do EEE.

E

- **Emigrante**: Pessoa que decide migrar, ou seja, deslocar-se do local de origem ou residência para outro país (Eurostat, 2018).
- **Estrangeiro:** Todo e qualquer pessoa que reside em um país que não é o seu de origem.

I

- **Imigrante**: O termo imigrante utilizado nesta dissertação baseia-se na definição proposta pela OIM (2019). Imigrante, do ponto de vista do país de chegada, é uma pessoa que se muda para outro país que não seja o seu de residência habitual ou da sua nacionalidade, tornado assim o país de destino a sua nova residência (OIM, 2019b).

  No contexto da UE e/ou EEE outros termos podem ser utilizados com o termo imigrantes, como:

  Imigrantes intercomunitários: Pessoas que possuem pelo menos uma nacionalidade dos países da UE e/ou do EEE e que residem em outro país que não é o seu de origem, mas que faz parte da UE e/ou do EEE, como por exemplo, um português com nacionalidade portuguesa que reside na Alemanha.

  Imigrantes extracomunitários: Pessoas residentes na UE e/ou no EEE e que não possuem nacionalidade de nenhum país da UE e/ou do EEE, como por exemplo, um brasileiro que possui apenas a nacionalidade brasileira e atualmente reside em Portugal.
- **Imigrantes económicos**: Pessoa que se desloca internacionalmente de forma livre com o objetivo de residir em outro país, para além do seu país de origem, com o objetivo de conseguir uma melhor condição económica, como por exemplo, um colombiano que decide deslocar-se livremente para os Estados Unidos com o objetivo de conseguir um trabalho com um rendimento mais elevado, comparativamente àquele que recebia no país de origem.

M

- **Mediadores de Pares:** São pessoas que utilizam a sua experiência de vida pessoal e profissional no trabalho direto com a comunidade que faz parte, por exemplo, pessoas que usam drogas e vivem com VIH e trabalham diretamente em serviços e/ou projetos de apoio para pessoas consumidoras de drogas e que vivem com VIH.
- **Migrante:** Toda e qualquer pessoa que se desloca internamente (no país de residência) ou externamente (para além do país de residência), com o objetivo de permanecer por um período de tempo.
- **Migrante voluntário:** Pessoa que deixa o país de origem ou de residência voluntariamente por razões adversas com o objetivo de melhorar a sua condição de vida. Os migrantes voluntários incluem os migrantes laborais, estudantes, familiares de imigrantes para

reagrupamento familiar, tendo intenção de viver, permanentemente ou temporariamente num outro país que não é seu de origem. (OI, 009).

- **Migração forçada**: Pessoa que deixa o país de origem ou de residência devido a coerção, podendo ser ameaça a vida ou falta de meios de subsistência, causadas pelo próprio homem ou por causas naturais, exemplo: guerra, desastres químicos, desastres naturais, perseguição ou outro(s) fator(s) que possa colocar a vida do indivíduo em perigo (OIM, 2011).
- **Migração internacional:** Deslocação territorial que necessita o cruzamento de uma fronteira física, com o objetivo de permanecer no exterior por um período superior a 3 meses.
- **Migrantes laborais:** Pessoas que deixam o país de origem ou de residência com o propósito de trabalhar em outro país (OIM, 2011).

R

- **Refugiado:** É uma pessoa que possui a vida em risco no estado de residência não conseguindo proteger a sua vida, sendo necessário deslocar-se para outro país devido a ser perseguido por motivos de religião, raça, nacionalidade, opiniões políticas e/ou pertença a um determinado grupo social (OIM, 2011).
- **Requerente de Asilo:** Pessoa que pede proteção a um país devido a questões de guerra, desastres naturais, perseguição, entre outras situações que coloque em risco a vida do mesmo. A pessoa torna-se requerente de asilo no momento que faz o pedido de proteção até conseguir uma resposta sobre o processo, podendo receber posteriormente o estatuto de refugiado, proteção humanitária ou negação da proteção. Esta avaliação é realizada por cada país de forma independente.

S

Saldo Migratório: Saldo migratório é o cálculo do número efetivo de saídas anuais (emigração) e o número efetivo de estrangeiros legalmente residentes em cada ano. O cálculo manifesta falhas e ou imprecisões por não contabilizar o número de residentes em situação irregular e pela dificuldade em contabilizar o número efetivo de saídas.

P

Pandemia: É um surto de uma doença ou vírus, que se distribui em uma área geográfica alargada. Várias pandemias ocorreram no decorrer dos últimos séculos, como por exemplo, Peste Negra, HIN1/Gripe suína e o VIH, sendo esta última o tema que será abordado nesta dissertação.

Introdução

Os movimentos migratórios e a integração social dos imigrantes têm-se tornado um desafio para os países de trânsito e de destino, sendo necessário o desenvolvimento de diversas estratégias para garantir a integração e proteção da saúde dos imigrantes.

Diversos estudos nacionais (ERS, 2015; Dias, et al., 2018; Olivier, et al., 2018; ASI, 2018) e internacionais (Stanciole, 2009; OIM, 2017; Jaramillo, 2007; OCDE 2017; OIM, 2019a) demonstra que os imigrantes continuam a deparar-se com dificuldades no acesso aos cuidados de saúde no país de destino. A não integração dos imigrantes nos cuidados de saúde, pode impedir a prevenção e a obtenção de diagnósticos antecipados para possíveis problemas de saúde, como também dificultar o acesso para aqueles que necessitam de aceder aos cuidados de saúde para iniciar um tratamento médico ou continuar um tratamento, já que o acesso pode ser crucial para a manutenção da qualidade de saúde e/ou sobrevivência dos mesmos.

Apesar de compreender a necessidade de investigar as barreiras que os imigrantes enfrentam no acesso aos cuidados de saúde em diferentes áreas, como saúde mental, oncológica, odontologia e entre outras, esta dissertação irá focar especificamente o acesso ao tratamento para o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), ou seja, explorar as barreiras enfrentadas pelos imigrantes no acesso ao tratamento do VIH. Isso porque o diagnóstico tardio e o não acesso ao tratamento pode levar a morte das pessoas infetadas pelo vírus.

Relativamente ao VIH, atualmente existem medicamentos eficazes e disponíveis de forma gratuita nacional e internacionalmente (maioritariamente). Às pessoas em tratamento continuado e consistente, para além de conseguirem manter uma boa qualidade de vida sem enfrentar complicações acrescidas originadas pelo vírus, a transmissão a terceiros torna-se zero sendo estes os objetivos desejados. Por outro lado, a falta de acesso ao tratamento e a dificuldade de o manter, para além de levar à morte às pessoas infetadas, faz com que o nível de transmissão a terceiros se torne mais elevado.

De modo a compreender melhor os desafios atuais identificados pelos imigrantes que vivem com VIH no acesso ao tratamento, esta investigação baseia-se num estudo de caso envolvendo imigrantes que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e colaboradores de ONG que trabalham na área do VIH e de outras Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST). O objetivo é conhecer as barreiras que os imigrantes residentes na área metropolitana de Lisboa enfrentam no acesso ao tratamento do VIH, bem como compreender o papel da ONG no apoio aos imigrantes para acederem ao tratamento do VIH.

Para alcançar os objetivos definidos, a dissertação está estruturada em duas partes:

A primeira parte é composta por três capítulos, com enfoque na pesquisa bibliográfica, documental e recolha de dados já existentes, com o objetivo de realizar um enquadramento teórico e estatístico sobre o objeto de estudo, e contextualizar os movimentos migratórios a nível internacional e nacional e a saúde dos imigrantes com um maior enfoque na área do VIH. Esta parte elabora também um enquadramento legal sobre os direitos dos imigrantes relativamente ao acesso aos cuidados de saúde, e a apresentação de estudos nacionais e internacionais que focam as dificuldades enfrentadas pelos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde.

A segunda parte do estudo é composta pelos três últimos capítulos da dissertação, onde serão descritos detalhadamente as diferentes abordagens metodológicas utilizadas no decorrer da investigação. Posteriormente serão apresentados os resultados do estudo de caso, oriundos da colaboração de 4 organizações que trabalham na área do VIH localizadas na área metropolitana de Lisboa. As duas amostras do estudo incluem respetivamente 30 imigrantes que vivem com VIH e 41 colaboradores das organizações participantes. Após a apresentação dos dados recolhidos através das entrevistas realizadas aos imigrantes e dos questionários online aplicados aos colaboradores das ONGs, os dados serão discutidos, apresentadas as conclusões da dissertação. Por fim serão apresentadas algumas recomendações para minimizar as barreiras identificadas no acesso aos cuidados de saúde para o VIH e facilitar o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde.

Capítulo 1: Migração

O capítulo 1 tem como objetivo realizar um enquadramento teórico e histórico sobre os movimentos migratórios no mundo, na Europa e em Portugal, focando particularmente os diferentes tipos de migrações e os desafios que este fenómeno mundial coloca aos países de trânsito e de destino.

1.1) Enquadramento teórico

Os movimentos migratórios têm vindo a ocorrer com uma frequência cada vez mais acentuada, sendo um dos temas mais debatidos em todos os fóruns internacionais nas suas dimensões social, económica, política, sanitária e de segurança dos territórios. Ernst Georg Ravenstein (1934-1913), geógrafo e cartógrafo inglês, considerado um clássico investigador do tema das migrações, procurou desenvolver uma teoria geral sobre a migração, a partir dos exemplos de migração interna (rural versus urbana) que decorreram na Inglaterra e no País de Gales no final do século XIX (Machado, 1997; Peixoto, 2004; Estrela, 2009; Nolasco, 2016).

Ravenstein (1885), através da sua teoria neoclássica sobre as leis da migração, adotou uma leitura predominantemente económica da realidade. Para ele, o indivíduo é o ator responsável pela decisão racional do processo migratório, ou seja, o migrante parte de uma análise ponderada da situação real com as informações que possui sobre o possível ou possíveis locais de destino. Segundo a análise do autor, o processo reflexivo de migrar está baseado nos fatores "*push – pull*" (repulsão e atração). O fator *push* atém-se à análise realizada pelo próprio indivíduo sobre o lugar de origem, sustentando ou não a decisão de migrar levando-o a olhar para além das próprias fronteiras no âmbito de conseguir melhores oportunidades no estrangeiro. Eis alguns dos motivos mais identificados: possuir salários precários, ter poucas oportunidades no mercado de trabalho, uma má qualidade de vida…. Já o fator *pull* está associado aos possíveis locais de destino, com a convicção /perceção de ser um local atrativo, com melhor qualidade de vida e com um maior número de oportunidades, entre outros fatores, que façam o sujeito desejar migrar para outros locais (Nolasco, 2016).

Esta abordagem micro da migração com enfoque na perspetiva económica, também é trabalhada pela teoria do capital humano (o seu foco é o processo racional de decisão do próprio indivíduo), tendo como base a reflexão e o cálculo económico do custo/benefício, onde a decisão de mudança só é realizada quando os benefícios de curto e longo prazo são superiores aos custos de deslocação e outros que possam estar associados à migração (Peixoto, 2004).

As teorias macrossociológicas, ao contrário da perspetiva 'micro' (baseada na decisão do indivíduo), valorizam os fatores coletivos ou estruturais como impulsionadores da migração, os fatores sociais, políticos, culturais, climáticos, económicos, conflituais políticos, religiosos e étnicos. (Peixoto, 2004; Dias & Gonçalves, 2007).

Já a teoria dos sistemas migratórios parte do princípio que os fluxos migratórios tornam-se reflexo de contextos históricos específicos, ou seja, quando um conjunto de países com afinidades diversas estabelecem um sistema de partilha de trocas culturais, económicas, de bens e pessoas. Neste caso, a distância geográfica não é uma barreira, daí que o movimento migratório nestas redes faz com que haja uma maior proximidade e confiança entre os países envolvidos. Os Estados podem estar conectados com mais do que com uma única rede internacional de relações próximas, como por exemplo, Portugal que está na rede da União Europeia possuindo simultâneas relações com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa - CPLP (Peixoto, 2004; Nolasco, 2016).

A migração também está relacionada com as proximidades culturais e linguísticas, entre outros fatores que despertam o desejo de migrar, ou forçam de alguma forma os sujeitos a se deslocarem interna (dentro do próprio estado de origem ou de residência) ou externamente (para fora do estado de origem). No entanto, estas proximidades podem não ser suficientemente relevantes para que o ato de migrar aconteça. Existem diversas barreiras que podem impossibilitar a migração, como as dificuldades financeiras para pagar a deslocação, restrições legais para sair do país de origem ou de residência e/ou restrições sobre a imigração nos países de destino (Nolasco, 2016).

Os motivos que levam um indivíduo a decidir migrar não estão associados exclusivamente com o sentimento de repulsa e ou a má condição de vida, sendo também de relevar como fator a mobilidade social e profissional, o desejo de ter uma qualidade de vida superior àquela que já possui e ou abraçar novos desafios e mudanças pessoais e profissionais.

Apesar das diversas implicações que os movimentos migratórios possam causar nos países de origem, de trânsito e de acolhimento, de um ponto de vista cultural os migrantes acabam por enriquecer a sociedade de acolhimento ao trazer as suas práticas artísticas (dança, música, moda, artes plásticas…), as religiões, a gastronomia e outras tradições culturais. Por vezes, estas diferenças culturais podem levar ao surgimento de estranheza ou mesmo atritos sociais entre os diferentes grupos (Henriques, 2010), sendo necessário promover a disponibilidade pessoal e política para aceitar as diferenças.

17

Resumindo, os movimentos migratórios são fenómenos complexos e difíceis de serem conceitualizados e teorizados, pois articular todos os fatores micro e macroestruturais que eles contêm, pede não uma teoria geral que apenas explicaria um determinado tipo de migração referente a um determinado tempo e espaço, mas sim um olhar investigativo multidimensional, que permita equacionar os fatores individuais, sociais, culturais, ambientais, económicos, políticos, securitários que impulsionam os movimentos migratórios, sem deixar de convocar para a reflexão das barreiras que os indivíduos podem enfrentar ao decidirem migrar, aspeto que abordaremos no ponto seguinte.

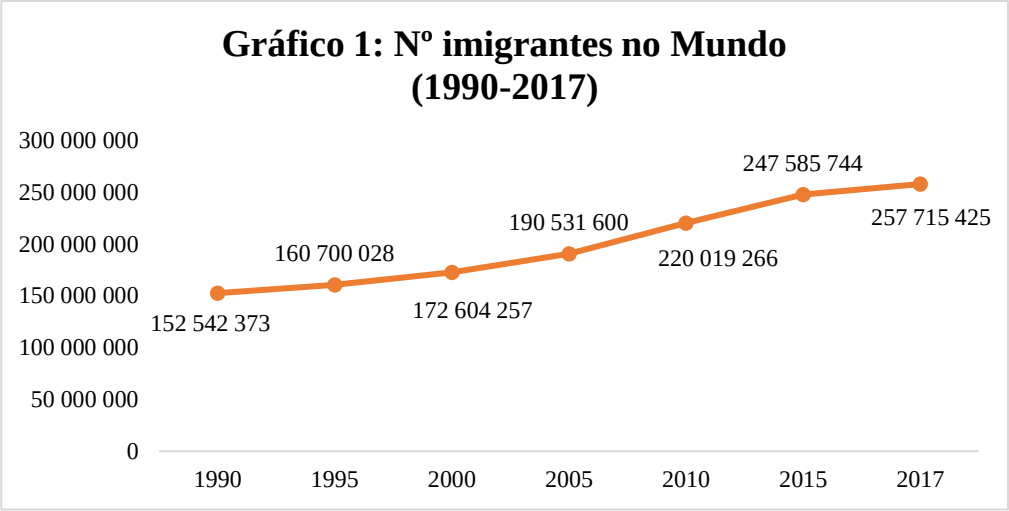
1.2) Migrações internacionais: Mundo

As migrações internacionais[1] mais do que nunca se tornaram um dos maiores desafios da atualidade. A globalização, a desorganização das economias tradicionais, o desemprego, a desigualdade económica entre o hemisfério Norte e Sul, as catástrofes naturais, as guerras civis têm vindo a ser os principais fatores que geram a migração internacional (Estrela, 2009).

A revolução digital e tecnológica, a redução dos custos de deslocação, o estabelecimento de redes de comunicação, o aumento do número de conflitos dentro do próprio país e/ou entre países e outros fatores já mencionados são alguns dos principais fatores que levam a este aumento da migração internacional (UNRIC, 2016).

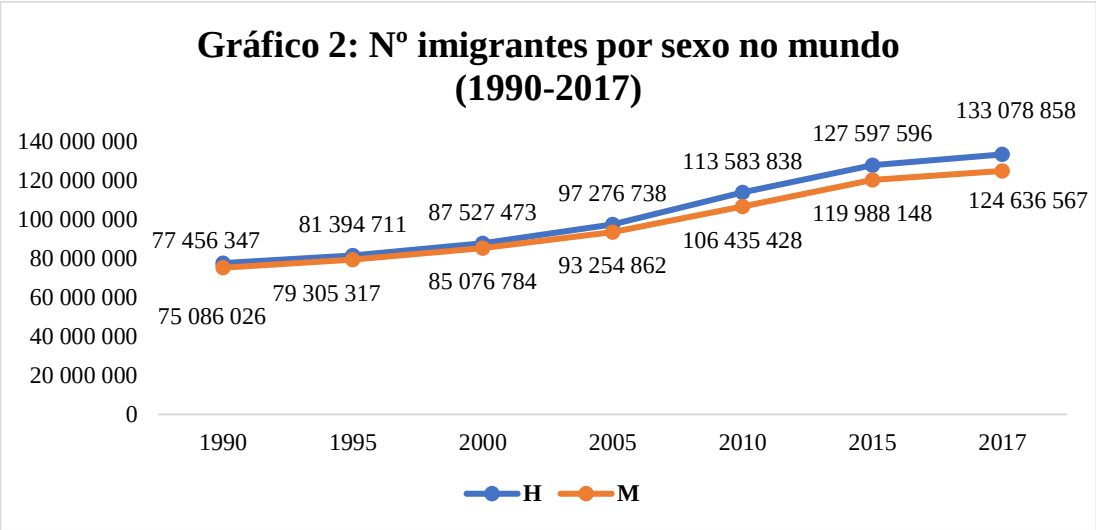
Segundo os dados das Nações Unidas (2017) sobre o estoque de imigrantes[2] entre 1990 e 2017, verificou-se que o número de pessoas que estão a viver fora dos seus países de origem duplicou nas últimas três décadas. Estima-se que em 1990 existiam cerca de 152 milhões de imigrantes por todo o mundo. Em 2017 esta estimativa é de 257.7 milhões, mais 100 milhões que em 1990 (Ver Gráfico 1: Nº imigrantes no Mundo-1990-2017).

[1] Segundo a definição da OIM (Organização Mundial para as Migrações) é o movimento de pessoas do país de origem ou de residência para outro país, com o objetivo de se estabelecer, permanentemente ou temporariamente em outro país (OIM 2011).
[2] O estoque de imigrantes é definido como o número total de migrantes internacionais presentes em um dado país em um determinado ponto no tempo (Nações Unidas 2017).



Fonte: Nações Unidas, 2018

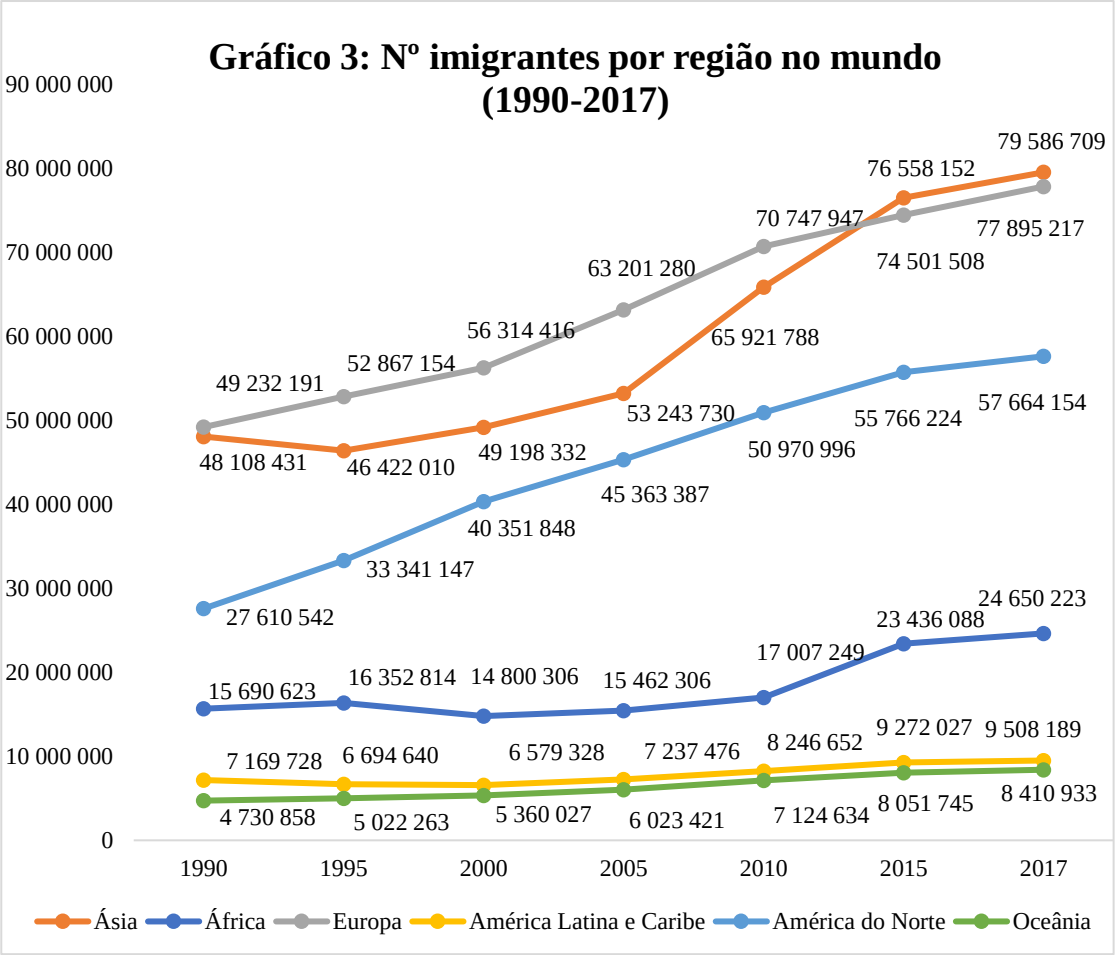
Em relação ao sexo dos imigrantes, verifica-se que os homens são os que mais migram, comparativamente ao sexo feminino. Em 1990 a diferença era de aproximadamente 2 milhões, e em 2017 a disparidade aumentou, chegando a mais de 9 milhões (Ver Gráfico 2: Nº imigrantes por sexo no mundo (1990-2017).



Fonte: Nações Unidas, 2018

No Gráfico 3 está representada a evolução da migração internacional por regiões. A região europeia[3] e a asiática são as regiões com maior número de imigrantes residentes, tendo um aumento de aproximadamente 30 milhões em cada região entre 1990 e 2017.A Europa é um dos continentes com o maior número de imigrantes. Dos 741.4 milhões de habitantes 77,8 milhões são imigrantes, um aumento de 28.6 milhões entre 1990 e 2017.

[3] Europa geográfica



Fonte: Nações Unidas, 2018

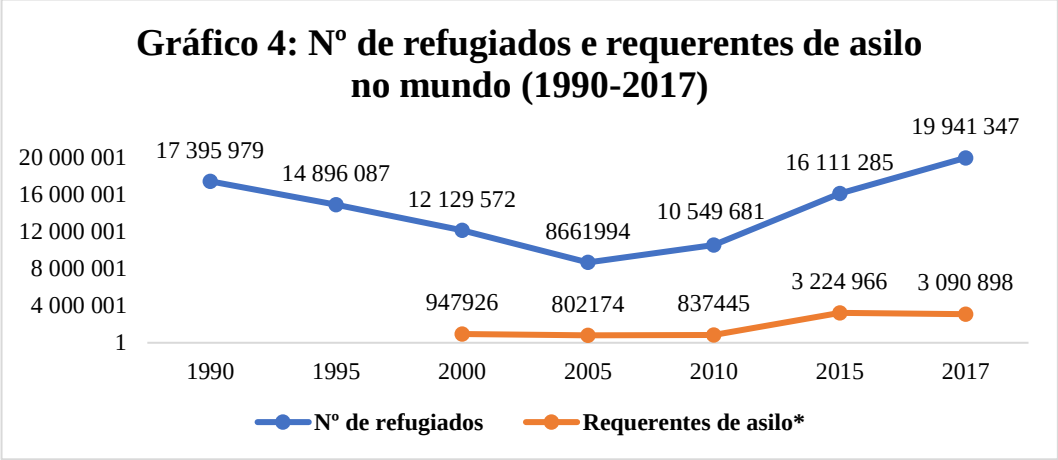
Apesar da grande maioria das migrações internacionais ocorrerem de um modo legal e suportada por algum tipo de visto ou autorização de residir no país de destino, uma parte desta migração ocorre irregularmente, sendo esta uma das preocupações para os estados acolhedores de migrantes (Dias & Gonçalves, 2007; OIM, 2018). O controlo da migração irregular é um desafio devido a falta de dados, onde os números são baseados na sua grande maioria por estimativas (OIM, 2018).

A migração internacional não ocorre apenas pela livre decisão de migrar. Muitos são forçados a sair do país de origem devido à guerra, perseguição por diversos motivos, mudanças climáticas e/ou catástrofes naturais, falta de segurança e de oportunidade, ente outros fatores. Segundo o ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados), 44.400 pessoas são forçadas a se deslocarem diariamente das zonas onde residiam devido a conflitos e perseguições, exemplo, perseguição religiosa, política, étnica e/ou por pertencer a um outro grupo social específico[4].

[4] Exemplo: ser homossexual.

Entre os anos 90 do século passado e 2015 verificou-se uma diminuição do número de refugiados pelo mundo, mas após esta última data o número de pessoas com o estatuto de refugiados está a aumentar, atingindo quase 20 milhões em 2017 (Ver Gráfico 4), sendo este período considerado como uma das piores crises migratórias desde a II Guerra Mundial (Europarl, 2017). Os conflitos armados são a principal causa do aumento do número de refugiados, onde o Líbano, Jordânia e Turquia são os países que mais acolheram refugiados nos últimos anos. No Líbano, 1 em cada 6 pessoas são refugiadas, na Jordânia 1 em 14 e na Turquia 1 em 22 (ACNUR, 2018).

Entre 2000 e 2017, com o aumento do número dos conflitos armados, também aumentou o número de pessoas a requerer asilo em outros países, ou seja, o número de pessoas que estão à espera de resposta para receberem o estatuto de refugiado, proteção humanitária ou a negação do pedido de asilo, sendo os próprios países acolhedores responsáveis por avaliar e decidir caso a caso.



Fonte: ACNUR, 2018[5]

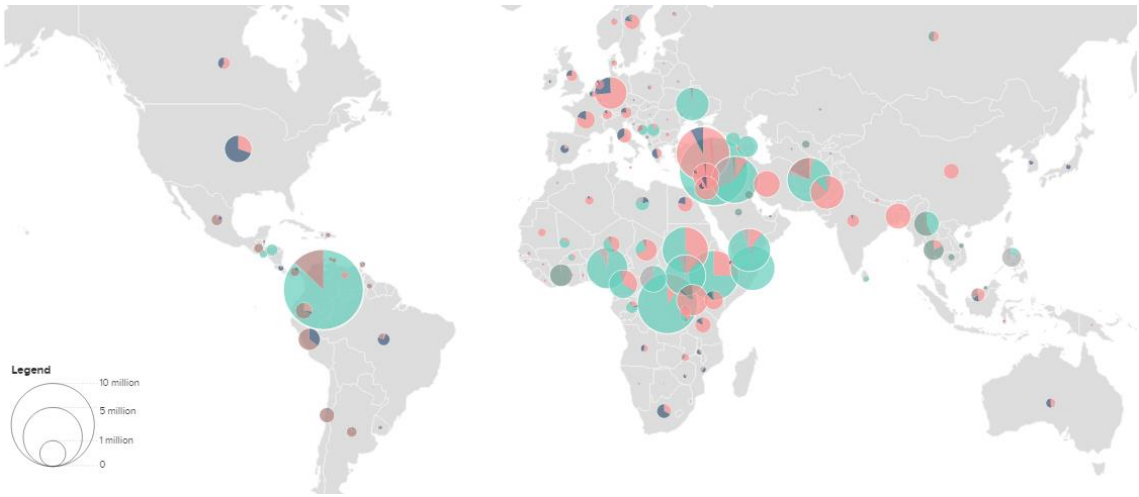
Em junho de 2019 verificou-se um total de 70,8 milhões de pessoas que tiveram de sair forçadamente de suas casas, destas 41.3 milhões estão deslocadas internamente no próprio Estado de origem ou de residência, 25.9 milhões são refugiadas (pessoas que já possuem o estatuto de refugiado em outro Estado) e 3.5 milhões são requerentes do estatuto de asilo, ou seja, já iniciaram o pedido respetivo, mas estão à espera de uma resposta (ACNUR, 2019).

Os deslocados internos concentram-se maioritariamente em África com aproximadamente 25 milhões, no Médio Oriente com 1.4 milhões, na América do Sul com 9 milhões, e na Europa com 1 milhão (maioritariamente na Ucrânia).

[5] Requerentes de asilo: Dados disponíveis a partir do ano 2000, segundo a base de dados do ACNUR.

Em relação aos países acolhedores de refugiados, os que mais sobressaem são os próximos das zonas de conflito. No Oriente Médio destaca-se a Turquia (3.9 milhões), o Líbano (969,6 mil) e a Jordânia (769.2 mil). Em África destaca-se a República Democrática do Congo (5 milhões), a Etiópia (3.5 milhões), o Sudão (2.9 milhões) e o Uganda (1.3 milhões). Na Europa, apesar de não ser país vizinho maioritariamente dos Estados em conflito, verifica-se que a Alemanha, França, Itália e Grécia acolheram mais de um milhão de pessoas que se deslocaram até ao continente europeu para pedir asilo, com destaque especial para Alemanha que entre 2014-2018 acolheram mais de 1 milhão de refugiados (Ver Mapa 1).

Mapa 1: Migrações forçadas, 2019



Deslocados internos Refugiados Requerentes de asilo

Fonte: Imagem capturada do website UNHCR Statistics, (ACNUR, 2019)[6]

O aumento do número de imigrantes económicos e refugiados tem vindo a ser debatido por diversos estados acolhedores, levantando algumas discordâncias sobre o modo de acolhimento destes imigrantes. A União Europeia (UE) é um exemplo sobre as dificuldades em estabelecer um acordo comum de acolhimento e controle das fronteiras dos Estados-membros, especialmente no que diz respeito ao apoio a dar aos imigrantes que chegam ao continente por vias irregulares como os que chegam à Europa pelo Mar Mediterrâneo.

Em suma, fatores como o aumento da globalização, a facilidade de deslocação entre os diferentes estados, o aumento dos conflitos armados, o aquecimento global, as disparidades económicas, sociais e de saúde, são causas de que o fenómeno migratório por livre vontade ou forçada tenha aumentado progressivamente ao longo dos anos, fazendo com que os

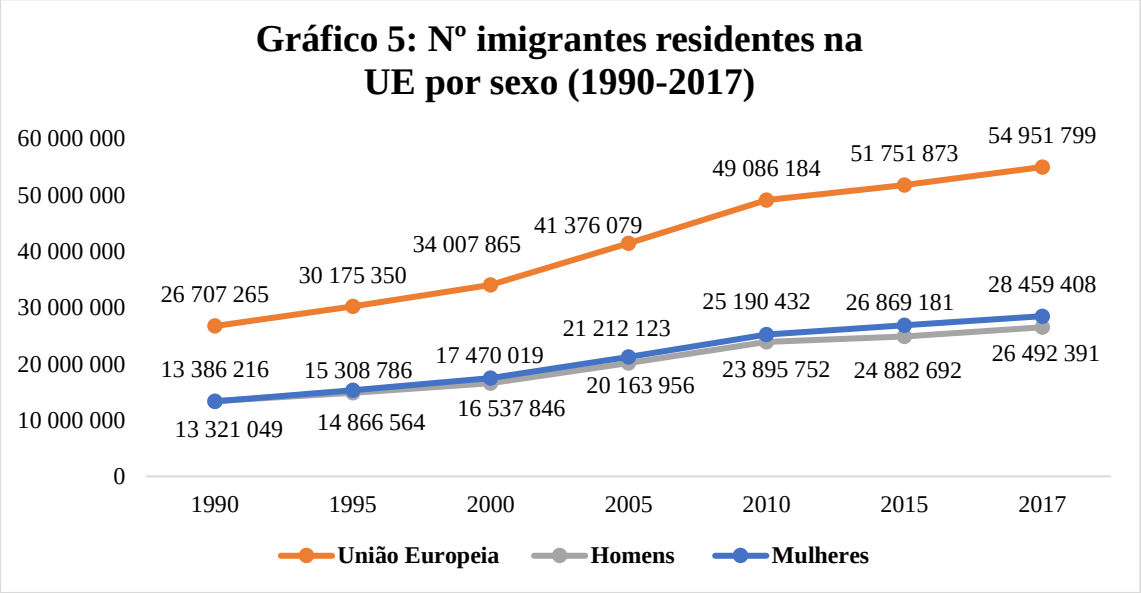
[6] http://popstats.unhcr.org/en/overview#_ga=2.162198204.1217046059.1561643897-1443721447.1561643897

movimentos migratórios se tornem um dos maiores desafios políticos e sociais, situação que abordaremos no ponto seguinte.

1.3) Migrações internacionais: União Europeia

Em 2017, 512.4 milhões de pessoas habitavam a União Europeia (UE) dos 28 Estados membros, sendo que 54.9 milhões eram cidadãos de países terceiros[7], ou seja, pessoas que habitam a UE, mas não possuem a nacionalidade de algum dos seus Estados-membro ou do Espaço Económico Europeu (EEE) e da Suíça. Entre 1990 e 2017 verificou-se um aumento de mais de 100% do número de imigrantes a residir na UE (Ver Gráfico 5).

Apesar de não haver uma grande disparidade em relação à diferença do sexo dos imigrantes a residir na UE, verifica-se que entre os anos de 1990 e 2017 o sexo feminino está mais representado do que o sexo masculino (Ver Gráfico 5).

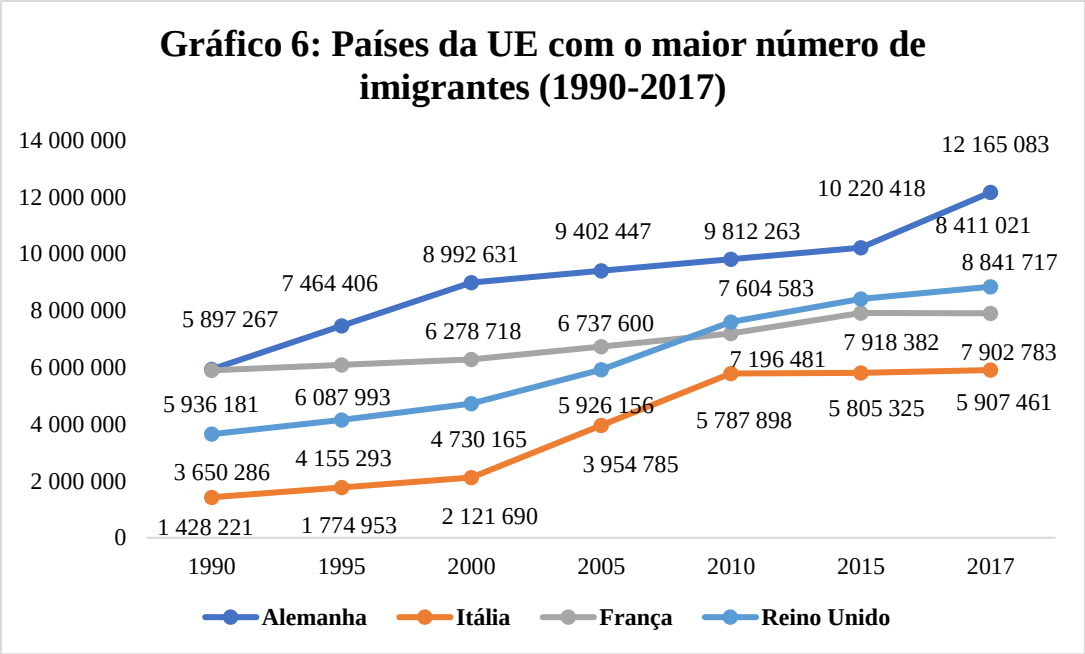


Fonte: Nações Unidas, 2017[8]

Em 2017, para cada 100 mil habitantes a Europa possuía 4,7 milhões de imigrantes. No mesmo ano entraram na UE 2,4 milhões de novos imigrantes, dos quais 829 receberam a cidadania de algum país pertencente a UE (Eurostat, 2019a).

Alemanha é o país da UE com o maior número de imigrantes residentes, seguidos do Reino Unido, Espanha, França e Itália (Ver Gráfico 6).

[7] Pessoas que habitam a UE, mas não possuem a nacionalidade de algum Estado-membro da UE ou do Espaço Económico Europeu (EEE) e Suíça. Para esta dissertação os cidadãos de países terceiros serão designados como imigrantes.
[8] Nota: Os dados do Chipre, Eslováquia e Estónia não estão disponíveis na base de dados das Nações Unidas

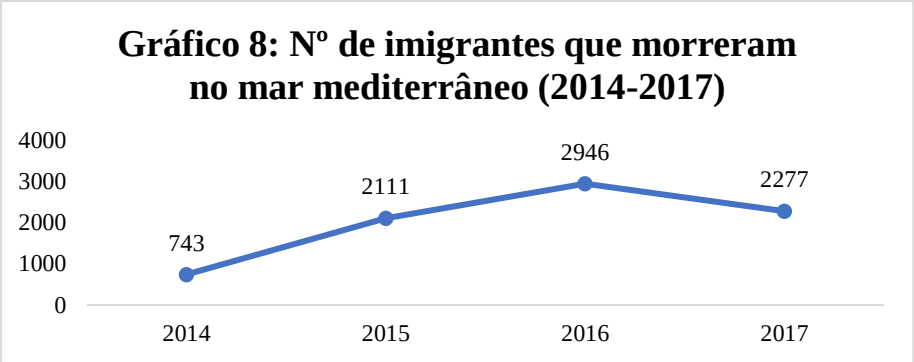


Fonte: Nações Unidas, 2017

Em relação aos refugiados, verificou-se um aumento acentuado do número de pedidos de asilo entre 2013 e 2016. Devido aos conflitos armados no Médio Oriente e a situação económica e social precária em alguns países africanos, a Europa tem vindo a receber milhares de pedidos de asilo. Muitos chegam ao continente europeu via barco pelo Mar Mediterrâneo, rota utilizada entre os anos de 2015 e 2016 maioritariamente por sírios, iranianos e nigerianos (Eurostat, 2019). No mesmo período acima referido, a Europa recebeu mais de 2 milhões de pedidos de asilo (Ver Gráfico 7).

Fonte: Eurostat, 2019

Mais de 8 mil pessoas morreram ao tentar chegar ao continente europeu via Mar Mediterrâneo entre 2014-2017. Vários fatores estão associados à morte destas pessoas, como a precariedade e a sobrelotação dos barcos (Ver Gráfico 8).



Fonte: OIM, 2019

A imigração tem vindo a ser um dos desafios para UE na tentativa de desenvolver políticas comuns para os Estados-Membros sobre o controle das fronteiras, o acolhimento e integração dos refugiados e imigrantes económicos já residentes e para os que estão a chegar.

Desde o início do aumento do número de pedidos de asilo na EU, os líderes políticos de Portugal ao contrário da posição de alguns líderes políticos da UE como Hungria, Polônia, Itália e Áustria, têm sido política e socialmente solidários com o acolhimento destas populações, mesmo que o país não tenha recebido uma grande quantidade de requerentes de asilo, como podemos verificar no ponto seguinte.

1.4) Migração: Portugal

Portugal não pode ser caracterizado como um país de emigrantes ou de imigrantes, pois há uma variação de acordo com o intervalo temporal que se pretende analisar. Nos anos 60, o número de estrangeiros residentes em Portugal era residual, sendo maioritariamente composto por cidadãos europeus. Nesta década, o número de portugueses que emigravam era superior ao número de imigrantes que chegavam ao país.

Nos anos 70, após a Revolução de 25 de Abril de 1974 e o processo de descolonização, houve o regresso de centenas de milhares de pessoas das ex-colónias e alguns milhares de africanos, maioritariamente de Cabo Verde contratados para a construção civil. Este fenómeno levou a um reequilíbrio do saldo migratório[9] negativo que o país enfrentava, mas foi insuficiente para ser considerado um país de imigrantes com saldo migratório positivo. Este movimento em massa dos ex-colonos foi designado por Alejandro Portes (1999) como um refluxo imperial, que gerou um enorme impacto demográfico, económico, social e até mesmo cultural no país (Fonseca, et al., 2002; Nolasco,2016).

[9] Saldo migratório é o cálculo do número efetivo de saída anual (emigração) e o número efetivo de estrangeiros legalmente residentes em cada ano. O cálculo possui falhas por não contabilizar o número de residentes em situação irregular e pela dificuldade em contabilizar o número efetivo de saídas (Machado,1999)

Nos anos 80, Portugal devido à abertura de investimento estrangeiro e da adesão a UE em 1986 começou a receber um maior número de imigrantes africanos, asiáticos, europeus, norte-americanos e sul-americanos, somando um total de 50.750 imigrantes no país (SEF, 2000). Os imigrantes africanos, maioritariamente dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), com pouca ou nenhuma qualificação profissional representavam mais do dobro de todos os imigrantes residentes, ocupando na sua grande maioria postos de trabalho na construção civil, limpeza e restauração (Fonseca, et al., 2002; Malheiros, et al., 2004).

Nos anos 90, era notório o elevado número de imigrantes a residir no país, cerca de 107.767 (SEF, 2000). Devido à falta de políticas eficazes no controlo e integração, o Estado Português desencadeou dois processos extraordinários na tentativa de regularizar todos os imigrantes residentes no país. O primeiro processo ocorreu em 1992 quando o SEF recebeu 39 mil pedidos de regularização tendo 16 mil sido aprovados; o segundo ocorreu em 1996, tendo sido recebidos 35 mil pedidos dos quais 95% obtiveram aprovação (Malheiros, et al., 2001). Com a entrada no espaço Schengen (1985-2011…)[10], Portugal (1995) passou a receber imigrantes de diferentes áreas geográficas, mas com uma ênfase nos que tinham um perfil profissional mais qualificado provenientes maioritariamente da União Europeia, Brasil e uma outra vaga do Leste da Europa e da Índia.

Em 1999, a Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa (CPLP) representava cerca de 55% da população estrangeira legalmente residente em Portugal, caracterizado por um grupo migratório muito jovem que potenciou o aumento do número de imigrantes tornando o saldo migratório positivo, ou seja, com mais pessoas a entrar em Portugal do que a sair (Casas, 2016; Góis & Marques, 2018).

No início do século XXI, 208.198 imigrantes residiam no país. Os brasileiros e os ucranianos representavam o maior volume das novas entradas. Apesar de estarem integrados no mercado de trabalho não tinham permissão legal para desenvolver atividades laborais no país, levando a um aumento acentuado de imigrantes irregulares, fazendo com que os mesmos ficassem restritos no usufruto dos direitos (exemplo, direitos laborais) e das políticas de integração (Góis & Marques, 2018).

Através do artigo 55.º do Decreto-Lei 4/2001 de 10 de janeiro, de modo a reduzir o número de imigrantes irregulares o SEF realizou pela terceira vez uma regularização extraordinária no país, atribuindo 126 901 autorizações de permanência. Os imigrantes do Leste europeu (56%),

[10] Processo que foi sendo realizado à medida que novos países foram sendo agregados.

especialmente os ucranianos (36%), foram os que mais beneficiaram desta medida. No mesmo ano, o país deixou de ter políticas de migração passiva, ou seja, a regularização dos imigrantes passou a ser feita de acordo com as vagas preenchidas por cada setor do mercado de trabalho, sendo estas vagas limitadas (Abreu & Peixoto, 2009).

O aumento considerável do número de imigrantes residentes em situação regular no país levou a um aumento de 68% do volume de pessoas estrangeiras a residir em Portugal entre os anos de 2000 e 2001. Os ucranianos, após beneficiarem da regularização extraordinária já referida, tornaram-se o maior grupo de imigrantes residentes, seguidos dos brasileiros e dos cabo-verdianos.

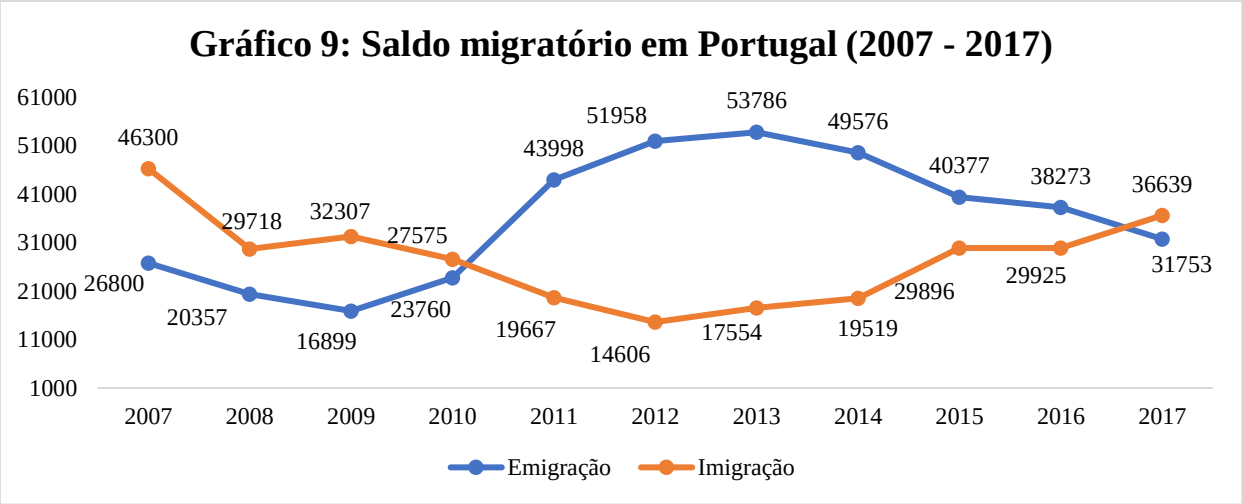
Em 20017, a nacionalidade brasileira passou a ser a mais representativa no país (15% dos imigrantes), mantendo-se até a atualidade, representando 20% da população imigrante residente no total de 85.426 imigrantes, seguidos pelos cabo-verdianos, a segunda maior comunidade, com 34.968 residentes, e em terceira posição pelos ucranianos. (SEF, 2007; SEF, 2017; Góis & Marques, 2018).

A predominância de cidadãos nacionais de países terceiros[11] residentes em Portugal está relacionada com a história do próprio país, devido à manutenção de um relacionamento privilegiado com as antigas colónias. A posição de Portugal no continente europeu, as afinidades linguísticas e culturais e até mesmo o desenvolvimento formal da CPLP em 1996, foram fatores decisivos para que os cidadãos de países lusófonos escolhessem Portugal como destino final ou de trânsito para outros países europeus (Machado, 1999). Góis e Marques (2018) também assinalam as relações de dependência pós-colonial que ainda se mantêm presentes, sendo os movimentos migratórios um exemplo claro da relação contínua entre os ex-colonizadores e os ex-colonizados (Góis & Marques, 2018).

Em 2007, devido à crise económica que afetou vários países da UE verificou-se um decréscimo no número de entrada de imigrantes, atingindo o seu pico mínimo em 2012. Com a falta de oportunidades no mercado de trabalho português o número de emigrantes portugueses começou a aumentar no mesmo período, atingindo o pico máximo em 2013.

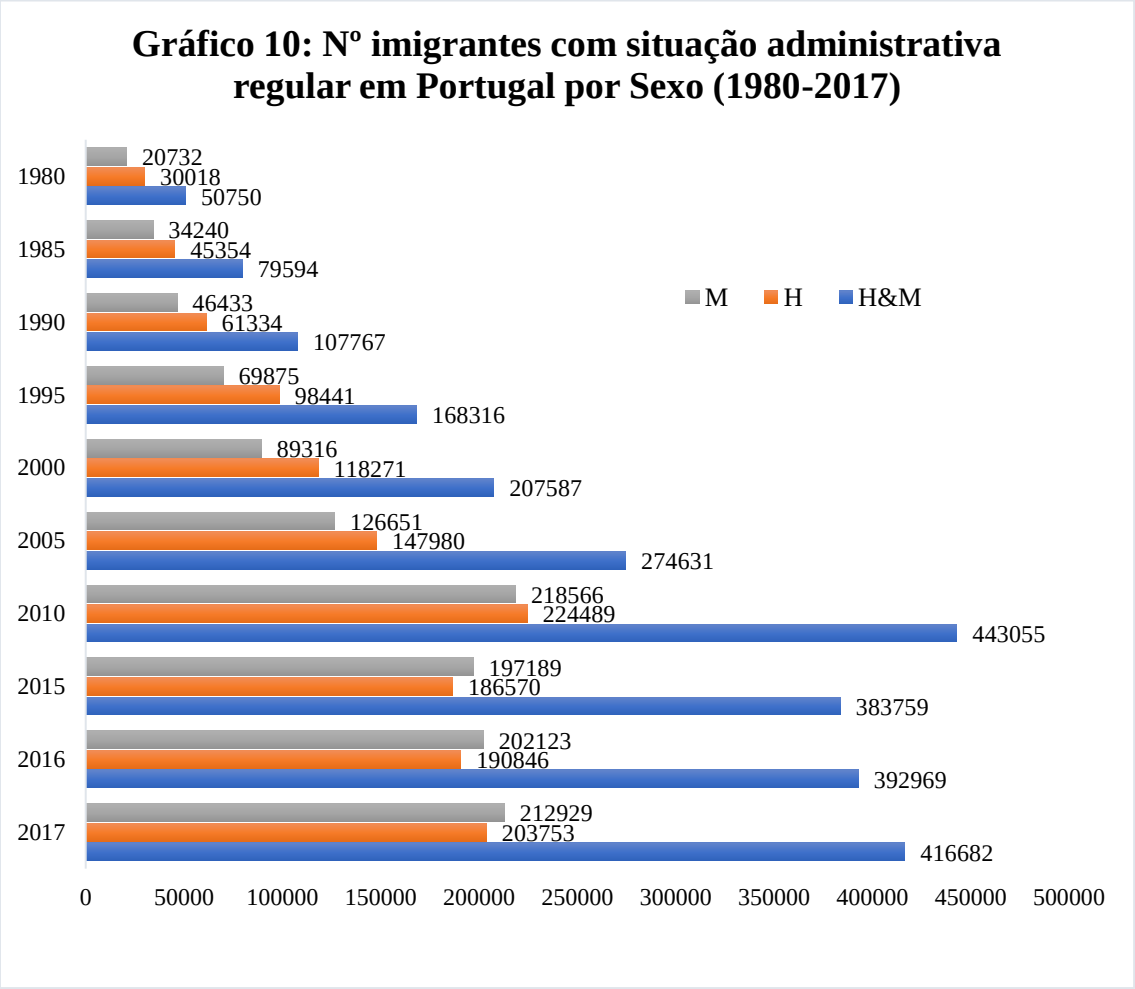
Em 2016, com a recuperação económica o saldo migratório português começou a deixou de ser negativo, ou seja, houve um maior número de entrada de pessoas no país do que saídas (Ver Gráfico 9).

[11] São imigrantes que não possuem a nacionalidade de um Estado membro da União Europeia ou do EEE.



Fonte: INE 2014 & INE 2018a

Ao analisar a entrada de imigrantes no país por sexo, verifica-se que entre 1980 e 2017, os homens por três décadas lideraram a imigração em Portugal. Em 2010, pela primeira vez, verificou-se uma ligeira superioridade do número de mulheres a migrar para Portugal comparativo com o número dos homens (Ver Gráfico 10).

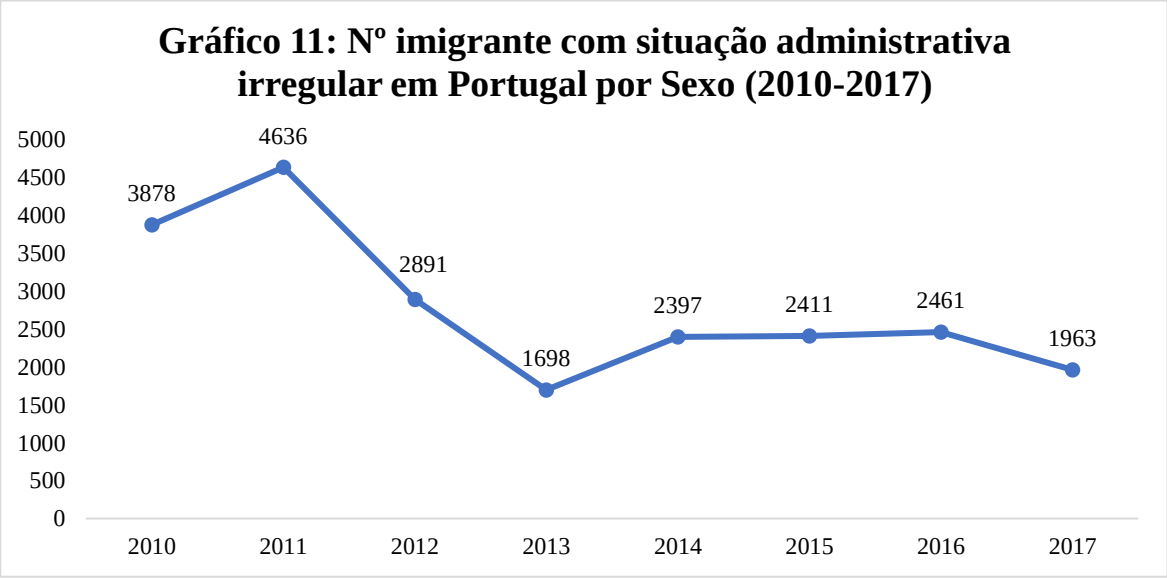


Fonte: INE, 2018a

Este fenómeno de feminização da migração, que teve início com uma maior expressividade no século XXI, sublinha o fato da decisão de migrar ser da iniciativa das próprias mulheres, sem que os motivos estejam necessariamente ligados apenas com o reagrupamento familiar. Devido à exigência do mercado de trabalho de diversos setores, como o serviço doméstico, a restauração, a enfermagem, os cuidadores de idosos…, as mulheres têm vindo crescentemente a migrar para suprir as necessidades de mão-de obra desses setores (Padilla, et al., 2012; Observatório das Migrações, 2017; Sílvia, 2018).

Já em relação aos imigrantes em situação irregular, os relatórios anuais do SEF não referem uma estimativa total do número de imigrantes irregulares no país. O que é reportado são os números de imigrantes irregulares identificados nas ações de inspeção e fiscalização realizadas por este serviço e seus parceiros[12], demonstrando claras lacunas nos dados sobre o verdadeiro número de imigrantes irregulares a residir no país.

Entre 2010 e 2017 foram identificados 22.335 imigrantes em situação irregular (Ver Gráfico 11). As organizações não-governamentais como a Solidariedade Imigrante, estimam que existam cerca de 30 mil ou mais imigrantes em situação irregular a residirem em Portugal, e que estão a descontar para a segurança social[13] (Henriques, 2019).



Fonte: SEF - Relatório de imigração, Fronteiras e Asilo (2011 a 2018)

A falta de dados estatísticos sobre a imigração irregular faz com que estes grupos fiquem excluídos das estatísticas nacionais, dificultando não só a identificação de possíveis dificuldades e necessidades enfrentadas por aqueles, como também o desenvolvimento de

[12] ACT, ASAE, AT, GNR, PJ, PM, PSP, Segurança Social, Corpo Nacional de Polícia e Guarda Civil (SEF, 2017)
[13] Os imigrantes podem descontar para segurança social mesmo estando em situação irregular no país.

políticas públicas que as minimizem de modo a integrá-los plenamente na sociedade portuguesa.

Esta síntese sustentou-se numa revisão teórica plural, aceitando que construir uma única teoria sobre as migrações pode ser considerada uma missão impossível (e não desejável, talvez), já que é consensual a defesa de que os movimentos migratórios devem ser analisados de acordo com a díade tempo-espaço, os contextos sociais, culturais, económicos e climáticos particulares, que levam um indivíduo e/ou um grupo de indivíduos a migrar, seja por decisões pessoais ou por qualquer outro tipo de pressão, perseguição e/ou ameaça.

A migração internacional mais do que nunca está sendo debatida em todos os níveis da nossa sociedade e em todos os fóruns mundiais. Existem cerca de 257.7 milhões de pessoas a residir fora dos seus países de origem, sendo que destes 68,5% tiveram que se deslocar forçadamente para além das fronteiras dos seus estados (ACNUR, 2019).

A UE tem vindo a acolher imigrantes de todo mundo, havendo um aumento de 4,7% de cidadãos nacionais de países terceiros a residir principalmente na Alemanha, Reino Unido, França e Itália. O aumento do número de pedidos de asilo que ocorreram entre 2014 e 2017 gerou uma crise política interna na UE, devido a falta de concordância entre os países membros sobre as políticas de proteção das fronteiras, acolhimento e integração daqueles que pedem asilo. A crise política reacendeu certos movimentos políticos e civis de direita e extrema-direita um pouco por toda a Europa (Hungria, Itália, Áustria e Polônia), que defendem uma política anti-imigração/ antirrefugiados em lugares de poder político e ou em manifestações públicas mais ou menos mediatizadas.

Em Portugal, os movimentos migratórios no decorrer dos últimos 40 anos são considerados como "fluxos bipolarizados" (Góis & Marques, 2018), compostos por um grande volume de entrada de imigrantes desqualificados e uma outra vaga de imigrantes de alta e média qualificação predominantemente originária da CPLP.

Portugal, apesar de ter conseguido gerir, mesmo com ritmos variados, a integração dos imigrantes é reconhecido nacional e internacionalmente[14] como uma sociedade multicultural, dedicada a políticas de integração dos imigrantes. É de realçar, no entanto, que o aumento crescente de imigrantes no país gerou desafios acrescidos para aqueles em situação regular e

[14] https://www.acm.gov.pt/pt/acm/sala-de-imprensa

irregular nas diversas áreas da sociedade, seja no mercado de trabalho seja no Sistema Nacional de Saúde, domínios sensíveis da vida quotidiana dos sujeitos.

Portugal não é o único país que enfrenta dificuldades na inclusão dos imigrantes devido à grande diversidade dos grupos migratórios, daí que seja urgente que os países de trânsito e de acolhimento definam, se possível unanimemente, estratégias eficazes de inclusão dos imigrantes (regulares e irregulares) nas diversas áreas da sociedade como o mercado de trabalho, habitação, participação política e a saúde.

A integração dos imigrantes nos serviços de saúde é um dos grandes desafios enfrentados pelos países de trânsito e de destino, com uma especial ênfase nos imigrantes em situação irregular. Os próprios imigrantes possuem dificuldades em usufruir dos seus direitos no Serviço Nacional de Saúde, tema este que terá um maior aprofundamento nos próximos capítulos.

Capítulo 2: Imigração e Saúde Pública

De modo geral, a saúde é entendida, por vezes, como um conjunto de fatores biológicos, enquanto para outros a saúde da população é influenciada por múltiplos fatores: genéticos, psicossociais, estilos de vida, comportamentais, meio ambiente físico, condição socioeconómica, culturas, idade, sexo, crenças e políticas de saúde. A desigualdade socioeconómica, normalmente associadas a condições laborais precárias e pobreza, afetam de forma negativa a saúde das pessoas que são o foco da nossa atenção, como também limita o acesso à prevenção e utilização dos serviços de saúde, levando à degradação do seu estado de saúde (Dias, et al., 2007; Barreto, 2017; Dias, et al., 2018).

Ao analisar o estado da saúde e o acesso aos serviços de saúde relevando a presença do fator das desigualdades sociais da população em geral, (imigrantes e não imigrantes) verifica-se que ela existe claramente visível e sentida diferentemente no dia-a-dia das pessoas. Assim, as pessoas com maiores rendimentos e níveis escolares mais elevados vivem mais anos, contraem menos doenças e visitam mais vezes os hospitais, e especialmente os serviços especializados, como a cardiologia, a infeciologia e a ortopedia. Devido ao acesso mais alargado aos serviços de saúde, às pessoas com maior rendimento e mais letradas investem mais na prevenção, nomeadamente, na realização de exames de saúde regulares e numa alimentação mais saudável, como também são mais recetivas às informações sobre os cuidados de saúde (Tavares, 2016).

Por outro lado, as pessoas com rendimentos mais baixos e com menos estudos possuem menos recursos para aceder a determinados tipos de serviços de saúde que exigem um maior dispêndio de recursos económicos, restringindo a utilização dos serviços hospitalares de especialidade. Verifica-se que também comparecem aos serviços de saúde já com problemas de saúde avançados (com sintomas), e possuem um menor acesso à informação sobre políticas e práticas de prevenção (Cabral, Silva, & Mendes, 2002; Tavares 2016).

Relativamente aos imigrantes, devido ao aumento do fluxo migratório das últimas décadas a saúde dos imigrantes tornou-se um desafio para a Saúde Pública dos Estados de trânsito e destino dos imigrantes, sendo necessário compreender cada vez mais não apenas o impacto do seu estatuto na sua saúde no decorrer do seu percurso e instalação no país de destino, como também o impacto que este movimento migratório traz para a saúde dos autóctones dos países de trânsito e de acolhimento.

Os Estados envolvidos nestes movimentos são forçados a desenvolver políticas e estratégias de integração dos imigrantes nos seus sistemas de saúde, de modo a responder adequadamente às necessidades e tentar colmatar as vulnerabilidades e riscos que os imigrantes possam enfrentar (Oliveira, et al., 2018).

Em relação ao estado de saúde dos imigrantes quando chegam no país de destino, normalmente tendem a ser mais saudável que o dos autóctones. O bom estado de saúde dos imigrantes está dependente de diversos fatores como a idade dos sujeitos, o país de origem, o tipo de migração efetuada (voluntária ou forçada), o percurso feito até ao país de destino, entre outros fatores (Dias, et al., 2007; OCDE, 2017; Oliveira, et al., 2018).

Com o decorrer do tempo de residência dos imigrantes no país de destino, a saúde tende a aproximar da dos autóctones ou até mesmo piorar, podendo esta degradação estar associada a diversos fatores:

> *"Os imigrantes enfrentam nos países de acolhimento alguns desafios à sua saúde física e mental, nomeadamente associados às precárias condições de vida e de trabalho e a restrições no acesso aos cuidados de saúde. No âmbito do acesso aos cuidados de saúde identificam-se algumas barreiras, designadamente as taxas cobradas, a falta de domínio da língua, a falta de familiaridade com os direitos e com o sistema de saúde em geral, a falta de literacia no domínio da saúde, os obstáculos administrativos, a exclusão social, e a discriminação direta e indireta*" (Oliveira, et al., 2018a, p. 48).

Ao chegarem ao país de trânsito ou de destino a saúde dos imigrantes torna-se mais vulnerável. Deparam-se com um sistema organizacional diferente comparativamente com o de origem, onde os imigrantes podem deparar-se com barreiras linguísticas, culturais, legais, habitacionais, diferentes condições de trabalho, novos estilos de vida, receio de utilizar os serviços de saúde e serem extraditados (especialmente pelos imigrantes indocumentados), fatores e determinantes que os podem deixar mais vulneráveis, elevando o risco doenças, infeção pelo VIH, ISTs e outros problemas de saúde (Dias, et al., 2002).

É de ressalvar que nem todo o imigrante se encontra em situação de vulnerabilidade em relação à saúde. Existem subgrupos que estão mais vulneráveis do que outros, como as mulheres, crianças, os imigrantes em situação irregular, os que têm condições de trabalho e habitacionais precárias e com difícil acesso aos cuidados de saúde (Padilla & Miguel, 2009).

Resumindo, as condições de saúde dos imigrantes podem ser influenciadas por diversos determinantes (Oliveira, et al., 2018):

- **Determinantes estruturais**, de natureza legal, administrativa e institucional, impedindo ou facilitando o acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes;
- **Determinantes sociais,** condição socioeconómica, condição habitacional, emprego/desemprego, nível de escolaridade, risco de pobreza e privação socio material, pobre nutrição, acesso à água potável, falta de rede de transportes, qualidade nos serviços de saúde e diferença entre os padrões de comportamentos de saúde de acordo com o grupo de pertença;
- **Determinantes individuais**, como a origem, idade, sexo, estilo e condicionantes da vida centradas nas opções individuais entre outros fatores que os podem tornar o imigrante mais frágil e vulnerável, refletindo assim bons ou maus resultados de saúde.

A análise das desigualdades em saúde dentro da comunidade imigrante deve ser realizada de forma ampla, através da análise das diversas determinantes (estruturais, sociais e individuais), para que os imigrantes não sejam culpabilizados pela degradação da própria saúde por apenas questões culturais e/ou comportamentais (Tavares, 2016).

Em síntese, os determinantes estruturais, sociais e individuais influenciam o estado de saúde não só dos imigrantes mas também dos autóctones. Alguns grupos de imigrantes possuem vulnerabilidades acrescidas, principalmente os que se encontram em situação irregular e com baixo capital económico, cultural e social. A situação socioeconómica, a falta de conhecimento do funcionamento dos serviços de saúde, a situação administrativa no país e a barreira linguística são os fatores principais que levam à degradação do estado de saúde dos imigrantes, sendo necessário a criação de políticas e estratégias eficazes para proteger a saúde destes grupos mais vulneráveis, tema este que será abordado com maior profundidade no capítulo seguinte.

2.1) Proteção da saúde dos imigrantes: Enquadramento legal

Para garantir a integração dos migrantes no acesso aos cuidados de saúde, tanto a comunidade internacional como os próprios Estados começaram a desenvolver um conjunto de medidas expressas em declarações internacionais e em políticas públicas que os abrangesse de forma plena nas sociedades de destino.

O enquadramento internacional parte do princípio da universalidade, onde idealmente todas às pessoas devem gozar dos mesmos direitos, independente da origem e estatuto legal. Através desta perspetiva universalista foram criadas as seguintes declarações, pactos, cartas e diretivas

internacionais que procuraram salvaguardar o direito aos cuidados de saúde por parte da população imigrante (Ver Tabela 1).

Tabela 1: Enquadramento internacional - Direito dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde	
1948	**Declaração Universal dos Direitos do Homem** (DUDH). O artigo 25.º da DUDH veio assegurar de uma forma universal o direito do indivíduo e sua família a saúde e o bem-estar, "principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica…"[15]
1961	**Carta Social Europeia** (CSE), assinada por Portugal no dia 03/05/1995[16]. O artigo 11.º "Direito à proteção da saúde" da CSE defende o direito da proteção à saúde de todas às pessoas através da cooperação entre organizações públicas e privadas[17]. O artigo 13.º "Direito à assistência social e médica" da CSE garante o acesso a assistência médica para todas a pessoas em caso de doença, fazendo com que os Estados criem condições para que os cuidados necessários estejam disponíveis.
1966	**Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais** (PIDESC). O artigo 12.º do PIDESC refere que todas às pessoas possuem o direito de "gozar das melhores condições possíveis de saúde física e mental"[18].
1989	**Convenção dos Direitos das Crianças.** O documento saído desta reunião teve como um dos objetivos fazer com que os Estados presentes garantisse o direito à proteção da saúde das crianças, nomeadamente o acesso aos serviços médicos. Esta convenção foi retificada por Portugal em 21 de setembro de 1990[19].
1990	**Convenção Internacional sobre A Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias.** Esta medida foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua resolução 45/158, de 18 de dezembro de 1990[20]. No artigo 28.º refere que os migrantes e seus familiares possuem direito de aceder aos cuidados médicos de urgência, para evitar danos irreparáveis e preservar a sua vida. Os cuidados de saúde não devem ser negados mesmo em situação irregular. Já o artigo 43.º *"os trabalhadores migrantes beneficiam de tratamento igual ao que é concedido aos nacionais do Estado de emprego…"* como *"aos serviços sociais e de saúde, desde que se verifiquem os requisitos do direito de beneficiar dos diversos programas" (Ministério Público, p.23)*[21].
2000	**Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia** (CDFUE). O artigo 35.º "Proteção da Saúde" refere que todos os cidadãos possuem o direito de beneficiar dos cuidados médicos e prevenção, de acordo com as práticas e legislações nacionais de cada Estado membro[22]. O artigo 35.º é o primeiro que refere a prevenção como estratégia para proteger a saúde dos cidadãos.
2008	**Resolução 61.17 da Assembleia Mundial da Saúde - Migrações e saúde.** A resolução teve como objetivo reforçar a necessidade de proteger a saúde dos imigrantes, sendo necessário que as políticas públicas dos estados facilitem o acesso aos serviços de saúde, recolhendo informações e monitorá-las de modo a serem mais eficazes (Oliveira, et al., 2018).

[15] https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos
[16] http://www.ministeriopublico.pt/instrumento/carta-social-europeia-revista-2
[17] http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/carta_social_europeia_revista.pdf
[18] http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/educacao_para_a_Defesa_a_Seguranca_e_a_Paz/documentos/pacto_internacional_sobre_direitos_economicos_sociais_culturais.pdf
[19] https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf
[20] Portugal até 31 de dezembro de 2017 não havia procedido à assinatura ou ratificação desta Convenção.
[21] http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/convencaomigrantes.pdf
[22] http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf

2011	**Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho**. Esta diretiva refere-se aos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, ou seja, entre os países da UE, tendo como objetivo garantir que os doentes tenham acesso aos cuidados de saúde partindo do princípio da universalidade, solidariedade e equidade.[23] Para que os cidadãos dos estados membros consigam beneficiar de tratamento médico em outro estado, os mesmos devem apresentar uma autorização médica para o efeito.
2016	O **Plano de Ação para integração dos nacionais de países terceiros residentes na EU** (COM, 2016)[24] foi promovido pela Comissão Europeia e reconhece a dificuldade que os imigrantes enfrentam na integração nos serviços de saúde dos estados acolhedores, tendo sido criado várias propostas para promover essa a integração e proteção da saúde dos mesmos (Oliveira, et al., 2018).

As declarações, as convenções e as cartas internacionais partem sempre do princípio da universalidade como já referido, não sendo obrigatoriamente vinculativas por parte dos Estados, dependendo assim da sua boa vontade em aderir e implementar. Já em relação às diretivas do Parlamento Europeu e do seu Conselho, os países membros são obrigados a implementar e adaptar a legislação nacional.

Em Portugal, o enquadramento dos direitos dos imigrantes no acesso à saúde sublinha que a proteção da saúde é um direito de todos (estrangeiros e residentes), estando consagrado na Constituição da República Portuguesa (CRP) no artigo 64º, ponto 1 *"Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover"* complementando o Artigo 15º da CRP, ponto 1 *"Os estrangeiros e os apátridas que se encontrem ou residam em Portugal gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres do cidadão português."* (Diário da República, I Série-A, n.º 155, CRP, de 12 de agosto de 2005)[25].

Desde 1968 Portugal tem vindo a publicar diretivas, leis, despachos entre outros documentos na tentativa de integrar todos os residentes nos cuidados de saúde (Ver Tabela 2).

Tabela 2: Enquadramento nacional - Direito dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde	
1968	**Decreto nº 48357.** Aprovado o Regulamento Geral dos Hospitais. No Capítulo VII foi reconhecido o direito de acesso universal e cuidado de saúde apropriado à condição de saúde dos doentes.
1976	**Constituição da República Portuguesa** (CRP). No seu artigo 64.º Portugal possui um serviço de saúde universal e geral, onde "todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover"[26].

[23] http://diretiva.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2014/08/Directiva_2011-24.pdf
[24] https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/proposal-implementation-package/docs/20160607/communication_action_plan_integration_third-country_nationals_en.pdf
[25] https://dre.pt/pesquisa/-/search/243729/details/normal?q=Lei+Constitucional+1%2F2005
[26] https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx

1979	**Lei do Serviço Nacional de Saúde n.º 56/79.** Reforça o direito referido na CRP no artigo 64º. A lei garante o direito à saúde para todos os cidadãos[27], independente da situação económica e social. Apesar de a lei referir "todos os cidadãos", ela não garante o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes em situação irregular residentes no país.
1990	**Lei de Base da Saúde (LBS) n.º 48/90.** Esta lei tem como objetivo garantir e regular o acesso à saúde, promover a prevenção e proteção da saúde pública para todos os cidadãos, no limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros[28].
2001	**Despacho nº 25 360/2001.** Para os imigrantes que residem no país legalmente o acesso ao SNS (Serviço Nacional de Saúde) é equiparado aos direitos dos nacionais devendo apresentar no SNS o atestado de residência emitido pela Junta de Freguesia e o comprovativo de autorização de permanência/residência ou visto de trabalho em território nacional. Para os cidadãos (adultos) imigrantes que não se enquadrem nas situações legais referidas anteriormente, para ter acesso ao SNS devem apresentar junto dos serviços de saúde da área de residência o atestado de residência emitido pela Junta de Freguesia e comprovar que se encontram em Portugal em mais de 90 dias. Para os cidadãos sem comprovativo de autorização de permanência/residência ou visto de trabalho em território nacional as despesas poderão ser cobradas, exceto se o mesmo comprovar insuficiência económica e social aferida pelos serviços de segurança social[29].
2004	**Circular Informativa nº 65/DSPCS, de 26.11 "Acesso dos Filhos Menores dos Imigrantes aos Cuidados de Saúde".** Esta circular veio clarificar o procedimento exigido pelo Decreto-Lei nº 67/2004 (exigência do registo de todas as crianças estrangeiras em situação irregular no SNS), garantindo que toda criança até aos 16 anos tem acesso aos cuidados de saúde prestados pelo SNS independentemente do seu estatuto jurídico.
2008	**Lei nº 27/2008, Artigo 52.º.** Os cidadãos nacionais de países terceiros com estatuto de refugiado ou requerentes de asilo possuem acesso ao SNS como um cidadão nacional, sendo-lhes garantido "assistência médica e medicamentosa" (ERS, 2018, p.56).
2009	**Circular informativa 12/DQS/DMD 07/05.** Ela teve como objetivo clarificar o Despacho nº 25 360/2001 sobre o processo de integração dos imigrantes no SNS em situação regular e irregular, e os seus direitos
2017	**Decreto-Lei 131/2017.** Todos os imigrantes (em situação regular ou irregular) ao possuir algum problema de saúde que coloque em causa à saúde do próprio ou terceiros, (exemplo: problemas de saúde relacionados como o VIH, Tuberculose, Hepatite B e C) têm acesso gratuito aos cuidados de saúde vitais de acordo com o Decreto-Lei 131/2017[30]. Para que o imigrante em situação irregular e sem o número do utente, possa ter acesso ao tratamento para o VIH, Tuberculose, Hepatite B e C de forma gratuita, deve apresentar juntamente da especialidade médica uma inscrição realizada no Centro de Saúde da área de residência onde deve constar "Cuidados de saúdes vitais".

2.2) Acesso aos cuidados de saúde por grupos migratórios

[27] É reconhecido cidadão beneficiário do SNS os portugueses que residem em território nacional ou no estrangeiro, cidadãos nacionais de países membros a Comunidade Europeia, cidadãos estrangeiros e apátridas residentes em Portugal (ERS, 2015)
[28] https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/34540475/view?q=lei+48%2F90
[29] O despacho está desatualizado. Quem fornece o comprovativo de insuficiência económica é o serviço das Finanças, mas só para os cidadãos que tiverem o número do utente e número das Finanças.
[30] https://dre.pt/home/-/dre/108280429/details/maximized

O sistema legislativo sobre o acesso à saúde para população não nacional apesar de ser complexo tem como objetivo integrar os diferentes grupos migratórios, como podemos verificar:

- **Acesso aos cuidados de saúde para os cidadãos nacionais dos Estados-Membros da UE, EEE e Suíça:**

  Os cidadãos nacionais dos Estados-Membros da UE, EEE e Suíça possuem acesso ao SNS português de acordo com os regulamentos da UE relativos à cooperação dos sistemas de segurança social dos países membros (DGS, 2014)[31].

- **Acesso aos cuidados de saúde para os nacionais de países terceiros abrangidos pelos acordos bilaterais**

  Os cidadãos nacionais de países terceiros, ou seja, não nacionais de um país da UE, EEE e Suíça, com estatuto de residência temporária em Portugal possuem acesso ao SNS, caso tenha sido estabelecido um acordo bilateral entre Portugal e o Estado que o cidadão pertence[32].

  No âmbito da cooperação intencional na área da saúde, Portugal, motivado pelos laços históricos, sociais, económicos e culturais com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)[33] pretendeu apoiar a promoção de uma melhor condição de saúde da população destes países, garantindo assistência médica no SNS português, desde que o Estado do doente não tenha competência para garantir os cuidados necessários para o problema de saúde identificado. É responsabilidade do Estado português garantir o acesso ao SNS para os doentes evacuados[34] dos PALOP. Os Estados dos PALOP são responsáveis pela logística de envio, estadia, despesas de regresso dos seus cidadãos que beneficiem desta assistência, caso o mesmo tenha condições de saúde para volta (ERS, 2015; Oliveira, et al., 2018).

- **Acesso aos cuidados de saúde para cidadãos nacionais de países terceiros com estatuto de refugiado e direito de asilo:**

[31] Verificar procedimento através do Manual de acolhimento no acesso ao Sistema Nacional de Saúde de cidadãos Estrangeiros (DGS 2014). Manual disponível através do link: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/CHLeiria_CidadaosEstrangeiros_ManualAcolhimento.pdf.
[32] Países com acordo bilateral: Andorra, Brasil, Cabo Verde, Québec, Marrocos, Tunísia e Reino Unido.
[33] Os países dos PALOP são: Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Guiné Equatorial.
[34] Doentes evacuados é o termo utilizado para os cidadãos dos PALOP que se deslocam para Portugal com autorização médica prévia para tratamento médico.

Os cidadãos nacionais de países terceiros com estatuto de refugiado ou requerentes de asilo possuem acesso ao SNS como um cidadão nacional, sendo-lhes garantido "assistência médica e medicamentosa" como referido anteriormente pelo Artigo 52 da Lei Nº 27/2008.

- **Acesso à saúde para os cidadãos nacionais de países terceiros em situação regular:**

  De acordo com o Despacho Nº 25 360/2001, os imigrantes com autorização de residência, autorização de permanência ou visto de trabalho que efetuam descontos para Segurança Social tem direito de acesso ao SNS.

- **Acesso à saúde para os cidadãos nacionais de países terceiros em situação irregular:**

  Os imigrantes em situação irregular residentes no país há mais de 90 dias, ao apresentar um atestado de residência emitido pela Junta de Freguesia comprovando que tem acesso ao SNS, nas seguintes situações:

  I. Seja portador de uma doença/infeção transmissível que represente perigo ou ameaça para a saúde pública (por exemplo, os infetados pelo vírus do VIH, Tuberculose, Hepatite B e/ou C). Neste caso, os imigrantes têm acesso gratuito aos serviços de saúde de especialidade (para tratar apenas a doença/infeção identificada), ou seja, se o imigrante vive com VIH têm acesso apenas às consultas de infeciologia do serviço hospitalar (Decreto-Lei 131/2017);
  II. Necessite de cuidados de saúde urgentes e vitais;
  III. Necessite de cuidado materno-infantil e saúde reprodutiva (por exemplo, planeamento familiar ou interrupção da gravidez);
  IV. Vacinação, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação;
  V. Menores de 16 anos;
  VI. Em situação de Reagrupamento Familiar, quando alguém do agregado efetue descontos para Segurança Social;
  VII. Em situação de exclusão social ou em situação de carência económica comprovada pelos Serviços da Segurança Social[35].

Os imigrantes em situação irregular, ao utilizarem os serviços de saúde de especialidade (por exemplo, ortopedista ou dermatologista) serão responsáveis pelo pagamento dos serviços utilizados no SNS de acordo com tabela em vigor, caso o mesmo não esteja abrangido por

[35] O departamento responsável por comprovar a carência económica é as Finanças e não a Segurança Social. Apenas os cidadãos que possuem o Nº das Finanças podem pedir esta declaração, excluindo assim os cidadãos que não possuem o Nº das Finanças e que estão em situação de carência económica e exclusão social.

acordos, instituições de cooperação internacional, não tenha uma declaração da Segurança Social comprovando insuficiência económica, e que o serviço de saúde utilizado não tenha sido realizado devido a questões de saúde pública (ERS, 2015; Oliveira, et al., 2018). Também podem usufruir dos atendimentos de urgência dos centros de saúde e hospitalares, sendo então emitida uma fatura dos serviços utilizados de acordo com a tabela em vigor.

Em síntese, apesar da heterogeneidade e desafios que os movimentos migratórios têm vindo a colocar, as legislações políticas dos estados acolhedores e/ou de trânsito, mostram uma vontade e disponibilidade para criarem medidas que possam garantir a integração dos imigrantes nos serviços de saúde adequando essas respostas às suas expectativas e necessidades.

Em Portugal, o Decreto-lei 3-A/96, de 26 de janeiro levou à criação do Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, com o objetivo de criar medidas e práticas de implementação e coordenação das políticas públicas de integração e acolhimento dos imigrantes. Foram desenvolvidos por diferentes governos, ao longo dos anos (1999-2015), diferentes programas de integração dos imigrantes e minorias étnicas[36], como: Plano para a Integração dos Imigrantes (2007-2009 e 2010-2013), Plano Estratégico para as Migrações (2015-2010 e 2015-2020)[37] e o Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros de 2014[38]. Os Planos Nacionais têm criado materiais informativos com o objetivo de promover cada vez mais a igualdade e proteção dos imigrantes e seus familiares, uma maior equidade no acesso a saúde, e também a promoção de políticas de integração de imigrantes (ERS, 2015; Casas, 2016).

Apesar do desenvolvimento de diferentes estratégias para integração dos imigrantes no SNS verifica-se que alguns grupos de migrantes, especificamente os nacionais de países terceiros que se encontram em situação irregular, continuam a se deparar dificuldades no acesso aos cuidados de saúde e utilização destes serviços.

Nem todas as leis, normas, diretivas e acordos internacionais e bilaterais, entre outros documentos que possuem como objetivo garantir o acesso e uso dos imigrantes nos serviços de saúde, funcionam na prática, sendo necessário compreender as causas dessas ineficácias e perceber as implicações que impedem o acesso e uso dos serviços de saúde por parte da

[36] Programas de integração dos imigrantes e minorias étnicas XIV (1999 - 2002), XVII (2009 - 2011) e XIX (2011 - 2015)
[37] http://www.programaescolhas.pt/_cf/364724
[38] https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/CHLeiria_CidadaosEstrangeiros_ManualAcolhimento.pdf

população imigrante e desenvolver estratégias para as colmatar. Esta problemática será desenvolvida no próximo capítulo.

2.3) Barreiras no acesso aos serviços de saúde em Portugal

De acordo com a legislação portuguesa, todos os cidadãos residentes no país possuem acesso aos cuidados de saúde, incluindo os imigrantes em situação regular e irregular (Dias, et al., 2018). O sistema de saúde nacional ao longo dos anos sofreu diversas mudanças legislativas (ERS, 2015; Oliveira, et al., 2018), de modo a tentar responder às diferentes necessidades dos imigrantes e garantir o acesso e uso dos serviços de saúde para todos aqueles que decidiram escolher Portugal como destino final ou de transição.

Mesmo com o acesso e uso aos serviços de saúde consagrados na Constituição da República Portuguesa, diferentes estudos nacionais (Ser+, 2014; ERS, 2015; Dias, et al., 2018; Olivier, et al., 2018; Associação Solidariedade Imigrante - ASI, 2018[39]) referem que alguns grupos de imigrantes continuam a ter dificuldades em aceder e usufruir dos serviços de saúde e que os profissionais de saúde também apresentam dificuldades em prestar apoio aos imigrantes na sua integração no SNS.

Para obter uma melhor compreensão sobre as barreiras enfrentadas pelos imigrantes e pelos profissionais de saúde na promoção do acesso e usufruto dos serviços de saúde para os imigrantes, foram criadas 5 categorias de barreiras (Burocráticas/legislativas; Financeira; Medos/receios; Linguísticas e culturais; outras) de acordo com os resultados dos estudos nacionais (ERS, 2015; Dias, et al., 2018; Olivier, et al., 2018; ASI, 2018):

As barreiras identificadas pelos imigrantes foram as seguintes:

1) <u>Burocráticas/legislativas</u>

- Ausência de conhecimento sobre a legislação em vigor que permite o acesso ao SNS por parte dos imigrantes, de acordo com a própria situação administrativa (regularizado ou em situação irregular);
- Falta de informação sobre os seus direitos e deveres;
- Falta do atestado de residência (documento disponibilizado pela Junta de Freguesia);
- Falta de inscrição no SNS.

[39] http://www.saudesembarreiras.com/pt/project

2) Financeira

Incapacidade financeira de pagar as taxas moderadoras, exames, consultas, caso necessite de cuidados para além dos cuidados de urgência hospitalar ou outros cuidados de saúde que não sejam totalmente comparticipados pelo Estado.

3) Medos/receios

- Receio de aceder aos serviços de saúde e ser identificado e extraditado pelo SEF devido à situação irregular no país.
- Estigma, auto estigma e discriminação
- Desconfiança face aos profissionais de saúde.

4) Linguísticas e culturais

- Dificuldade de comunicar com os profissionais de saúde, particularmente no expressar dos sintomas e no reconhecer da doença;
- Crenças e tradições religiosas.

5) Outras

- Estar sozinho em Portugal;
- Habitação longe dos serviços de saúde;
- Discriminação racial e ética;
- Demora no atendimento

Os imigrantes também reconhecem que os administrativos dos Centros de Saúde e hospitais são uma das principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde, sendo estes: menos atenciosos, menos compreensivos sobre os seus problemas e os que mais discriminam[40].

A perspetiva dos **profissionais de saúde** sobre as barreiras no acesso aos serviços de saúde por parte da população imigrante são as mesmas que as anteriores, acrescentando outras tais como:

- Diferente perceção de saúde e doença em relação aos profissionais de saúde;
- Mudança constante do local de residência;
- Falta de apoio social;
- Tempo de espera entre a marcação da consulta e ser consultado.

Os profissionais de saúde também reconhecem que existem algumas dificuldades para trabalhar com a comunidade imigrante na promoção do acesso aos serviços de saúde, como:

[40] Segundo ONUSIDA, as organizações de base comunitárias possuem um papel importante no combate a discriminação e estigma entre as populações-chave: pessoas que injetam drogas, trabalhadores do sexo, homens que tem sexo com homens, migrantes e presidiários, podendo assim ajudar a diminuir a discriminação dentro dos serviços de saúde (UNAIDS 2018, 275).

- Ausência de conhecimento sobre a legislação em vigor que permite o acesso ao SNS por parte dos imigrantes;
- Constrangimentos informáticos/dificuldade em utilizar a plataforma informática para inscrever os imigrantes no SNS;
- Dificuldade em solicitar o pedido de isenção para os imigrantes em situação de exclusão social e carência económica;
- Linguísticas e culturais;
- Competências sociais e culturais reduzidas para o atendimento;
- Horário de funcionamento dos serviços de saúde;
- Ausência de intérpretes nos serviços de saúde;

As dificuldades apresentadas nos estudos nacionais referentes às barreiras enfrentadas pelos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde em Portugal não são diferentes dos resultados apresentados nos estudos internacionais sobre as dificuldades enfrentadas pelos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde (Jaramillo, 2007; Alessandra, 2016; OCDE, 2017; BMJ, 2019; Chiarenza, et al., 2019; OIM, 2019a), ou seja, os imigrantes residentes em Portugal ou em outro país da União Europeia, América do Norte, África … se deparam maioritariamente com as mesmas barreiras no país de residência, como: a burocracia, o estar em situação irregular/indocumentado, a insuficiência económica, a falta de seguro, a falta de intérpretes, as dificuldades de compreensão de alguns problemas de saúde (por exemplo, diabetes), a falta de conhecimento do sistema de saúde do país de residência e dos direitos de acesso aos cuidados de saúde, o medo de realizar alguns testes de saúde (por exemplo, o do VIH), a religião, o isolamento social, a discriminação,a falta de literacia em saúde, entre outras barreiras que dificultem ou impeçam o acesso aos cuidados de saúde.

Segundo um estudo realizado por Huber e Stanciole (2009), os migrantes recém-chegados, requerentes de asilo, refugiados, minorias étnicas e imigrantes indocumentados são os grupos de imigrantes que possuem maiores riscos de pobreza e exclusão social, fazendo com que estas populações apresentem uma maior dificuldade em aceder aos cuidados de saúde e não tenham respostas às suas necessidades económicas, sociais e de saúde. O impedimento do acesso aos cuidados de saúde está geralmente influenciado pelo seu estatuto administrativo no país, tendo um acesso mais facilitado quando está em situação regular, e impossibilitado de usufruir os serviços de saúde quando se encontra em situação irregular (OIM, 2017).

As ONGs desempenham um papel de intermediário entre os imigrantes e os cuidados de saúde, principalmente as ONGs com atividades direcionadas a população imigrante e/ou

ONGs que possuem serviços de saúde onde os imigrantes conseguem beneficiar dos serviços prestados, independente de estarem em situação regular ou irregular no país de residência. Ao apoiar os imigrantes no acesso aos cuidados de saúde, elas conseguem minimizar as barreiras referidas anteriormente através das seguintes atividades:

- Partilha de informações sobre os direitos e limitações no acesso aos cuidados de saúde;
- Esclarecimento sobre os procedimentos e documentos que devem ser apresentados para beneficiarem dos serviços de saúde;
- Referenciação para serviços de saúde pública, exemplo, serviço de infeciologia, cardiologia e hepatologia.
- Apoio na comunicação com os profissionais de saúde através de tradutores e mediadores de pares;
- Desenvolvimento de projetos e serviços que tenham como objetivo promover o acesso e usufruto dos cuidados de saúde no país de residência, através do apoio social, económico, jurídico e psicológico.

Ao trabalharem diretamente com a população imigrante especialmente os imigrantes em situação irregular, as ONGs conseguem avaliar as necessidades enfrentadas pelos mesmos, desenvolver serviços que proporcionem respostas diretas e eficazes aos problemas identificados, assim como realizar pressão política e social para o desenvolvimento de novas políticas, linhas de financiamento e desenvolvimento de serviços que facilitem o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde (PICUM, 2007; Karl-Trummer, 2010; FRA, 2011; ERS, 2015; Chiarenza, et al., 2019).

Diversas recomendações são sugeridas para facilitar o acesso dos imigrantes nos cuidados de saúde, como:

- Desenvolver políticas que garantam o acesso direto aos cuidados de saúde sem a exigência de apresentação de documentos diversos (Exemplo: Título de Residência, seguro de saúde e comprovativo de morada);
- Envolver os imigrantes nos processos de decisão de novas políticas referentes à imigração;
- Disponibilizar mais informação para os imigrantes sobre os seus direitos no acesso aos cuidados de saúde

- Implementar formação para os profissionais de saúde sobre os direitos dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde:
- Criar mais equipas de mediadores de pares nos serviços de saúde para aprimorar a comunicação entre os imigrantes e profissionais de saúde, ou seja, contratar mais membros das diferentes comunidades para prestar um serviço de maior proximidade e diversidade dentro dos serviços de saúde.

Em suma, verifica-se que as barreiras enfrentadas no acesso aos cuidados de saúde não são apenas identificadas no território nacional, estudos internacionais identificam maioritariamente as mesmas barreiras enfrentadas pelos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde. Os imigrantes em situação de maior vulnerabilidade, especialmente os que estão em situação irregular e situação económica e social precária, são os que mais identificam dificuldades no acesso aos cuidados de saúde.

Apesar das ONGs desempenharem um papel fundamental no apoio ao acesso aos cuidados de saúde, continua a ser necessário o desenvolvimento de políticas mais inclusivas e menos burocráticas que garantam o acesso aos cuidados de saúde para os imigrantes, em especial os para os imigrantes em situação irregular.

Dependendo do problema de saúde do imigrante, o não acesso aos cuidados de saúde pode levar a precariedade do estado de saúde e até a morte do mesmo, como é o caso do VIH. Tema este que será desenvolvido no próximo capítulo com maior profundidade.

Capítulo 3: Imigração e VIH

Neste capítulo será realizado uma abordagem geral sobre o VIH através de um enquadramento epidemiológico no Mundo, Europa e Portugal, por fim uma reflexão sobre a migração e VIH em Portugal.

3.1) VIH: Enquadramento epidemiológico

Os primeiros sinais do que viria a ser designado como SIDA começou a ser mencionado oficiosamente a 5 de junho de 1981 após a publicação de um artigo pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) em Atlanta nos Estados Unidos. O artigo mencionou 5 casos em Los Angeles de pessoas com um tipo específico de pneumonia, conhecida nos dias de hoje como *Pneumocystis jiroveci*, afetando gravemente o sistema imunológico. Em 1982, o Brasil, a Austrália e vários países europeus e africanos também anunciaram os primeiros casos de SIDA, fazendo com que o fenómeno tivesse uma repercussão mundial, passando assim a ser reconhecido como uma ameaça à saúde pública a nível mundial (Antunes, 2011) . Portugal identificou os primeiros casos no país em 1986. Os primeiros anos foram desastrosos, milhares de pessoas morreram devido a falta de tratamento eficaz (DGS, 2018).

Neste capítulo pretende-se explicar sucintamente o que é o VIH e o SIDA e quais são as suas diferenças. O VIH significa Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), que tem como função destruir as células do sistema imunológico. Com o sistema imunológico baixo o organismo torna-se mais vulnerável aos tumores e infeções. A SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é o estado avançado do vírus do VIH, estádio onde se verifica uma perda muito considerada das células que protegem o sistema imunitário (linfócitos TCD4+).

Uma pessoa infetada pelo vírus do VIH, se não for tratada, pode demorar anos até evoluir para o estado de SIDA. Ao chegar a esse estado, com o sistema imunológico baixo o organismo fica mais frágil ao surgimento de tumores e diferentes tipos de infeções, como a tuberculose, o sarcoma de Kaposi, entre outros (SER+, 2019).

A falta de conhecimento sobre o VIH pela população geral faz com que sejam criados certos mitos sobre os seus modos de transmissão, por exemplo, através da picada de mosquitos e ou a partilha de utensílios de cozinhas (Dias, et al., 2004). Na realidade, o VIH é transmitido por troca de fluidos corporais (sangue, leite materno, secreção vaginal e sêmen), partilha de seringa e outros materiais cortantes que contenham fluidos corporais, transfusão ou

hemoderivados (casos raros) e transmissão vertical que é o caso de mãe para o filho durante a gravidez e parto (UNAIDS, 2017).

As infeções pelo VIH ocorrem na sua grande maioria por via sexual (INSA, 2018), não se transmitindo pelo abraço, beijo, aperto de mão, suor, picada de inseto, partilha de sabonetes, toalhas, lençóis ou partilhar a mesma piscina ou outras situações que não envolvam o que já foi referido no parágrafo anterior (UNAIDS, 2017).

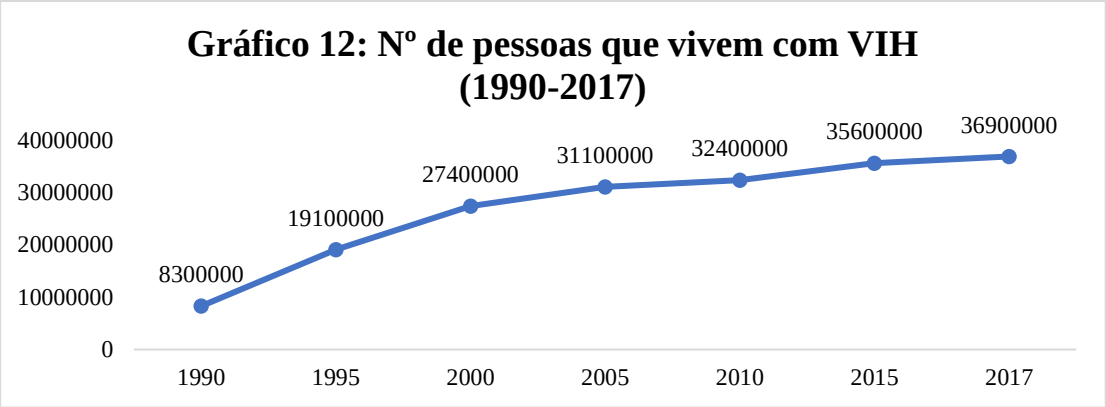
O VIH não tem cura, mas tem tratamento. O tratamento antirretroviral é atualmente a terapêutica que combina três ou mais medicamentos para combater o vírus (GAT, 2014). Se o tratamento for seguido rigorosamente, o vírus acaba por ser suprimido, ou seja, a carga viral torna-se muito reduzida no corpo da pessoa infetada, fazendo com que a mesma não atinja o estado de SIDA, evitando a transmissão para outras pessoas e reduzindo as hipóteses de surgirem complicações de saúde relacionados com o vírus (Antunes, 2019).

Após 20 anos de evolução dos tratamentos antirretrovirais e a demonstração da sua eficácia na redução da transição, está comprovado após a realização de vários estudos (Spanish Cohort, 2005, Swiss Statement 2008, HPTN 052, 2011, PARTNER, 2014, Opposites Attract, 2017 e PARTNER2, 2018)[41] com casais sorodiscordantes (quando um dos parceiros vive com a infeção e outro não), e que quando uma pessoa com mais de 6 meses em tratamento e com carga viral indetetável não transmite o vírus, ou seja, estar indetetável é igual estar intransmissível (UNAIDS,2018).

3.2 VIH: Mundo

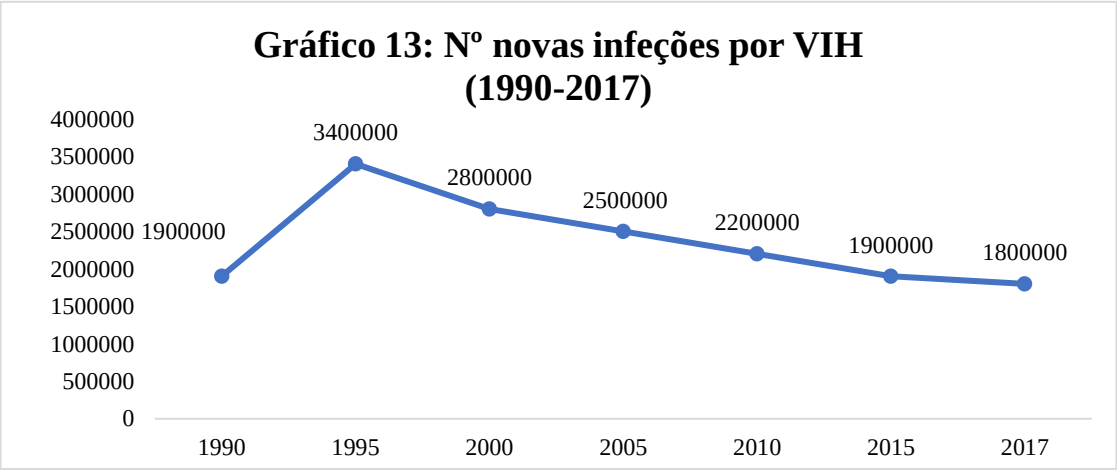
Desde o início da pandemia nos anos 80 cerca de 77 milhões de pessoas foram infetadas pelo VIH. Quase quatro décadas depois (2017) 36.9 milhões de pessoas estão a viver com VIH em todo mundo (UNAIDS, 2019) (Ver Gráfico 12).

[41] Para mais informações sobre os estudos referidos, favor aceder o link: http://i-base.info/htb/32308



Fonte: UNAIDS 2019a[42]

O número de novas infeções pelo VIH tem vindo paulatinamente a diminuir. O ano de 1995 foi aquele com o maior número de novos casos já registrados desde o início da recolha dos dados estatísticos pela UNAIDS. Em 2017, foram reportados 1.800.000 milhões de novos casos, aproximadamente 5 mil novas infeções por dia (Ver Gráfico 13).

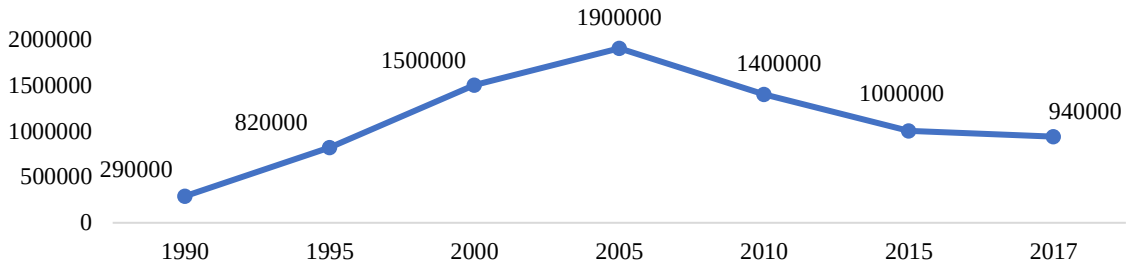


Fonte: Fonte: UNAIDS, 2019a[43]

Desde o início da pandemia, mais de 35.4 milhões de pessoas morreram devido ao vírus do VIH (UNAIDS, 2018a). Em 2017, 940.000 pessoas morreram com algum problema de saúde relacionado com a SIDA, menos de 1.96 milhões de pessoas se comparado com o número de mortes na década de 90 (Ver Gráfico 14).

[42] Nota: Não foram identificados dados reportados pela UNAIDS sobre o número de pessoas a viver com VIH nos anos 80
[43] Nota: Não foram identificados dados reportados pela UNAIDS sobre o número de novas infeções nos anos 80.

Gráfico 14: Nº de óbitos de pessoas em estado de SIDA (1990-2017)

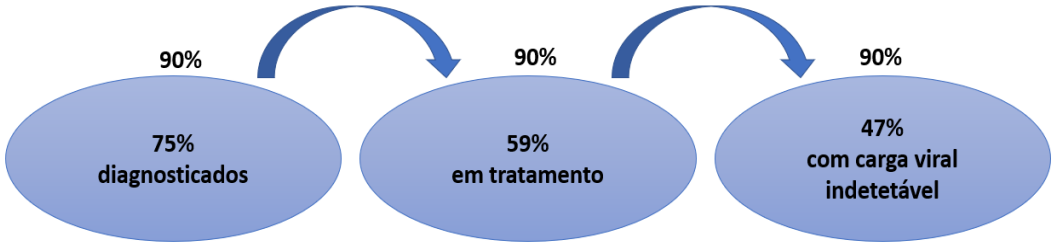


Fonte: ONUSIDA, 2018a[44]

Em 2017, 31.5 milhões de adultos (≥15 anos) e 1.8 milhões de crianças (<15 anos) vivem com VIH. Grande parte das crianças infetadas pelo VIH nasceram na África subsariana e foram infetados pelas mães durante a gravidez, parto ou amamentação (ONUSIDA, 2018a).

De acordo com as metas da ONUSIDA, 90 90 90[45], em 2017 75% das pessoas que vivem com VIH sabem que estão infetados pelo vírus, e 25% (aproximadamente 9.4 milhões) não possuem o diagnóstico, ou seja, não sabem que vivem com o vírus. Dos que já sabem do seu diagnóstico, 59% possuem acesso ao tratamento e 47% estão com a carga viral indetetável (Ver Imagem 1).

Imagem 1: Resultados das metas da UNAIDS 90 90 90 de 2017

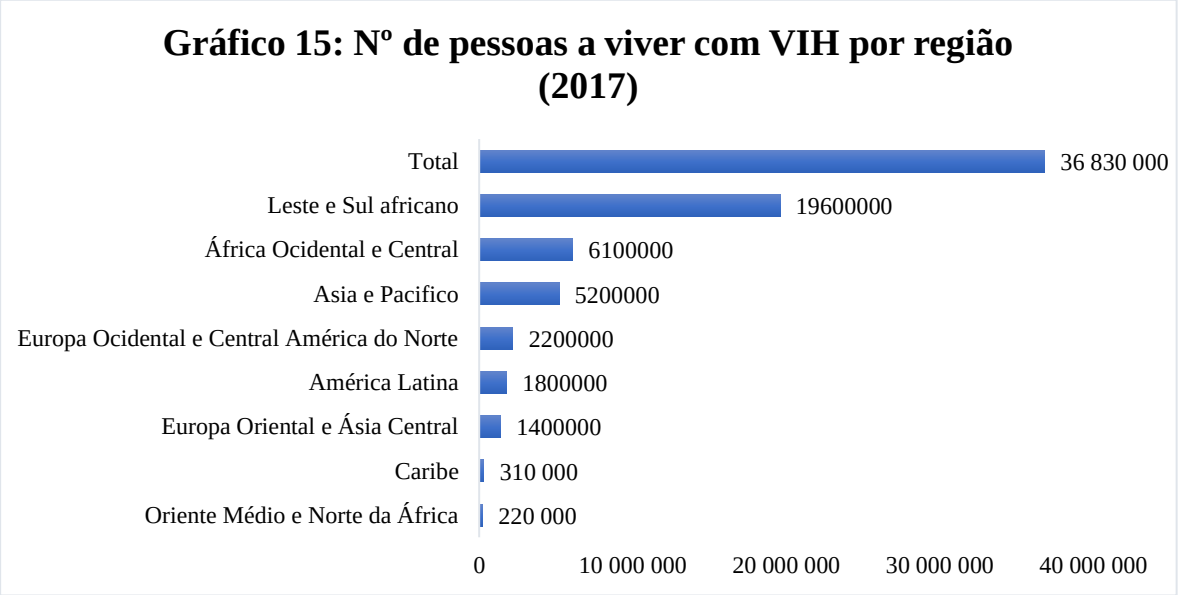


Fonte: UNAIDS, 2018a

Relativamente ao número de pessoas por região que vivem com VIH, verifica-se que todo o continente africano (exceto a zona norte) é aquele mais afetado pelo VIH, representando mais de 50% dos casos em todo mundo. A parte mais afetada deste continente é a região Leste e o Sul com 19.6 milhões de pessoas a viver com VIH. O Caribe, o Médio Oriente e o Norte de

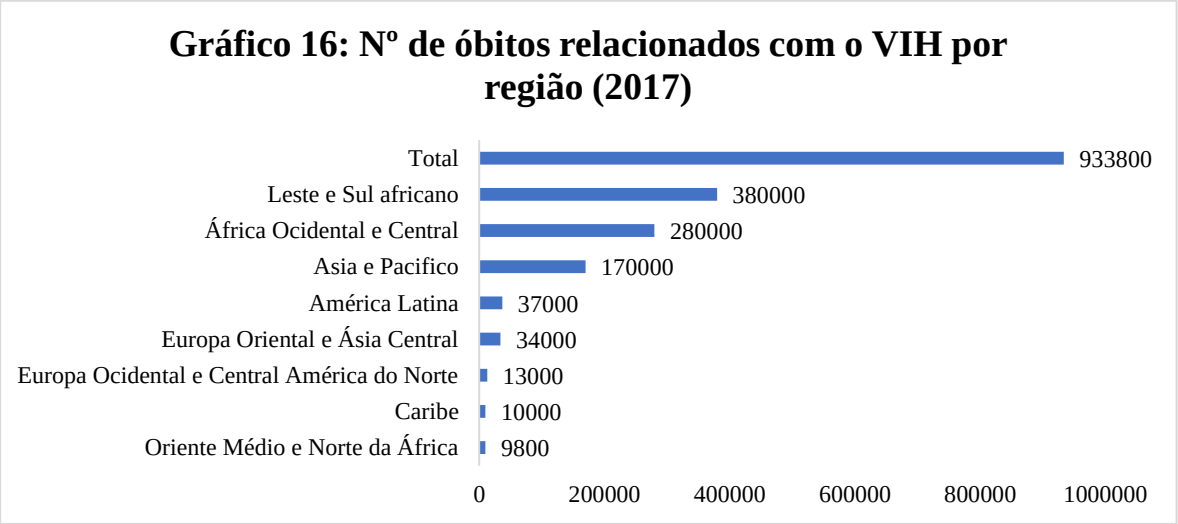
[44] Nota: Não foram identificados dados reportados pela UNAIDS sobre o número de óbitos de pessoas em estado de SIDA nos anos 80.
[45] Metas da ONUSIDA 90 90 90. A UNAIDS tem como objetivo até 2020 atingir as seguintes metas: 90% das pessoas que vivem com VIH diagnosticadas, 90% das pessoas diagnosticadas com acesso ao tratamento e 90% das pessoas em tratamento com a carga viral indetetável.

África são as regiões que representam o menor registo de pessoas a viver com VIH (Ver Gráfico 15).



Fonte: UNAIDS, 2018a

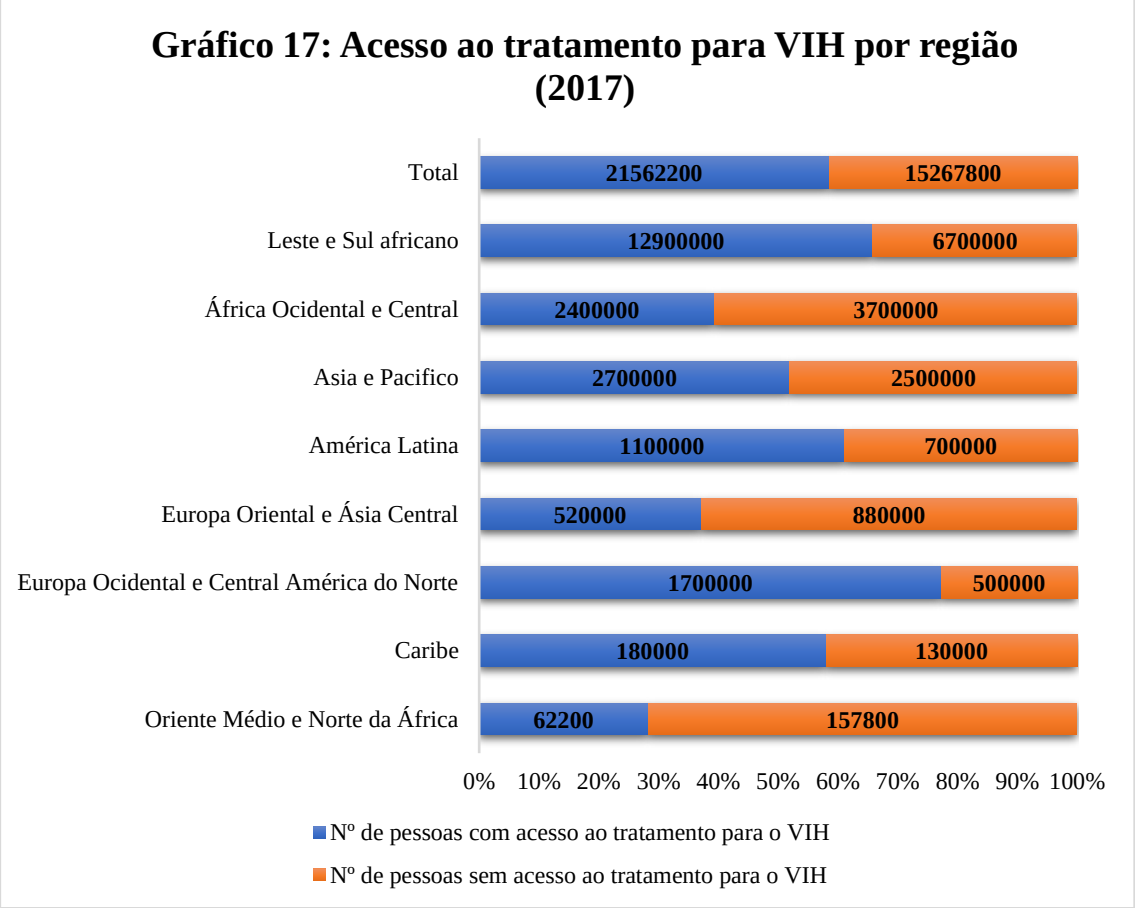
Em relação ao número de óbitos ocorridos em 2017, o Leste e Sul de África são as regiões onde se registaram o maior número de mortes relacionadas com o VIH (380 mil). O Caribe, o Médio Oriente e o Norte de África por possuírem estatisticamente um menor número de pessoas a viver com a infeção (Ver Gráfico 16).



Fonte: UNAIDS, 2018a

O número de mortes está estritamente associado ao acesso ao tratamento para o VIH. Segundo os dados apresentados no gráfico 17, quase 16 milhões de pessoas não possuem acesso ao tratamento para o VIH. As três regiões que possuem menor acesso ao tratamento para o VIH em números absolutos são: o Leste e o Sul-africano com quase 7 milhões, seguidos de África

Ocidental e Central com 3,7 milhões e a Ásia e o Pacífico com 2,5 milhões. A Europa Ocidental e Central e a América do Norte são as regiões com maior acesso ao tratamento para o VIH (80%) relativamente ao número de pessoas a viver com a infeção nestas regiões.



Fonte: UNAIDS,2018a

Ao analisar em conjunto os últimos três gráficos (Gráficos 15, 16 e 17) verifica-se que as regiões onde habitam o maior número de pessoas infetadas também são as regiões com acesso reduzido ao tratamento e com o maior número de óbitos relacionados com VIH.

Relativamente à migração e o VIH, nem todos os países permitem a entrada de pessoas que vivem com a infeção (Exemplo: Jordânia, Iraque, Irão e Emirados Árabes Unidos), enquanto outros países têm diferentes restrições de acesso para curta e longa duração (Exemplo: Egito, Coreia do Sul e Rússia). Muitos países não têm restrições de acesso ao país, mas sim no acesso à medicação para o VIH (Exemplo: Alemanha, Hungria e Estados Unidos da América)[46].

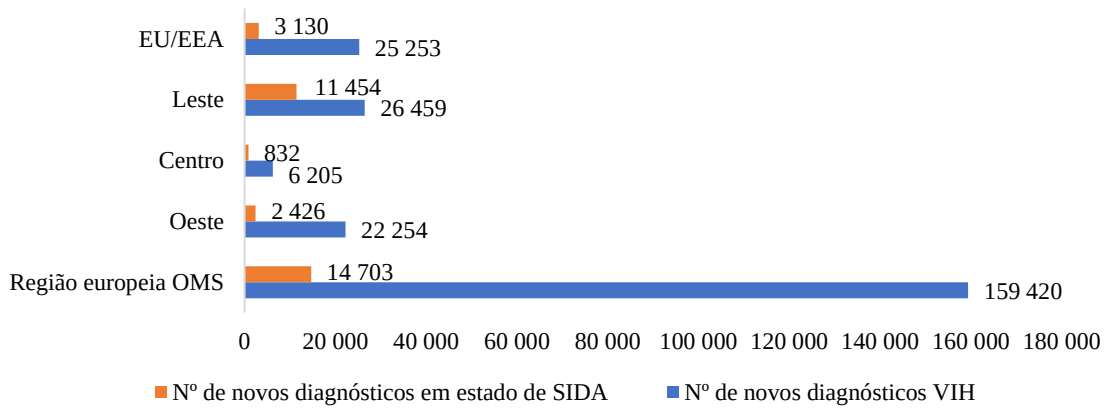
[46] As informações sobre as restrições de entrada, estadia e acesso ao tratamento para o VIH de cada país está disponível no website http://www.hivtravel.org.

3.3) VIH: Europa

De acordo com o relatório de 2018 - HIV/AIDS "Surveillance in Europe" do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), organismo da União Europeia (UE) responsável pela recolha e análise de dados sobre doenças (incluindo o VIH e SIDA) de 53 países pertencentes a Organização Mundial da Saúde (OMS) Europa[47], referem que o VIH e SIDA continua a ser um desafio.

Em 2017 foram identificados cerca de 159.420 mil novos casos de VIH e SIDA, reportado por 50 países dos 53 que fazem parte da OMS da zona europeia. O Leste Europeu é a região que apresenta o maior número (26.459) de novos diagnósticos de VIH , onde 11.459 pessoas foram diagnosticadas já em estado de SIDA. A UE/EEE é a segunda região da OMS Europa com o maior número de casos, com 25.235 novos casos de VIH, onde destes 3130 foram diagnosticados em estado de SIDA (Ver Gráfico 18).

Gráfico 18: Nº de novos diagnósticos VIH e SIDA por região, OMS (2017)



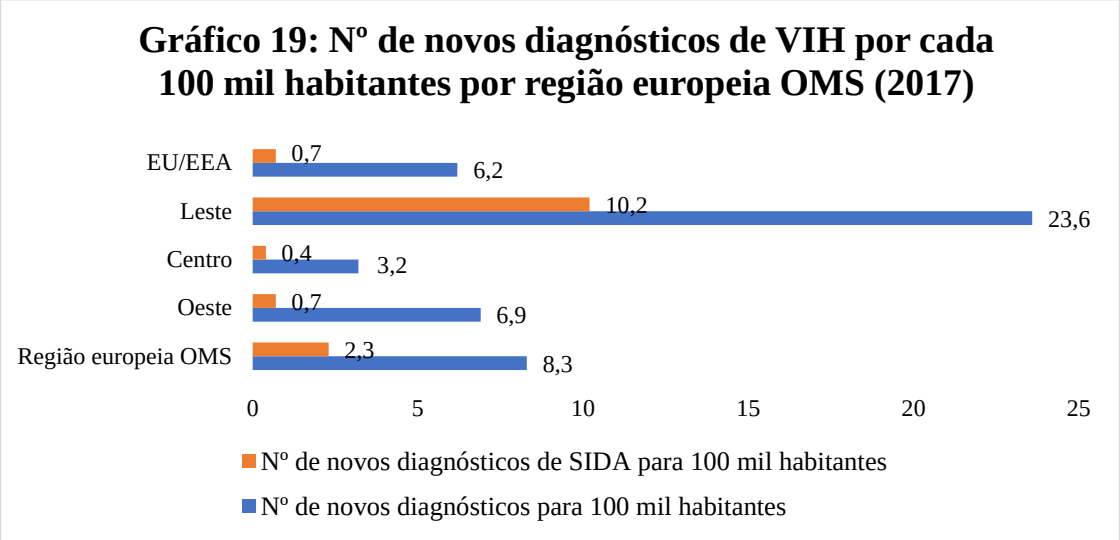
Fonte: ECDC, 2018[48]

Ao analisar os novos diagnósticos de VIH e SIDA por cada 100 mil habitantes, constata-se que os países de Leste possuem os valores mais elevados. No Leste europeu, para cada 100 mil habitantes em 2017, 26,3% pessoas foram diagnosticadas com VIH e destas 10,2% já estavam em estado de SIDA. Em relação à Região europeia da OMS verifica-se que para cada

[47] Países da OMS Europa: Albânia, Andorra, Arménia, Áustria, Azerbaijão, Bielorrússia, Bélgica, Bósnia e Herzegovina, Bulgária, Croácia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Geórgia, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Cazaquistão, Quirguistão, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Mônaco, Montenegro, Holanda do Norte, Noruega, Polônia, Portugal, República da Moldávia, Romênia, Federação Russa, San Marino, Sérvia, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Suécia, Suíça, Tadjiquistão, Turquia, Turquemenistão, Ucrânia, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, Uzbequistão.

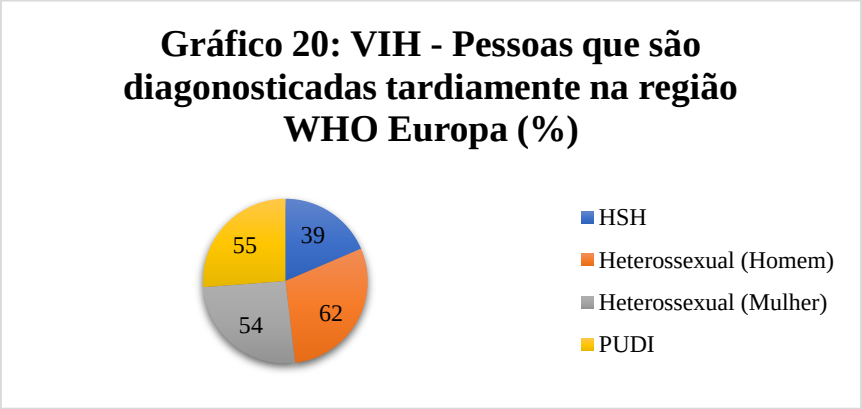
[48] Devido a problemas técnicos a Alemanha não reportou os dados para ECDC e a Federação Russa não disponibilizou dados oficiais.

100 mil pessoas 8,3 são diagnosticadas com VIH e destas 2,3 já estão em estado de SIDA (Ver Gráfico 19).



Fonte: ECDC, 2018[49]

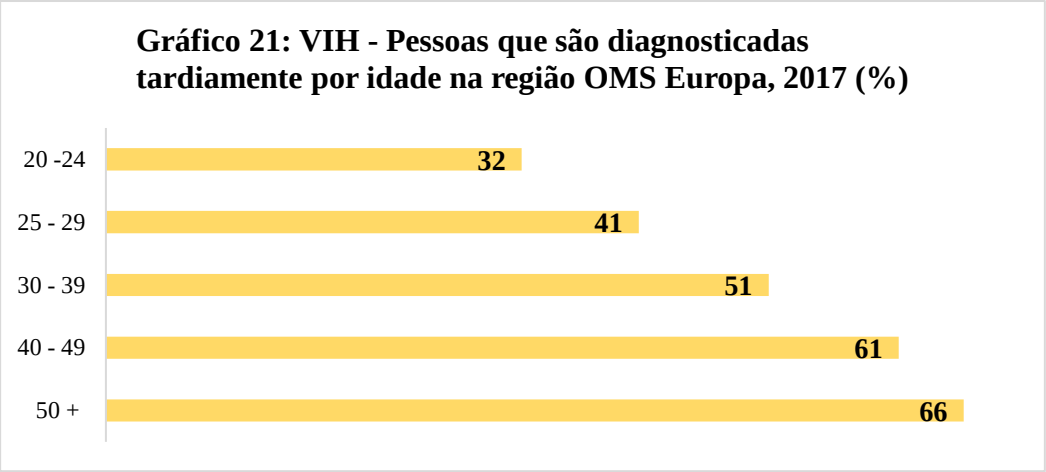
Mais da metade da população infetada na área em análise é diagnosticada tardiamente, 62% dos homens heterossexuais, 55% das Pessoas Usuárias de Drogas (PUDI), 54% das mulheres heterossexuais e 39% dos homossexuais. (Ver Gráfico 20).



Fonte: OMS, 2018

Em relação à faixa etária, segundo os dados apresentados, a partir dos 30 anos, mais de 50% da população é diagnosticada tardiamente com VIH. Quanto maior é a idade mais tardio é feito o diagnóstico, ou seja, 66% das pessoas com 50 anos ou mais obteve um diagnóstico tardio (Ver Gráfico 21), situação que pode aumentar o risco de chegar ao estado SIDA, agravando severamente o estado de saúde e aumentando o risco de morte, caso o mesmo não seja identificado e tratado (OMS, 2018).

[49] Devido a problemas técnicos a Alemanha não reportou os dados para ECDC e a Federação Russa não disponibilizou dados oficiais.



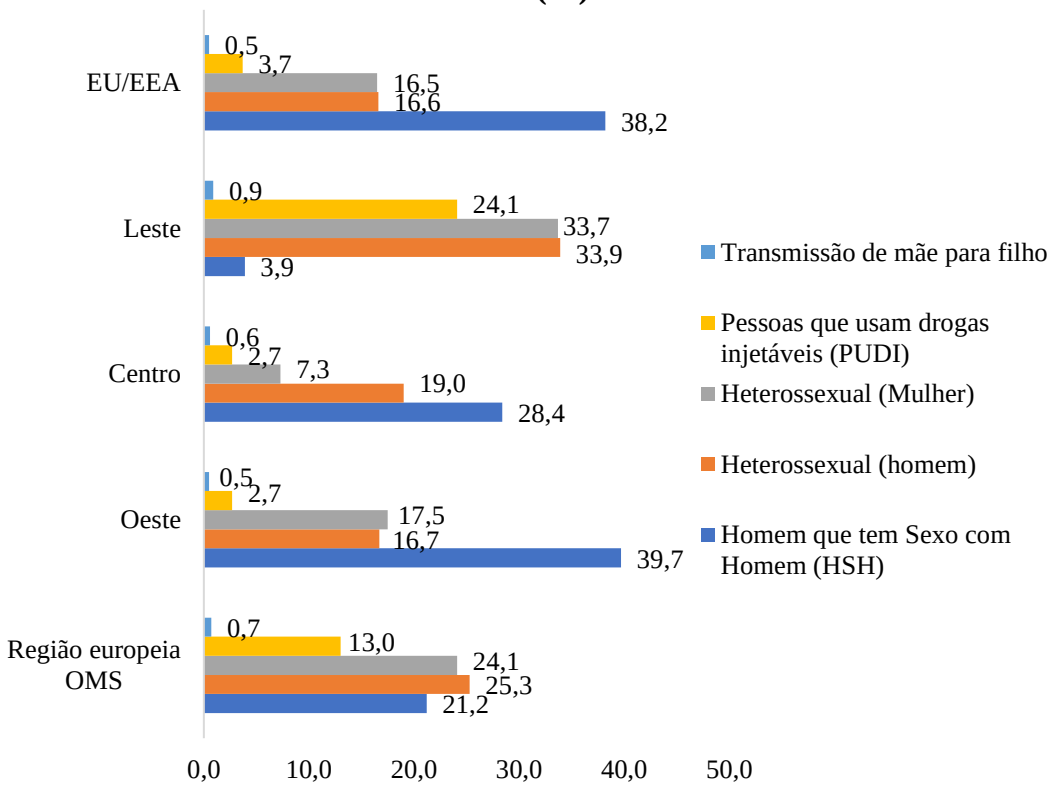
Fonte: OMS, 2018[50]

Relativamente ao modo de transmissão, constata-se que a transmissão por via sexual é a mais numericamente expressiva em todas as regiões da OMS. Na Europa 49,4 % das novas infeções ocorreram através de relações heterossexuais (Homens, 25,3%; Mulheres, 24,1%), seguidos das relações homossexuais (21,2%), pessoas que usam drogas injetáveis (13%) e transição de mãe para filho (0,7%) (Ver Gráfico 20).

Ao analisar por regiões, verifica-se que a transmissão homossexual (homens que têm sexo com homens) possuem números mais expressivos na UE/EEE (38,2%), Centro europeu (28,4%) e Oeste europeu (39,7%), enquanto nos países de Leste, as transmissões ocorrem maioritariamente através de relacionamentos heterossexuais, representando cerca de 67,7% das novas infeções (33,9% homens heterossexuais e 33,7% mulheres heterossexuais) (Ver Gráfico 22).

[50] A escala dos dados está de acordo com o infográfico apresentado pela OMS.

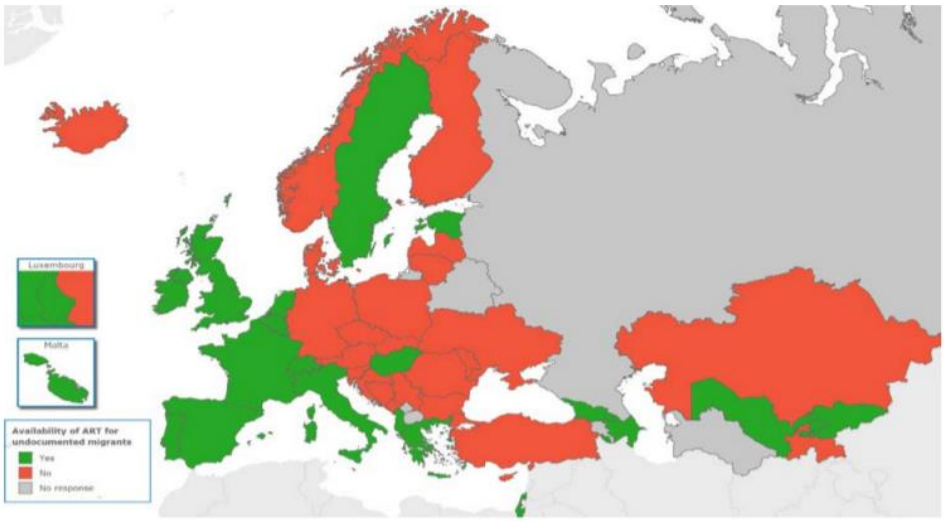
Gráfico 22: Modos de transmissão - Região Europeia OMS, 2017 (%)



Fonte : ECDC, 2018

Relativamente ao acesso ao tratamento do VIH na região da OMS Europa, verifica-se que nem todos os países disponibilizam o tratamento para o VIH aos imigrantes, especialmente aqueles em situação irregular. No mapa que se segue (Ver Mapa 2), a cor verde representa os países que que disponibilizam o tratamento para os imigrantes em situação irregular, enquanto a cor vermelha, representa os países que não disponibilizam a medicação para os imigrantes em situação irregular. O sul da Europa, Irlanda, Reino Unido, Suécia e outros países representados na cor verde, apesar de exigirem alguns documentos aos imigrantes, como inscrição no centro de saúde, comprovativo do local de residência e outros documentos que por vezes torna o processo de acesso ao tratamento burocrático, os mesmos conseguem aceder ao tratamento, ao contrário de países como Islândia, Noruega, Alemanha, Ucrânia, e entre outros países assinalados pela cor vermelha, que não garantem o acesso ao tratamento para imigrantes com situação irregular ou por vezes exigem a apresentação de um seguro de saúde para conseguir aceder aos cuidados de saúde para o VIH.

Mapa 2: Disponibilização e medicamento Antirretroviral para os imigrantes em situação irregular (2016)



Fonte: ECDC, 2017a[51]

Em síntese, verifica-se que as zonas da OMS Europa possuem realidades diferentes se estratificarmos esta área por regiões. Os países de Leste são os que apresentam um maior número de novos casos de VIH e a transmissão ocorre principalmente por relações sexuais entre heterossexuais, enquanto na UE/EEE, Oeste e Centro europeu, apresentam um menor número de novas infeções e a transmissão ocorre maioritariamente por relações sexuais entre homens.

Em relação aos diagnósticos tardios, verifica-se que os heterossexuais e usuários de drogas injetáveis são os que recebem o diagnóstico mais tardiamente comparativamente aos homossexuais, como também quando maior idoso for o grupo etário mais tardio é o diagnóstico. Já em relação à dispensa do medicamento para o VIH, constata-se que nem todos os países disponibilizam o tratamento para o VIH para os imigrantes, em especial para os imigrantes em situação irregular. Interessante seria questionar os países que não oferecem a mediação para os imigrantes em situação irregular, o que fazem com estas pessoas e qual a situação de saúde dos mesmos?

3.3.1 VIH e a Migração na União Europeia e no Espaço Económico Europeu

Os imigrantes infetados pelo VIH, são maioritariamente infetados na pós-migração, ou seja, são infetados do VIH no percurso até ao país de destino ou no país de destino, sendo

[51] Fonte: Imagem capturada do relatorio - HIV treatment and care - Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report (ECDC 2017, p.5)

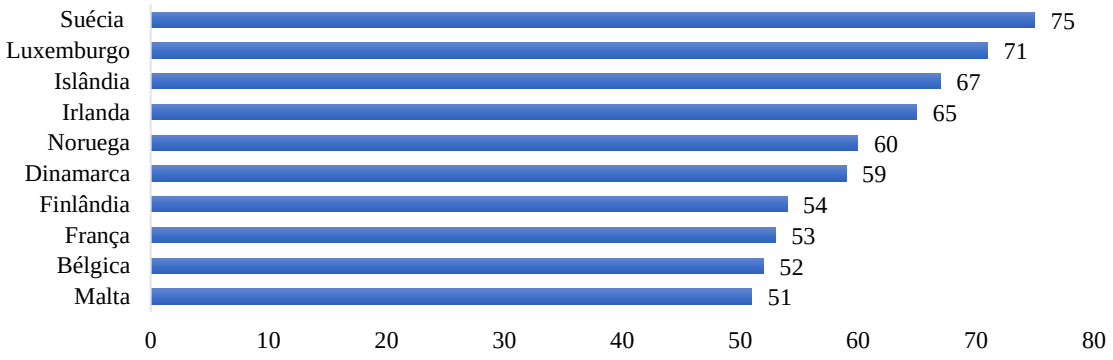
recomendando aos países da UE/EEE o desenvolvimento de políticas e estratégias de prevenção e acesso aos cuidados de saúde para população migrante, no âmbito de poder diminuir os riscos de infeção do VIH e garantir o acesso ao tratamento para todas às pessoas infetadas pelo VIH (ECDC, 2018).

Algumas comunidades africanas na Europa referem que a taxa de realização do teste de VIH é reduzida e a perceção do risco de infeção é baixa. Existe falta de informação sobre saúde sexual e locais onde se possa realizar o teste do VIH, fazendo com que alguns membros destas comunidades cheguem aos cuidados de saúde num estado muito avançado da doença comparativamente aos não migrantes, sendo necessário ter uma especial atenção a este grupo (Dias, 2015)

Os dados de VIH/SIDA e migração[52], segundo o relatório do ECDC (2018) mostram que 37% dos novos casos de VIH/SIDA nos países da UE/EEE[53] foram em pessoas que nasceram fora do país de receção, ou seja, não nasceram no país de residência.

Os migrantes representavam em 2017 mais de 50% das novas infeções em 10 países da UE/EEE (Ver Gráfico 23).

Gráfico 23: Países da UE/EEE com > de 50% dos novos diagnósticos de VIH representado pela população migrante 2017 (%)



Fonte: ECDC, 2017a

Os migrantes provenientes de países onde a prevalência é elevada, exemplo Suazilândia, África do Sul e Moçambique[54] continuam com risco de serem infetados pelo vírus mesmo

[52] Migração neste relatório foi definido como: pessoas que não nasceram no país de reporte (HIV and migrants - monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership HIV/AIDS in Europe and Central Asia, 2017 Progress Report).
[53] 28 Estados-Membros da UE, a Noruega, a Islândia e o Liechtenstein: https://infoeuropa.eurocid.pt/files/database/000078001-000079000/000078807.pdf
[54] Verificar lista: https://www.indexmundi.com/map/?v=32&l=pt

após chegarem à UE/EEE (ECDC, 2017a). Cerca de 16 países[55] da UE/EEE reconhecem falhas nos serviços de prevenção para estas comunidades provenientes de países com alta prevalência de infeção. Outros 20 países, quando partilharam os seus dados com a ECDC (na sua grande maioria países da UE/EEE), reconhecem a falta de serviços disponíveis para os migrantes indocumentados, sendo estes os mais afetados com a falta de serviço de prevenção[56].

O número de testes realizados na população migrante é baixo, havendo apenas 7 países da EU/EEE[57] que possuem dados sobre o número de testes realizados na população migrante. Apenas a Grécia possui dados sobre testes realizados nos migrantes indocumentados.

Os migrantes possuem uma maior probabilidade de terem diagnóstico tardio[58] (50% dos casos diagnosticados nos migrantes da UE/EEE). Alguns grupos de migrantes são diagnosticados mais tardiamente do que outros, como os migrantes provenientes da África subsariana, o sul e o sudoeste africano (ECDC, 2017a).

A falta de serviços disponíveis para prevenção e diagnóstico na população migrante reflete no diagnóstico tardio da infeção. Em 2017, 12 países[59] reportaram falta de serviços de teste de rastreio para população migrantes e 17 países[60] (incluindo Portugal), reportaram a falta de serviços de testes de rastreio para os imigrantes indocumentados. (ECDC, 2017a)

Foram identificados vários fatores explicativos para esta lacuna nos países da UE/EEE:

- Falta de financiamento para promover testes junto das comunidades migrantes;
- Falta de serviços de base comunitárias para realizar testes;
- Falta de qualificação profissional;
- Estigma e discriminação por parte dos imigrantes para fazer teste e por parte dos profissionais de saúde em realizar o teste;
- Medo dos imigrantes em receber um resultado reativo.

[55] Áustria, República Checa, Chipre, Finlândia, França, Geórgia, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Cazaquistão, Kosovo, Quirguistão, Malta, Noruega e Suécia.
[56] Áustria, Azerbaijão, República Checa, Chipre, Finlândia, França, Geórgia, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Cazaquistão, Kosovo, Malta, Holanda, Noruega, Polônia, Suécia, Suíça e Ucrânia
[57] Áustria, Bélgica, França, Grécia, Hungria, Portugal e Suécia
[58] Diagnóstico tardio VIH - Com células CD4 (células) responsável pelo sistema imunitário) inferior a 350 cópias por 100 mililitros de sangue. Considerado em estado de SIDA.
[59] Croácia, Chipre, Finlândia, Geórgia, Irlanda, Itália, Cazaquistão, Lituânia, Holanda, Suécia, Suíça e Ucrânia.
[60] Áustria, Azerbaijão, Bélgica, Croácia, Finlândia, Geórgia, Alemanha, Irlanda, Itália, Cazaquistão, Lituânia, Holanda, Noruega, Portugal, Suécia, Suíça e Ucrânia.

Os migrantes indocumentados, para além de enfrentarem a falta de serviços de prevenção e testes, também possuem dificuldades em aceder à medicação antirretroviral quando são diagnosticados com VIH.

Apenas 14 países da região UE/EEE[61] reportaram a disponibilidade de medicamento antirretroviral para os migrantes indocumentados, como Portugal, Espanha, França, Inglaterra, Irlanda e Grécia. Países como Alemanha, Finlândia e Noruega não garantem acesso direto ao tratamento para os migrantes, sendo exigido por vezes seguros de saúde ou outros documentos que acabam por dificultar o acesso ao tratamento para os imigrantes em situação de maior fragilidade económica e social (ECDC, 2017a).

3.4 VIH: Portugal

Os dados sobre VIH e SIDA em Portugal são recolhidos por diversas instituições: hospitais, centros de saúde, ONGs, entre outras. As notificações dos novos casos de VIH são realizadas pelos profissionais de saúde através do SIVIDA[62]. Os dados do SIVIDA são analisados e reportados anualmente pela Direção Geral da Saúde (DGS) e pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). Apesar da DGS e o INSA analisarem os mesmos dados, o relatório anual sobre o VIH e a SIDA não apresenta os mesmos números devido ao período em análise, já que a última instituição pública numa data posterior possui dados mais atualizados, objeto de análise desta dissertação.

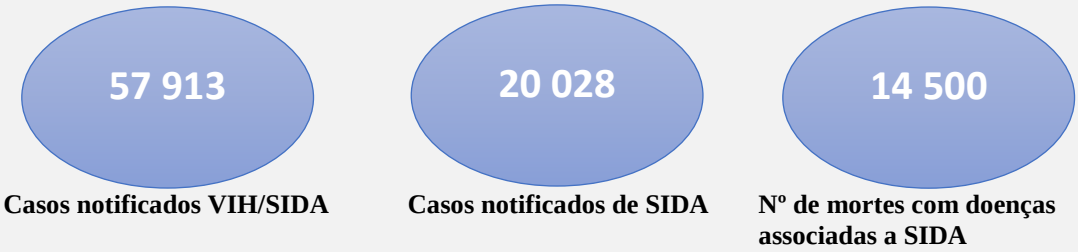
O Instituto Nacional de Estatística (INE), organismo oficial português responsável pela produção e divulgação de informações estatísticas oficiais, compila os dados reportados pelo INSA e DGS, contendo uma extensa base de dados sobre o VIH e a SIDA desde 1983, ano de identificação dos primeiros casos de VIH no país.

3.4.1) VIH: Análise histórica

Entre 1983 (ano que foram diagnosticados os primeiros casos de VIH) e 2017 foram reportados 57 913 casos de VIH, destes 20 028 já em estado de SIDA e 14.500 mortes relacionadas com a infeção (DGS, 2018) (Ver Imagem 2).

[61] Portugal, Espanha, França, Itália, Inglaterra, Irlanda, Estónia, Áustria, Suécia, Grécia, Hungria, Bulgária, Geórgia, Bélgica, Países Baixos, Suíça, Uzbequistão e Quirguistão.
[62] Sistema de informação que permite a monitorização e o acompanhamento de utentes com VIH e para os que estão em estado de SIDA.

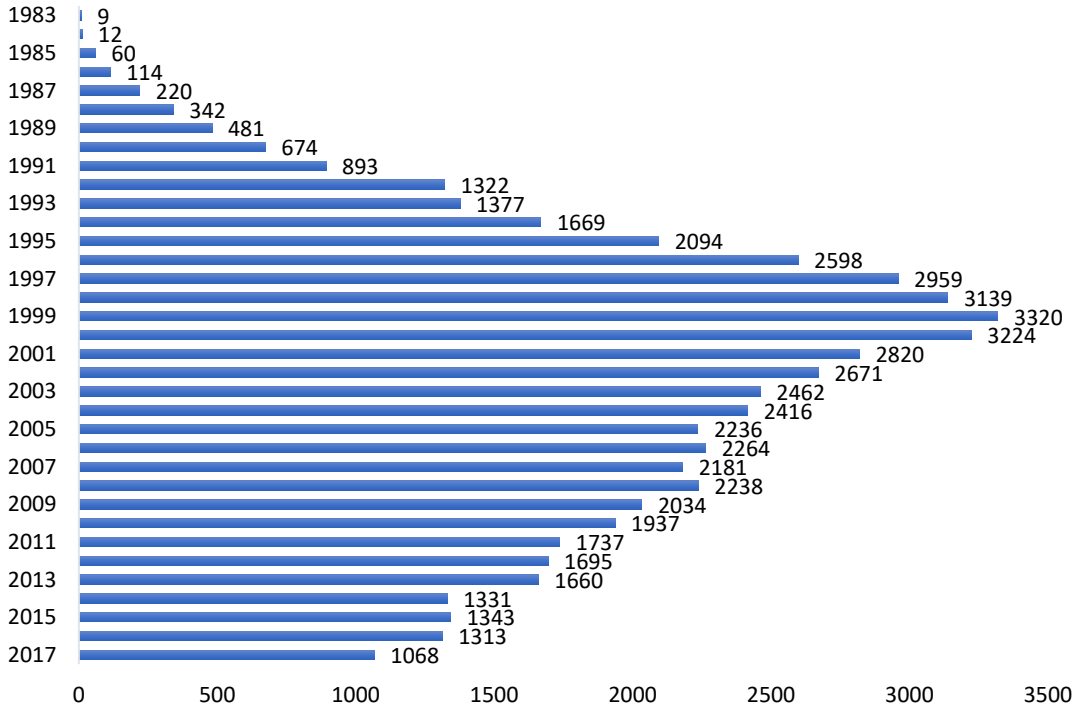
Imagem 2: VIH/SIDA em Portugal (1983 - 2017)



Fonte: DGS, 2018

Relativamente à evolução do número de casos diagnosticados entre 1983 e 2017, verifica-se que entre 1983 e 1999 houve um aumento gradual do número de pessoas diagnosticadas com VIH. O ano de 1999 foi aquele com o maior número de diagnósticos realizados (3.320 novos casos). A partir do ano 2001, o número de diagnósticos começou a decrescer lentamente até à atualidade, apesar de continuar com números elevados e haver alguma variação como ocorreu entre 2007 e 2009, comparativamente com aos anos anteriores (Ver Gráfico 24).

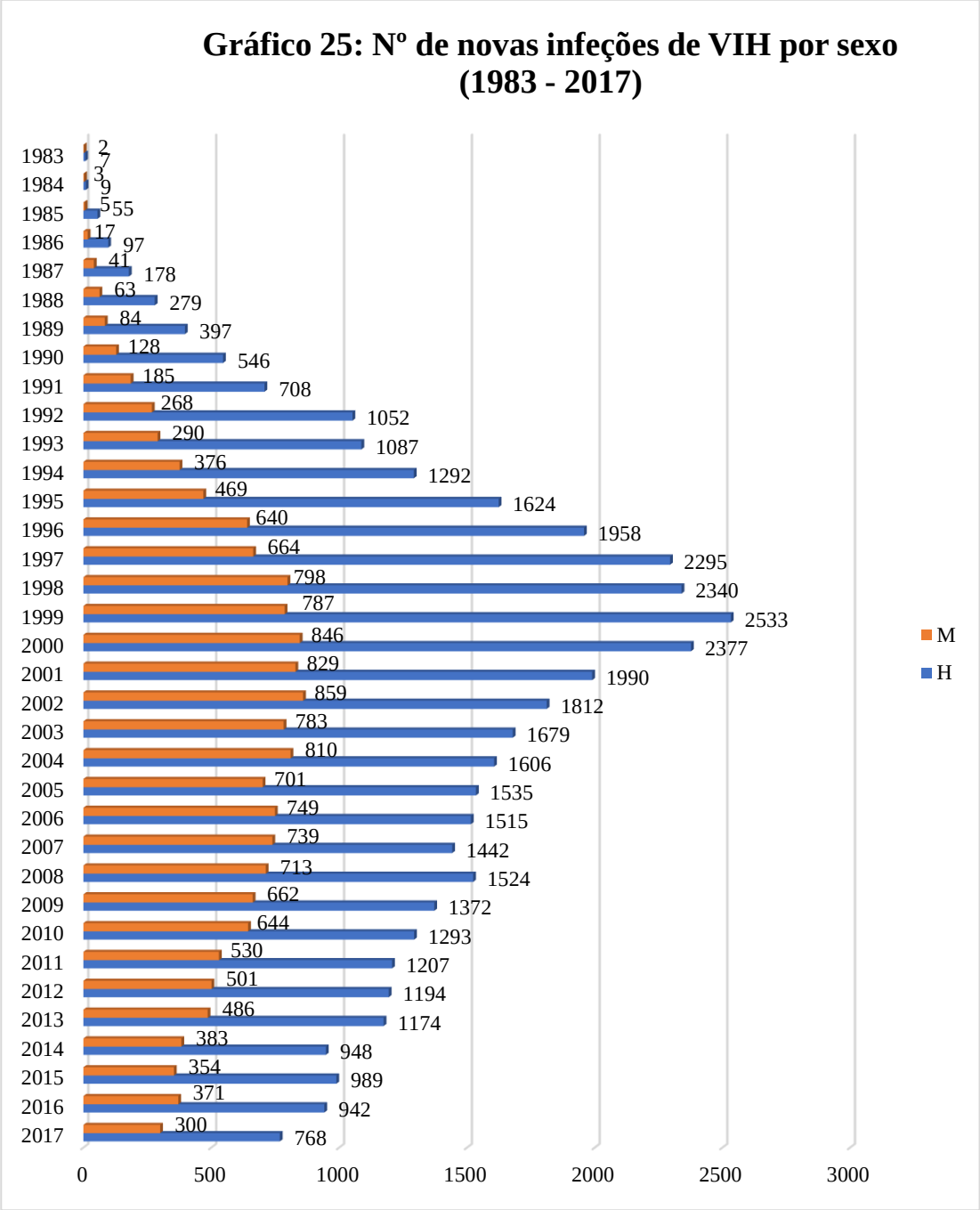
Gráfico 24: Nº de novos casos de infeção por VIH em Portugal (1983 - 2017)



Fonte: INE, 2018

Os fatores que levaram ao decréscimo do número de infeções a partir de 2001 está relacionado com o forte investimento por parte da CNLCS - Comissão Nacional De Luta Contra A Sida através do Plano Estratégico de Luta contra a Infeção pelo VIH/SIDA (2001-2003) para implementação de estratégias nacionais de prevenção da infeção.

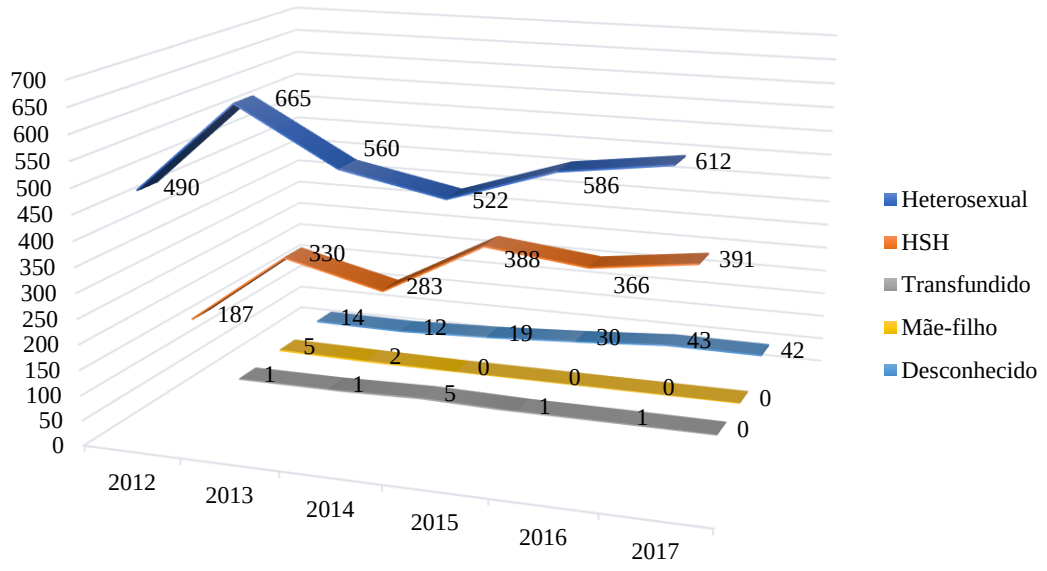
Relativamente ao número de novas infeções por sexo, verifica-se que os homens representam mais de 50% do número dos novos diagnósticos desde 1983 (Ver Gráfico 25).



Fonte: INE, 2018

Ao estratificar o número de infeções por grupos verifica-se que a população heterossexual (homens e mulheres) é o grupo que possui o maior número de novos diagnósticos em Portugal, representando mais da metade dos novos casos no país, seguidos dos Homens que têm Sexo com Homens (HSH) (Ver Gráfico 26).

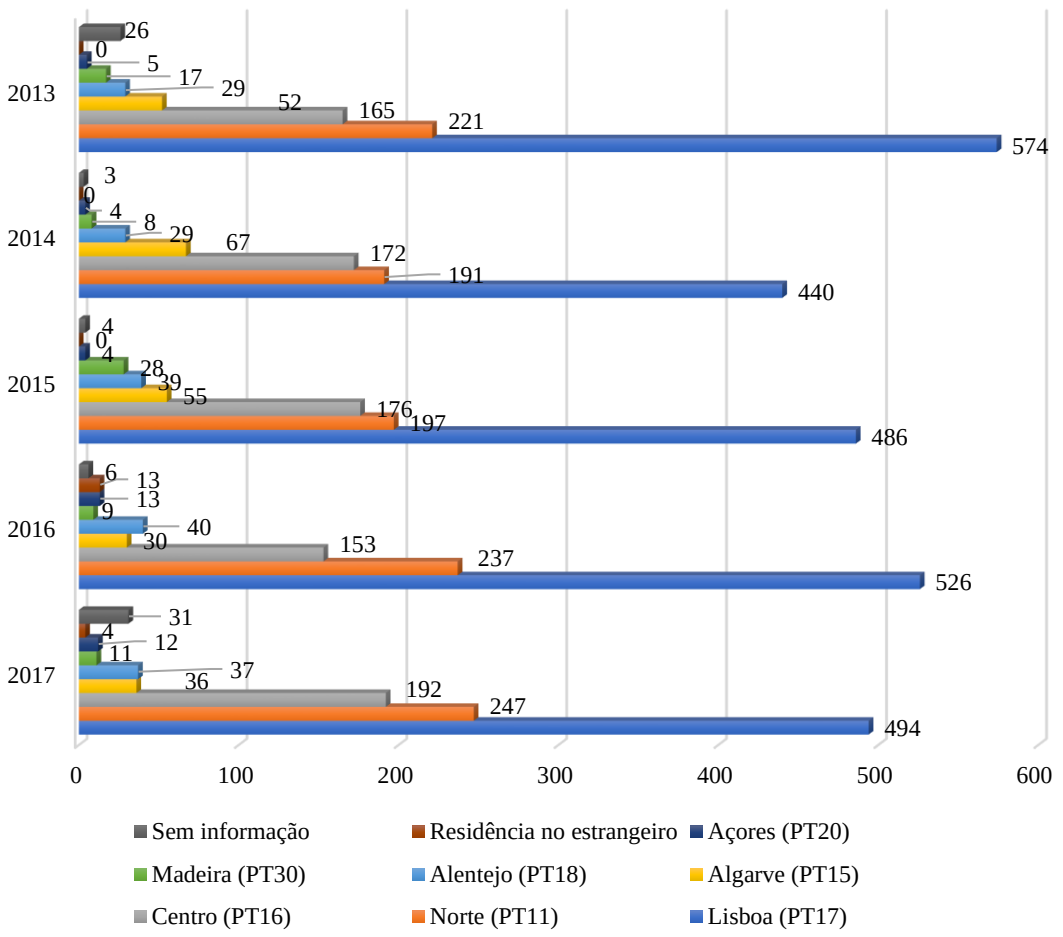
Gráfico 26: Novos casos de Infeção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados: Distribuição por categoria de transmissão (2012 - 2017)



Fonte: INSA, 2013 a 2018

A área metropolitana de Lisboa (região definida pela Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) de nível II) é a região que reporta o maior número de novos casos de VIH por ano, comparativamente com as outras regiões. O Norte é a segunda região mais afetada, seguida do Algarve e do Centro. Os Açores é a região que reporta o menor número de novos casos no país (Ver Gráfico 27).

Gráfico 27: Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados: distribuição por residência à data da notificação inicial - NUTS II (2013-2017)



Fonte: INSA, 2013 a 2018

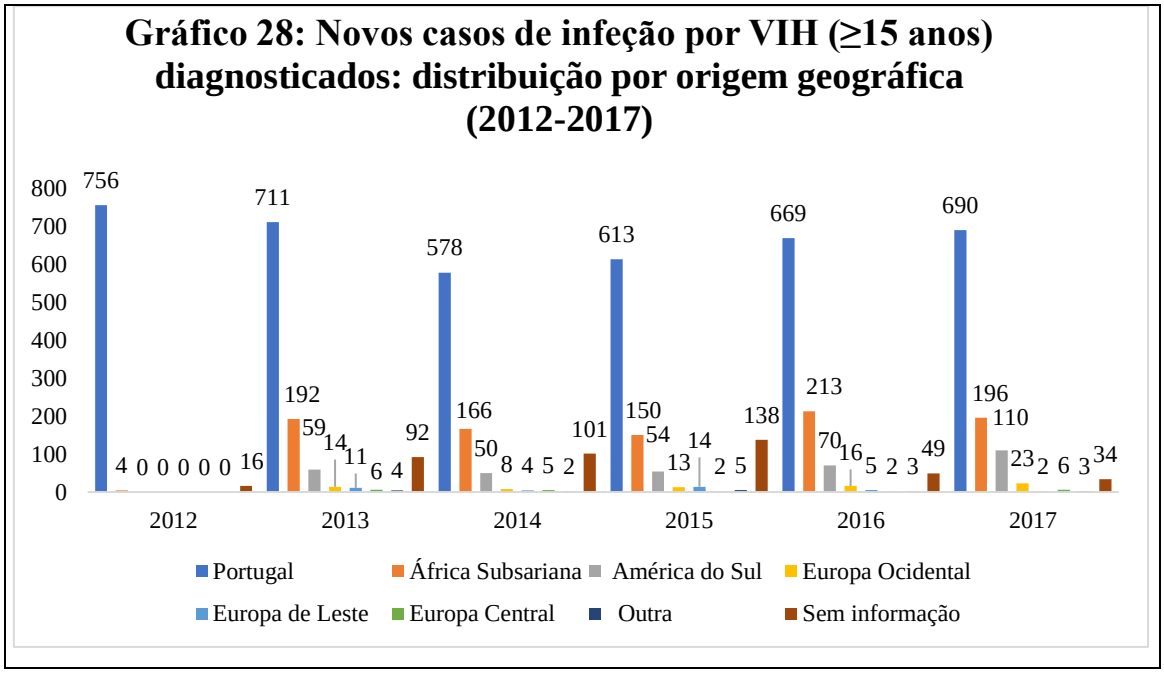
3.4.2) Imigrantes e VIH em Portugal

Portugal possui um número reduzido de dados e estudos sobre VIH/SIDA na população migração residente no país, fazendo com que o cruzamento e análise dos dados sobre este tema se torne limitado.

O INSA é o único relatório anual que publica o número de novos diagnósticos de VIH/SIDA na população migrante em Portugal, identificando-os por regiões geográficas e não por país específico.

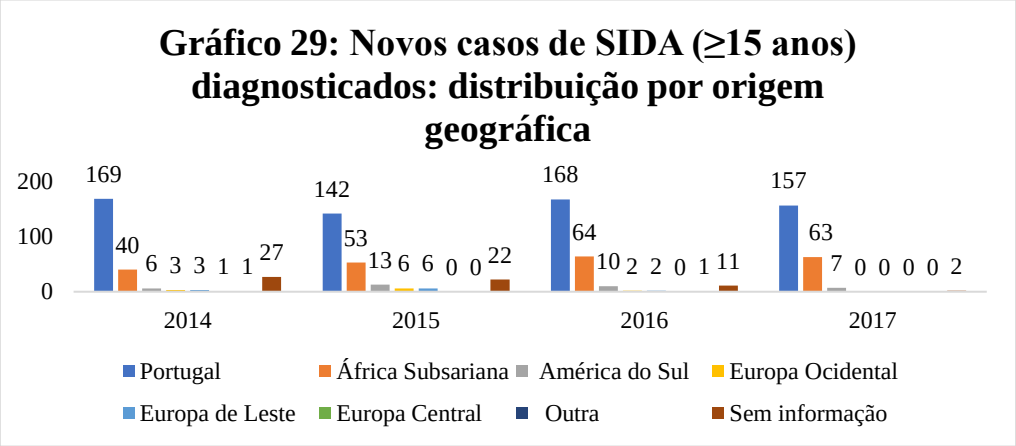
Às pessoas que reportaram no momento do teste terem nascido em Portugal representam o maior número dos novos diagnósticos. Já em relação às pessoas que reportaram ter nascido fora de Portugal, a população africana está sub-representada comparativamente ao restante dos demais grupos, seguidos dos migrantes provenientes da América do Sul e Europa

Ocidental. Em 2017, os portugueses representaram 65% dos novos casos de infeção e os migrantes 35%. (Ver Gráfico 28).



Fonte: INSA, de 2013 a 2018

Relativamente ao grupo de pessoas que são diagnosticadas já em estado de SIDA, os portugueses são os que possuem o maior número de diagnósticos. No entanto, dentro da comunidade migrante, os de origem africana é o grupo que possui o maior número de diagnósticos tardios, representando mais de 60% dos casos de SIDA dentro das comunidades migrantes. Em 2017 os portugueses representaram 68,1% dos novos casos de SIDA e os migrantes 31,9% (Ver Gráfico 29).



Fonte: INSA, 2014 a 2017[63]

[63] Os dados de novas infeções em estado de SIDA reportados antes de 2014 não apresentam os números referentes as imigrantes de forma sistemática, ou seja, alguns relatórios antes 2014 não apresentam dados referentes aos imigrantes. Sendo assim decidido ilustrar apenas os dados a partir de 2014 referentes aos dados de 2013).

Em síntese, desde o início da pandemia em Portugal milhares de pessoas morreram com problemas de saúde relacionados com VIH. Apesar de ter diminuído o número de mortes e ocorrer um decréscimo constante do número de novas infeções no decorrer dos últimos anos, Portugal continua a ser dos países da UE um dos países que apresentam maiores índices de infeção pelo VIH, sendo o grupo heterossexual o mais afetado pelo vírus, especialmente o sexo masculino, sendo diagnosticado na sua grande maioria já em estado de SIDA.

Em relação à população imigrante, verifica-se que alguns grupos são mais representados do que outros. O número de imigrantes africanos diagnosticados anualmente representa mais da metade de todos os casos identificados na população migrante no país, como também são os que recebem o diagnóstico mais tardiamente, ou seja, já em estado de SIDA.

Nem todos os imigrantes se encontram em situação de risco acrescido à infeção do VIH, ou possuem acesso reduzido aos cuidados de saúde. Como refere uma jornalista do Público após a realização de uma entrevista com a professora e investigadora Sónia Dias, "Ser imigrante não é fator de risco para o VIH, ser-se pobre e excluído sim" (Faria, 2017). Fatores como a pobreza, a exclusão social, a falta de proteção social e discriminação podem elevar os riscos dos imigrantes a exposição ao VIH, como já referido no capítulo anterior. A barreira linguística, a exclusão social e económica, as crenças religiosas, o medo da discriminação, o conhecimento limitado e a falta de estratégias de prevenção voltadas para os migrantes, fazem com que alguns grupos mais vulneráveis fiquem mais expostos a infeção pelo VIH (ECDC, 2009; Fonseca, et al., 2010; Dias, et al., 2015).

Para que o número de novas infeções dentro da população migrante diminua, é necessário criar estratégias que alcancem os diferentes grupos de migrantes, de modo a promover a prevenção, a realização de testes gratuitos para o VIH, e garantir o acesso e continuação do tratamento do VIH para às pessoas que vivem com a infeção.

3.4.3) Combate ao VIH em Portugal

Em Portugal o VIH/SIDA está incluído no programa de saúde prioritário no Plano Nacional de Saúde (Despacho n.º 6401/2016,16 de maio). O objetivo é atingir as metas desenvolvidas internacionalmente através da ONUSIDA[64], como a *Fast Truck Cities*/*Cidades na via rápida*

[64] A ONUSIDA foi fundada em 1986, como um programa das Nações Unidas com o objetivo de ajudar no desenvolvimento de estratégias de combate ao VIH/SIDA nos diversos países afetados pelo vírus.

para acabar com a epidemia VIH, lançado na Declaração de Paris (2014) com o propósito de atingir as seguintes metas:

Metas até 2020:

- Ter 90% das pessoas que vivem com VIH sejam diagnosticadas;
- Ter 90% das pessoas diagnosticadas em tratamento antirretroviral;
- Ter 90% das pessoas em tratamento com a carga viral indetetável[65];

Metas até 2030:

- Ter 95% das pessoas que vivem com VIH diagnosticadas;
- Ter 95% das pessoas diagnosticadas em tratamento antirretroviral;
- Ter 95% das pessoas em tratamento com a carga viral indetetável;
- Zero novas infeções pelo VIH;
- Zero discriminação;
- Zero mortes relacionadas com a SIDA;

As cidades de Lisboa, Cascais e Porto assinaram a Declaração de Paris com o objetivo de desenvolverem estratégias para atingir as metas estipuladas, mas outras cidades portuguesas apesar de não terem assinado a declaração estão a trabalhar em parceria para que o objetivo seja cumprido, e outras ainda estão a preparar-se para assinar a Declaração de Paris (Ministério da Saúde, 2017).

Segundo o relatório da DGS de 2018, Portugal em 2016 atingiu as seguintes metas: 1) 91,7% das pessoas infetadas pelo VIH estão identificadas; 2) 86,8% dos diagnosticados estão sob tratamento antirretroviral, e 3) 90,3% das pessoas em tratamento estão com a carga viral indetetável.

Para que os objetivos sejam alcançados em pleno diferentes serviços como os centros de saúde, hospitais, diferentes ONGs, outros serviços estatais e instituições a sociedade civil devem trabalhar em conjunto e desenvolver diferentes estratégias para que todos os grupos sociais tenham acesso aos serviços disponibilizados. O objetivo será diminuir o número de novas infeções e proporcionar o acesso aos cuidados de saúde às pessoas que já estão a viver com o VIH ou estejam em estado de SIDA.

[65] Como referido anteriormente, a carga viral indetetável ou suprimida significa que os exames de sangue realizados para identificar a quantidade de vírus no sangue não conseguem identificar o vírus do VIH, ou seja, o vírus não foi detetável.

Uma das estratégias utilizadas atualmente é disponibilizar testes rápidos de VIH, hepatite B e C nas farmácias comunitárias e laboratórios de patologia clínica/análises clínicas, de modo a facilitar o acesso aos testes rápidos, sem a necessidade de ter uma prescrição médica de acordo com o Despacho n.º 2522/2018 emitido pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e da Secretária de Estado da Saúde.

A estrutura de base comunitária representa um papel importante no combate ao VIH e outras ISTs em Portugal, através da prestação de serviços gratuitos como: testes de rastreio rápido para o VIH a identificação de pessoas (através dos testes realizados) infetadas pelo VIH e/ou outras infeções. É de melhorar e vulgarizar o apoio na ligação aos cuidados de saúde caso a pessoa necessite de tratamento médico. Defende-se que estes serviços beneficiem a comunidade imigrante pela identificação de pessoas que vivem com VIH, no apoio ao acesso do tratamento médico através da realização de testes de rastreio, a promoção de literacia em saúde, prevenção e acesso aos cuidados de saúde. Organizações como a Abraço, a AJPAS, GAT e SER+ são reconhecidas pela DGS devido a importância do trabalho realizado, que também incentiva a expansão dos serviços prestados pela sociedade civil para diagnosticar e facilitar o acesso das pessoas que vivem com VIH aos cuidados de saúde (DGS, 2018).

Devido à falta de estudos sobre o papel das ONGs no apoio ao acesso ao tratamento do VIH, e sendo esta dissertação com enfoque na população imigrante, tentarei compreender através da pesquisa empírica qual é o papel interventivo das ONGs e o impacto das mesmas junto dos imigrantes que vivem na área metropolitana de Lisboa, na promoção do acesso ao tratamento para o VIH.

Apesar de este estudo ter uma amostra reduzida com enfoque nas ONGs que trabalham na área do VIH junto da população imigrante, as informações recolhidas podem servir como base para estudos futuros com uma abordagem mais significativa sobre o papel das ONGs na promoção do acesso ao tratamento do VIH para os imigrantes residentes em Portugal.

Capítulo 4: Metodologia do estudo

Neste capítulo será apresentado a abordagem metodológica utilizada na investigação, que se enquadra numa abordagem qualitativa através da realização de um estudo exploratório, com enfoque definido contextualmente e geograficamente. O estudo de caso é focado nos imigrantes que vivem com VIH e nas ONGs que trabalham na área do VIH, tendo como objetivo compreender melhor as barreiras identificadas pelos imigrantes no acesso ao tratamento do VIH e o papel das ONGs no apoio aos imigrantes da área metropolitana de Lisboa no acesso aos cuidados de saúde para o VIH.

Para conseguir compreender o papel interventivo das ONGs foi necessário explorar e identificar tanto os problemas enfrentados pelos imigrantes no acesso, como o tipo de apoio prestado pelas organizações.

Sendo esta investigação de natureza exploratória, foi utilizado um conjunto alargado de métodos e técnica de análise qualitativa, pois sendo a mais adequada para esta investigação, permitiu recorrer a diferentes técnicas de recolha e análise de informações e outros tipos de dados como a pesquisa bibliográfica e documental, entrevistas exploratórias, entrevistas semiestruturadas e inquérito por questionário, de modo a obter uma melhor compreensão do que se perdente investigar (Guerra, 2006).

4.1) Objetivo do estudo

Esta investigação tem como objetivo geral conhecer as barreiras que os imigrantes residentes na área metropolitana de Lisboa enfrentam no acesso ao tratamento do VIH, bem como compreender o papel da ONG no apoio aos imigrantes para acederem ao tratamento do VIH, tendo a seguinte questão de partida:

Qual é o papel das ONGs no apoio aos imigrantes da área metropolitana de Lisboa no acesso ao tratamento do VIH?

Para conseguir alcançar este objetivo geral e encontrar respostas à pergunta, foram definidos alguns objetivos específicos que nos permitem construir um conhecimento mais amplo sobre o que se pretendeu investigar:

- A trajetória da infeção, ou seja, país e local (exemplo, Hospital, ONGs, Centro de Saúde) onde foi diagnosticado e o tempo que vive com a infeção;

- Identificar as barreiras que os imigrantes enfrentam no acesso ao tratamento do VIH em Portugal;
- Identificar o tipo de serviços prestados pelas ONGs no apoio ao tratamento do VIH;
- Possíveis soluções para minimizar as barreiras no acesso ao tratamento;
- Caracterização dos participantes do estudo;

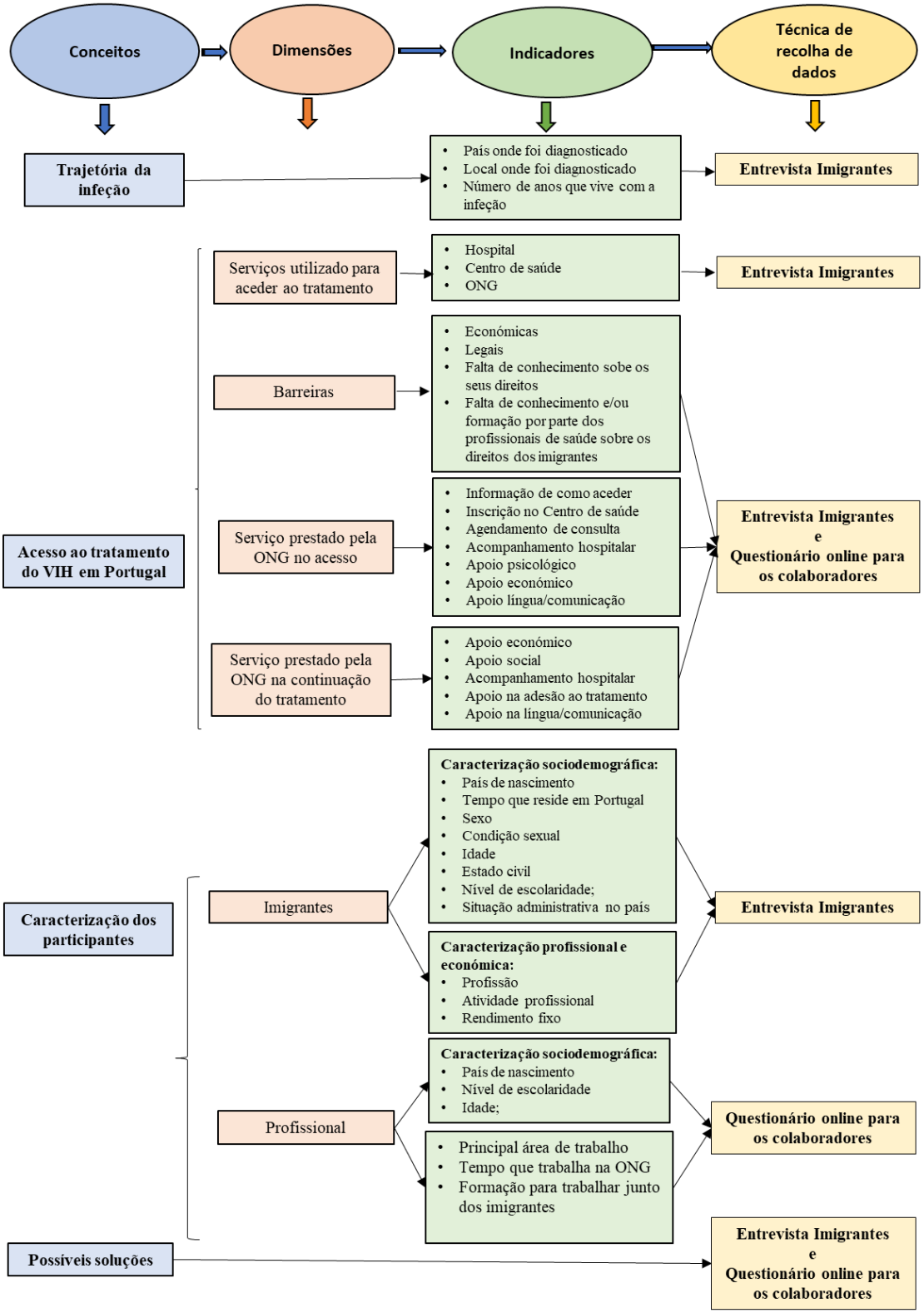
4.1.1) Modelo de análise

O esquema que se segue representa a forma operacional que orientou o estudo de caso. O Modelo de análise foi formado por um conjunto articulado de conceitos, dimensões, indicadores e o tipo de técnicas de recolha de dados que foi utilizado para recolher os indicadores (Quivy & Campenhoudt, 2017).

Os conceitos foram definidos de acordo com os objetivos específicos, e estes "não retêm todos os aspetos da realidade em questão, mas somente aquilo que exprime o essencial dessa realidade, do ponto de vista do investigador" (Manual de investigação em Ciências Sociais, p. 150), sendo o ponto de vista do investigador construído com base na literatura.

Por conseguinte foram definidas as dimensões de cada conceito e definido os indicadores constituintes de cada dimensão. De modo a conseguir recolher os possíveis indicadores definidos, foram utilizadas diferentes técnicas de recolha de dados. Para os imigrantes, a técnica de recolha de dados foram as entrevistas, e para os colaboradores das ONGs foi aplicado um questionário online. Ver o modelo de análise no esquema apresentado na página seguinte.

Modelo de análise



4.2) Ética

Devido a falta de uma comissão de Ética por parte da Faculdade de Ciências Sociais Humanas, foi informado os objetivos de investigação para as 4 organizações participantes e posteriormente foi assinado formalmente uma declaração de participante do estudo (Ver Anexo 1- Declarações assinadas).

Relativamente às entrevistas, devido ao caráter intimista dos temas abordados juntamente dos imigrantes, foram explicados os objetivos do estudo e garantido a proteção da identidade dos mesmos, sem ser efetuado qualquer recolha de dados que leve a identificação dos imigrantes participantes (Guerra, 2006).

4.3) Proteção de dados

Primeiramente, foi pedido para as ONGs partilharem os contatos e nomes dos imigrantes para o investigador realizar os convites para participarem do estudo. Como os temas abordados nas entrevistas são categorizadas como dados sensíveis pelo Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) da União Europeia 2016/679, os contatos não foram partilhados pelas ONGs.

Devido às implicações no acesso aos imigrantes, foi requerido para os próprios colaboradores das ONGs contactarem os imigrantes e efetuarem o convite, sem haver qualquer partilha de dados pessoais entre a ONG e o investigador.

Todos os imigrantes que aceitaram fazer parte do estudo assinaram um consentimento informado, de modo a comprovar que a participação foi livre, os objetivos do estudo foram explicados e as informações recolhidas no decorrer das entrevistas não seriam utilizadas de modo a identificar a participação dos mesmos (Ver Anexo 3 - Modelo do consentimento informado assinado por todos os imigrantes).

Os colaboradores das ONGs antes de responderem o questionário online tiveram que declarar que compreenderam os objetivos do estudo, que preencherem os critérios de participação e que a participação dos mesmos foi voluntária. No questionário online não foi realizado nenhuma pergunta que levasse a identificação do indivíduo, garantindo o anonimato dos participantes (Ver Anexo 4 - Modelo do questionário online) .

4.4) Rutura

O envolvimento profissional na área do VIH do investigador com as organizações que trabalham com VIH e com os imigrantes ajudou no desenvolvimento e motivação para realização do estudo, mas também exigiu um grande esforço para a rutura de possíveis falsas evidências e ilusões sobre o objeto em estudo. O conhecimento íntimo exigido pelo método pode enganar o investigador se o mesmo não estiver atento, ou seja, pode gerar um certo sentimento de certeza do caso, levando a conclusões erróneas (Quivy & Campenhoudt, 2017).

Sendo assim, de modo a garantir o distanciamento do objeto de estudo, a análise realizada no decorrer de todo o estudo teve como base a análise bibliográfica, documental e recolha de dados.

Para manter o distanciamento dos imigrantes entrevistados, não foram realizadas entrevistas com imigrantes que anteriormente receberam apoio profissional do próprio investigador para aceder o tratamento para o VIH na área metropolitana de Lisboa.

Relativamente ao questionário online, maioritariamente foram preenchidos remotamente sem a intervenção do investigador, exceto dois questionários onde os próprios participantes manifestaram interesse em participar do estudo, mas não tinham acesso a internet, sendo assim, o questionário foi aplicado via telefone pelo próprio investigador e preenchido de acordo com as respostas dos participantes.

4.5) Estudo de caso

O estudo de caso, enquadrada numa abordagem metodológica qualitativa é desenvolvido através de um plano que envolve um estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida, ou seja, enquadrado em um acontecimento contemporâneo. O estudo de caso é considerado como uma abordagem particularista, por ter o enfoque em uma situação específica, podendo contribuir para uma melhor compreensão global do fenómeno em estudo (Greenwood, 1965; Yin, 1993; Yin ,1994; Coutinho & Chaves, 2002; Ponte, 2006; Bedrettin Yaza, 2016), sendo neste caso, as ONGs que trabalham na área do VIH localizadas na área metropolitana de Lisboa.

Este método é específico para as pesquisas de campo, no contexto natural do fenómeno social que se pretende investigar, sem qualquer interferência do próprio investigador, tendo como objetivo gerar conhecimento, explorar, explicar, avaliar e/ou descrever o caso em estudo. (Yin 1994; Henriques 2010). Este tipo de estudo também permite ao investigador ter uma maior

liberdade metodológica na recolha de informações, permitindo identificar por vezes temas que antes não eram previstas, e levar assim a um maior enriquecimento da pesquisa. No entanto, a liberdade metodológica pode fazer com que os objetivos do estudo sejam desviados se os mesmos não forem bem definidos. Este tipo de estudo por ser particularista não permite produzir conclusões gerais, ou seja, não permite a apresentação de generalizações, mas sim uma ampla compreensão do caso em estudo (Greenwood, 1965). De acordo com os objetivos da investigação, o estudo de caso parece ser o mais adequado devido à sua ampla abordagem metodológica.

4.6) Etapas da investigação

Para conseguir obter uma melhor compreensão do estudo de caso e tentar responder à pergunta de partida, ou seja, compreender o papel das ONGs no apoio aos imigrantes no acesso ao tratamento do VIH, esta investigação divide-se em duas fases.

1º Fase - Esta caracterizou-se pela realização de entrevistas exploratórias e pesquisa bibliográfica e documental.

As entrevistas exploratórias tiveram como objetivo encontrar ideias, pistas de reflexões, possíveis hipóteses de trabalho e tentar identificar os temas que deveriam estar presentes no processo de investigação. Segundo (Quivy & Campenhoudt, 2017) há três categorias de pessoas que são consideradas relevantes para as entrevistas exploratórias: 1) os investigadores especializados e peritos que dominam o tema que se pretende investigar; 2) As testemunhas privilegiadas, sendo estas as que têm um conhecimento aprofundado sobre o problema, podendo ser alguém parte do grupo que se pretende estudar ou alguém com muita proximidade[66]; 3) O próprio público que se pretende estudar.

De acordo com os critérios sugeridos por (Quivy & Campenhoudt, 2017) foram realizadas 5 entrevistas exploratórias com perguntas abertas, sem muita intervenção por parte do investigador. Uma entrevista foi realizada juntamente de um presidente de uma organização que trabalha na área do VIH, três entrevistas com acadêmicos que trabalham na área das migrações e saúde e uma entrevista com uma colaboradora de uma ONG que possuem conhecimentos aprofundados sobre as leis que garantem o acesso aos cuidados de saúde para os imigrantes. Vejamos em detalhe:

[66] Por exemplo, se pretende investigar uma comunidade de imigrantes, poderá entrevistar o líder da comunidade ou alguém que possui um conhecimento mais aprofundado sobre a comunidade

Entrevista 1: A reunião com Luís Mendão - Presidente do GAT[67] teve como objetivo refletir sobre os imigrantes que vivem com VIH e as dificuldades dos mesmos em aceder aos serviços de saúde na área metropolitana de Lisboa. De modo a explorar mais a temática das barreiras no acesso ao tratamento do VIH para os imigrantes que vivem com VIH, foi recomendado agendar uma reunião com a investigadora Sónia Dias.

Entrevista 2: Na reunião com a investigadora Sónia Dias, autora de diversos estudos sobre migração, saúde e VIH [68] foi apresentado o problema que pretendia ser investigar. A entrevista foi muito produtiva, pois ambos partilharam as suas experiências e foram discutidos os estudos já realizados sobre migração e VIH, imigrantes e saúde, imigrantes e VIH.

Entrevista 3: Devido à dificuldade em desenvolver a parte histórica dos movimentos migratórios em Portugal, foi agendada uma reunião informal[69] com o Professor Nuno Ferreira Dias, investigador e autor de diversos estudos sobre os movimentos migratórios em Portugal. Nesta reunião, foram identificados os momentos mais relevantes que deveriam ser abordados no estudo na seção do enquadramento histórico.

Entrevista 4: De modo a explorar as barreiras enfrentadas pelos imigrantes no acesso aos serviços de saúde, foi agendada uma entrevista exploratória[70] com a investigadora Violeta Alarcão que partilhou diversos estudos sobre o acesso dos imigrantes nos serviços de saúde e as barreiras enfrentadas pelos mesmos (Exemplo: ERS, 2015), estudos estes que foram muito enriquecedores para a compreensão deste tema.

Entrevista 5: Devido à complexidade e ao elevado número de legislação nacional e internacional, entre outros documentos referentes a proteção da saúde dos imigrantes, foi agendada uma entrevista com uma especialista da organização GAT (uma das ONGs que aceitou fazer parte do estudo) de modo a refletir a dimensão do ponto de vista legal, ou sejam, quais seriam as principais leis, normas, diretivas e entre outros documentos nacionais e internacionais que deveriam ser referidos, como também encontrar modos de ilustrar esses

[67] Organização localizada na área metropolitana de Lisboa que trabalha em diferentes áreas do VIH e outras IST como: Realização de testes rápidos para VIH e outras IST, apoio na ligação aos cuidados de saúde para as pessoas que vivem com a infeção, prevenção sexual e entre outras atividades. Reunião ocorreu no dia 10 de setembro de 2018.
[68] Realizada a 26 de setembro de 2018. A investigadora para além de partilhar a sua própria experiência na investigação juntamente da população imigrante que vive com VIH, referiu algumas linhas de investigação sobre o tema e disponibilizou algumas cópias dos seus próprios estudos referentes às barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde e migrantes e VIH, que foram muito relevantes para o estudo, o que muito agradeço.
[69] Realizada no 21 de fevereiro de 2019; (Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Sociologia da FCSH), partilhou diversas referências bibliográficas e estudos, o que muito agradeço.
[70] Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, tendo sido recomendada pelo Professor Nuno Ferreira Dias.

dados de forma mais simplificada, para que todos pudessem entender mesmo sem ter formação na área do Direito.

As **pesquisas bibliográficas e documentais** foram fundamentais para construção do enquadramento teórico e explicativo sobre as migrações, imigrantes e saúde, imigrantes e VIH. Foram analisadas exaustivamente diferentes publicações de artigos científicos, relatórios anuais, recolha de base de dados disponíveis em alguns sites de recolha e armazenamento de dados oficiais como INE e UNAIDS, entre outros estudos acadêmicos relacionados a contextualização histórica das migrações, saúde dos imigrantes e VIH.

Primeiramente, foi realizada uma pesquisa exaustiva sobre as teorias explicativas sobre as migrações, o enquadramento temporal sobre os movimentos migratórios, imigrantes e saúde, imigrantes e VIH através da recolha de dados internacionais e nacionais, análise de estudos acadêmicos, legislações, acordos internacionais e outras estratégias que possuem como finalidade proteger à saúde dos imigrantes, como também a análise das barreiras enfrentadas pelos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde em Portugal e no estrangeiro.

2º Fase: Esta fase foi dedicada à pesquisa de campo e implementada de acordo com a seguinte estrutura:

a) Limitação geográfica

O estudo foi delimitado na área metropolitana de Lisboa, de acordo com a divisão regional em Portugal - NUTS 2013[71], sendo esta localizada na região NUTS II.

A primeira razão que sustentou esta escolha foi a seguinte: A área metropolitana de Lisboa é a região com a maior concentração de pessoas que vivem com VIH no país e é a região que reporta o maior número de novos casos de VIH e diagnósticos de pessoas em estado de SIDA anualmente, segundo os relatórios anuais do INSA, exemplo: de acordo com o relatório do INSA 2018 (referente as dados de 2017), 46,4% dos novos casos de VIH e 45,3% dos novos caso de SIDA foram reportados pela área metropolitana de Lisboa. A segunda razão deve-se à própria limitação do investigador que reside na área metropolitana de Lisboa e não possui orçamento e condições técnicas que permitissem abranger outras regiões do país.

[71] Verídica a divisão geográfica portuguesa por NUTs através do seguinte link: https://www.pordata.pt/Site_Static/PORDATA_NUTS2013_PT.pdf

b) Identificação das ONGs

Primeiramente, foi realizada uma pesquisa sobre as ONGs existentes e definidos os critérios de participação de acordo com os objetivos da investigação, tais como: situar-se na área metropolitana de Lisboa, trabalhar na área do VIH, realizar testes de rastreio rápido para o VIH e apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH.

Foram identificadas sete organizações que obedecem os critérios de participação (Abraço, AJPAS, Associação Positivo, GAT, LPCS, SER+ e Médicos do Mundo). Foi efetuado um convite de participação via telefone e posteriormente enviado um e-mail formalizando assim o contato. Numa primeira abordagem todas as ONGs identificadas aceitaram, mas efetivamente apenas quatro (Abraço, AJPAS, GAT e SER+) fizeram parte do estudo, oficializando a participação através da assinaram uma Declaração de participação (Ver Anexo 1).

Foram pedidas informações sobre o tipo de serviço disponibilizado pelas ONGs (Ver Tabela 3: Tipo de serviços disponibilizados pela ONGs) e o número de trabalhadores por área de serviço.

Tabela 3: Tipo de serviços disponibilizados pela ONGs

	Abraço	**AJPAS**	**GAT**	**SER+**
Testes de rastreio rápido (VIH, hepatites virais e sífilis)	Sim	Sim	Sim	Sim
Consulta de enfermagem[72]	Sim	Sim	Sim	Sim
Consulta médica (para ISTs[73])	Sim		Sim	
Apoio social	Sim	Sim	Sim	Sim
Apoio domiciliário	Sim	Sim	Não	Sim
Toma assistida	Sim	Sim	Não	Sim

O número total de colaboradores representa o universo da amostra dos colaboradores, somando um total de 122 colaboradores das ONGs, atuantes em diferentes áreas (Ver Tabela 4: Nº de colaboradores que trabalham nas ONGs por área de trabalho)

[72] Consultas de enfermagem para identificação de Infeções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)
[73] Consultas médicas para identificação de Infeções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)

Tabela 4: Nº de colaboradores que trabalham nas ONGs por área de trabalho					
	Abraço	**AJPAS**	**GAT**	**SER+**	**TOTAL**
Técnico de rastreio	1	2	7	3	13
Enfermeiro	2	2	10	2	16
Médico	1	0	16	1	18
Assistente social	2	2	3	2	9
Psicólogo	2	0	0	2	4
Técnica de apoio domiciliário	12	3	0	4	19
Mediadores de Pares[74]	0	0	8	0	8
Administrativo	5	2	5	3	15
Coordenador de serviço	5	3	9	3	20
TOTAL	39	14	58	20	**122**

Para além da recolha de informações sobre os serviços disponibilizados e número de colaboradores, foi pedido a identificação dos imigrantes que vivem com VIH que pudessem e/ou quisessem participar estudo, de modo a poder definida a amostra, a programação das entrevistas e posteriormente a implementação do questionário para os colaboradores.

c) Amostra

O estudo compreende dois tipos de amostras:

- A primeira é composta por *imigrantes*. Foram definidos quatro critérios de seleção para os imigrantes: viver com VIH, ter nascido fora de Portugal, estar ligado aos cuidados de saúde para o VIH na área de definida para o estudo e não ter recebido apoio do próprio investigador no acesso aos cuidados de saúde[75].
- A segunda é composta por *colaboradores das ONGs*. Foram definidos 2 critérios de seleção: ser colaborador de pelo menos uma ONG participante no estudo e trabalhar diretamente com imigrantes na promoção do acesso e adesão aos cuidados de saúde para o VIH.

[74] Par ou mediador de Pares é alguém que faz parte de alguma comunidade e trabalha diretamente com a comunidade, exemplo, um usuário de drogas que trabalha na organização especificamente com usuários de drogas, ou um imigrante que trabalha especificamente com imigrantes.
[75] Este critério foi definido porque o investigador no decorrer do estudo desenvolvia sua atividade profissional juntamente de uma das ONGs participantes. Para garantir um distanciamento entre o entrevistado e o entrevistador, preferiu-se não entrevistar imigrantes que o investigador já conhecia.

Com estas duas amostras, pretendeu-se explorar duas perspetivas, uma mais pessoal e outra mais técnica. Ambas foram fontes para identificar as barreiras enfrentadas pelos imigrantes da área metropolitana de Lisboa no acesso ao tratamento e qual foi o papel das ONGs no apoio para acederem o tratamento.

Para a amostra dos imigrantes era desejável obter uma amostra aleatória e representativa, onde todos os imigrantes tivessem a mesma possibilidade de participar do estudo e que todas as nacionalidades estivessem representadas. Na prática real conseguiu-se criar uma amostra não representativa, mas característica da população (Quivy & Campenhoudt, 2017).

Devido à falta de autorização das ONGs em partilhar os contatos dos imigrantes para o próprio investigador realizar o convite de participação, foram utilizadas diferentes estratégias de seleção para construir a amostra dos imigrantes no estudo. A construção da amostra através das organizações SER+ e GAT foi voluntária (Guerra, 2006), ou seja, os próprios colaboradores das organizações realizaram o convite de participação aos imigrantes, tendo sido posteriormente agendado um local para realização da entrevista de acordo com a disponibilidade dos imigrantes e do investigador. As duas organizações conseguiram agendar um total de 18 entrevistas.

A estratégia de amostragem utilizada na organização AJPAS foi a acidental (Guerra, 2006). Já se sabia previamente as datas que os imigrantes compareceram organização com maior frequência. Sendo assim, foram agendados três dias para a presença do investigador na organização. Os próprios colaboradores das ONGs convidaram os imigrantes a participar do estudo, assim que estes chegavam ao espaço da organização para levantar a medicação ou ter outro tipo de apoio. Todos os imigrantes que compareceram nos três dias em que o investigador estava presente, aceitaram fazer parte do estudo, somando um total de 12 entrevistas.

Devido à falta de autorização em contactar os imigrantes para participação do estudo, a organização Abraço colaborou apenas na parte do preenchimento do questionário para os colaboradores.

Concluído, as construções da amostra dos imigrantes foram utilizadas o método de amostragem não probabilística, voluntário e acidental, construindo assim uma amostra de 30 imigrantes.

O método utilizado para construção da amostra dos imigrantes foi limitativo, devido a dependência que o próprio investigador teve por parte das ONGs em identificar possíveis

participantes. Devido a proteção dos dados dos imigrantes por parte das ONGs, não foi possível aplicar outro tipo de estratégia para construção desta amostra.

d) Técnicas de recolha de dados - Amostra dos imigrantes

A ***entrevista semiestruturada*** foi a técnica de recolha de dados aplicada junto da amostra dos imigrantes, sendo esta a técnica mais adequada, pois segundo (Quivy & Campenhoudt, 2017) tem por objetivo analisar o impacto de um determinado acontecimento ou experiência sobre aqueles que o entrevistado participou/vivenciou. As entrevistas semiestruturadas não tem um guião rígido de perguntas, mas sim tópico preestabelecidos sobre o tema que se pretende explorar, dando a liberdade ao investigador e ao entrevistado de introduzir novos temas no decorrer da entrevista.

Procurou-se obter uma maior diversidade do ponto de vista nas entrevistas, através da partilha das próprias experiências pessoais e perspetivas dos imigrantes. Estes, para poderem participar tiveram que respeitar os critérios de participação, ou seja, viver com VIH, ter nascido fora de Portugal, estar ligado aos cuidados de saúde para o VIH na área de definida para o estudo e não ter recebido apoio do próprio investigador no acesso aos cuidados de saúde.

As entrevistas ocorreram entre o dia 11 de agosto a 5 de setembro de 2019 em locais que asseguraram a privacidade dos participantes e garantiram a liberdade de expressão tendo ocorrido normalmente nas salas de reunião das organizações.

Antes da aplicação das entrevistas juntamente dos imigrantes foram realizadas 2 pré-teste e posteriormente uma discussão sobre o guião com a orientadora do investigador. Uma das entrevistas foi realizada com uma colaboradora do GAT que trabalha juntamente com a comunidade imigrante, e a segunda foi realizada a um imigrante que vive com VIH. Tanto a colaboradora da organização e o imigrante deram sugestões fundamentais para reestruturação do guião de entrevista.

O procedimento da condução das entrevistas foi o seguinte: Primeiro, apresentação aos imigrantes dos objetivos do estudo; Segundo, abordagem dos 3 primeiros temas (contributos para encontrar respostas para a pergunta de partida); Terceiro, realização de perguntas fechadas, de modo a conseguir realizar a caracterização dos participantes (Guerra, 2006) (Ver Anexo 2 - Guião das entrevistas).

As entrevistas foram todas realizadas pelo investigador, tendo de recorrer ao apoio de uma técnica de uma das ONGs que fala crioulo para apoiar na comunicação de duas entrevistas. O investigador foi informado previamente sobre as dificuldades de comunicação em português por parte de 2 imigrantes que aceitaram fazer parte do estudo, podendo assim agendar previamente com a técnica acima referida.

Foram realizadas 30 entrevistas com duração de 15-20 minutos cada. As entrevistas foram interrompidas no número 30 por dois motivos: Primeiro, devido à saturação das respostas, ou seja, os conteúdos dos discursos começaram a se tornar repetitivos (Guerra, 2006), permitindo caracterizar as barreiras enfrentadas para aceder ao tratamento, e também o tipo de apoio prestado pelos ONGs no acesso ao tratamento. O segundo motivo está relacionado com o limite temporal para o desenvolvimento da dissertação, impedindo que as entrevistas ocorressem em um período mais prolongado.

Após a explicação dos objetivos feita no início das entrevistas, todos os participantes assinaram um consentimento informado onde constava que tinham compreendido os objetivos do estudo e que as informações partilhadas no decorrer da entrevista seriam cobertas pela lei referente ao anonimato da autoria dos dados (Ver Anexo 3: Consentimento informado).

Ainda sob este procedimento legal, os entrevistados manifestaram a permissão de gravação de modo a que as informações recolhidas pudessem ser analisadas com maior precisão após a realização das mesmas (Guerra, 2006). Nas 10 primeiras entrevistas realizadas foi efetuado este pedido, mas apesar dos primeiros participantes terem aceitado, verificaram-se repetidas manifestações de desconforto físico tendo alguns imigrantes manifestado verbalmente a insatisfação de serem gravados perguntando se era mesmo necessário. Outros estiveram sempre a olhar para o telefone que estava a gravar, por mais que o telefone não estivesse posicionado na frente do entrevistado. O desconforto físico ficou mais presente quando havia a necessidade de responder algo mais íntimo, como por exemplo quando foram diagnosticados com o VIH e dificuldades que enfrentaram para aceder ao tratamento.

De modo a que os participantes ficassem mais à vontade para desenvolverem suas respostas, decidiu-se parar com as gravações. Apesar de reconhecer os riscos de perder informações importantes no decorrer das entrevistas e não conseguir recuperá-las através das transcrições, acredito que foi a decisão correta, pois posteriormente verificou-se uma maior fluidez nas respostas por parte dos imigrantes.

Para diminuir o volume de informação que poderia ser perdido após as entrevistas, foram recolhidas várias anotações e citações, tendo sido por vezes necessário pedir ao entrevistado repetir a resposta para confirmar as anotações. Creio que o constrangimento deste pedido de repetição foi inferior aos enfrentados pelos primeiros imigrantes que foram gravados.

e) Análise de conteúdo - Amostra dos imigrantes

Os conteúdos recolhidos no decorrer das entrevistas foram analisados da seguinte forma:

1. As informações foram inseridas numa base de dados do programa Excel. De modo a garantir o anonimato dos entrevistados, os participantes foram codificados, exemplo, entrevistado 1 = E1, entrevistado 2 = E2 e assim sucessivamente;
2. As respostas foram inseridas no ficheiro Excel na mesma ordem apresentada no guião das entrevistas. Os resultados foram inseridos de acordo com os temas e categorias previamente definidas, sendo assim possível realizar uma análise categorial (Quivy & Campenhoudt, 2017);
3. Foi realizado a comparação e cálculo das frequências das respostas, permitindo transformar os dados qualitativos em dados estatísticos. Estes dados foram agregados por temáticas e categorias, representados em tabelas e por vezes transformados em gráficos, permitindo a realização de uma análise tipológica (Guerra, 2006) sobre as informações recolhidas.

A interpretação dos resultados teve como base as informações recolhidas no decorrer das entrevistas, permitindo assim o distanciamento entre os dados recolhidos e o investigador (Quivy & Campenhoudt, 2017) (Ver Tabela 5: Categorização temática das entrevistas).

Tabela 5: Categorização temática das entrevistas

Temas	Categorias	Indicadores
Trajetória da infeção		País onde foi diagnosticado; Local onde foi diagnosticado com VIH; Tempo que vivem com a infeção.
Acesso ao tratamento do VIH em Portugal	Tipo de serviço que recorreu para aceder ao tratamento em Portugal	Hospital; ONG; Centro de saúde; Farmácia.
	Barreiras no acesso ao tratamento	Medo de iniciar a medicação; Atestado de residência da junta de freguesia; Falta do número do utente; Falta do Título de residência; Insuficiência económica (pagamento de transporte para aceder ao hospital); Língua/comunicação; Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento; Reside longe do hospital.
	Apoio prestado pela ONG no acesso	Indicação dos documentos necessários para aceder às consultas de infeciologia; Apoio na inscrição no centro de saúde; Agendamento de consulta hospitalar; Acompanhamento hospitalar; Apoio psicológico; Apoio económico; Apoio na Língua/Comunicação.

Conseguiria aceder sem o apoio da ONG		Sim; Não.
Continuação do tratamento em Portugal[76]	Barreiras na continuação do Tratamento	Económica; Língua/comunicação; Documental.
	Apoio oferecido pela ONG para continuar o tratamento?	Apoio económico; Apoio Social; Acompanhamento hospitalar de seguimento[77]; Apoio para levantar a medicação no hospital (sem a presença do utente); Apoio na adesão ao tratamento; Documentação; Língua/Comunicação
Recomendações	Soluções para facilitar o acesso e manter tratamento do VIH	Resposta livre
Caracterização dos entrevistados	Caracterização sociodemográfica	País de nascimento; Tempo que reside em Portugal; Sexo; Condição sexual; Idade; Estado Civil; Habilitações literárias; Situação administrativa no país.
	Caracterização profissional e económica dos entrevistados	Profissão; Atividade profissional; Rendimento fixo; Se o rendimento mensal é suficiente para aceder ao hospital.

f) Amostra - Colaboradores das ONGs

A amostra dos colaboradores incluiu apenas os colaboradores das ONGs que aceitaram fazer parte do estudo e assinaram a declaração de participação (Abraço, AJPS, GAT e SER+). A amostragem com os colaboradores é não probabilística e voluntária (Guerra,2006), ou seja, todos os colaboradores das ONGs das diferentes áreas foram convidados e tiveram a liberdade de poder participar do estudo preenchendo o questionário, caso os mesmos respeitassem os critérios de participação. A amostra é composta por 41 colaboradores.

Com base na análise das entrevistas aplicadas junto dos imigrantes foi desenvolvido um **questionário online** para os colaboradores das ONGs, de modo a obter a perspetiva pessoal sobre as barreiras enfrentadas pelos imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH e o papel das ONGs no apoio ao acesso para o tratamento.

O questionário online foi a técnica de recolha de dados mais adequada para ser aplicada juntamente dos colaboradores das ONGs, devido à limitação de tempo do investigador que inviabilizava a aplicação de entrevistas presenciais ou questionários de administração indireta ou direta com a sua presença.

Ter desenvolvido um questionário online, com administração direta (Quivy & Campenhoudt, 2017) permitiu que todos os colaboradores das ONGs participantes do estudo (Abraço, AJPAS, GAT e SER+) tivessem a chance de expressar voluntariamente suas opiniões através do questionário.
A intervenção juntamente dos colaboradores foi estruturada da seguinte forma:

[76] A continuação do tratamento, se refere às pessoas que em algum iniciaram o tratamento em Portugal
[77] Acompanhamento hospitalar de seguimento se refere ao acompanhamento contínuo de um técnico da organização com o utente para às consultas, análises de sangue e/ou levantamento da medicação.

a) **Metodologia de investigação**: Foi escolhido a metodologia de investigação mista, de modo a conjugar métodos quantitativos e qualitativos (Paranhos, et al., 2016). O inquérito por questionário online foi construído com questões, fechadas, semifechadas e abertas. A pergunta do questionário online teve como base as respostas recolhidas no decorrer das entrevistas. Apesar de terem sido aplicadas diferentes técnicas de recolha de dados entre os imigrantes e colaboradores, pretendeu-se gerar uma harmonia entre ambas as informações, de modo a conseguir atingir os objetivos definidos para esta investigação e conseguir contrastar as informações recolhidas (Paranhos, et al., 2016).

b) **Público-alvo:** Os questionários destinaram-se aos colaboradores das ONGs participantes do estudo.

c) **Critérios de participação:** Trabalhar em pelo menos uma ONG parte do estudo, trabalhar diretamente com os imigrantes na promoção do acesso aos serviços de saúde para o VIH.

d) **Pré-teste**: Foram realizados 3 pré-testes com pessoas que trabalham nas ONGs, tendo sido feitas algumas alterações e reestruturadas algumas perguntas com base nos comentários realizados pelos colaboradores **(**Ver Tabela 6: Estrutura do questionário online).

Tabela 6: Estrutura do questionário online

Temas	**Categorias**	**Indicadores**
Barreiras no acesso	Imigrantes diagnosticados em Portugal	Língua/comunicação; Situação económica insuficiente[78]; Local de residência[79]; Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento[80]; Burocracia; Devido à situação administrativa no país[81]; Outras.
	Imigrantes que chegam em Portugal já com o diagnóstico	Língua/comunicação; Situação económica insuficiente; Local de residência; Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento; Burocracia; Devido à situação administrativa no país; Outras.

[78] Exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital
[79] Exemplo: local de residência longe do hospital
[80] Exemplo: dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde
[81] Exemplo: com visto de turista, em situação irregular, etc.

	Manutenção do tratamento	Língua/comunicação; Situação económica insuficiente; Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital); Não se sente doente[82]; Outras.
Avaliar as barreiras de acordo com a região de origem. Avaliação de 1 a 5 1= Nenhuma barreira e 5= Muita barreira	África; América Latina; América do Norte; Ásia; Europa Ocidental; Europa Central; Europa de Leste	Língua/comunicação; Situação económica insuficiente; Local de residência; Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento; Burocracia; Devido à situação administrativa no país; Outras.
Informações sobre os colaboradores das ONGs que trabalham diretamente no apoio aos imigrantes que vivem com VIH	Enfrenta alguma dificuldade ao apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH	Sim; Não
	Quais são as dificuldades que enfrentadas	Falta de conhecimento jurídico que garante o acesso ao tratamento que permite o acesso aos serviços de saúde para os imigrantes; Dificuldade em comunicar; Barreira cultural; Falta de financiamento para manter e/ou expandir os serviços de apoio ao imigrante no acesso ao tratamento para o VIH; Perda de contato com o imigrante; Outro
Caracterização do colaborador da ONG	País de nascimento	Portugal; Cabo Verde; Brasil; Guiné Bissau; Outro
	Nível de escolaridade	1º Ciclo ou menos; 2º Ciclo; 3º Ciclo; Secundário: Licenciatura ou mais; Outro
	Idade	
	Principal área que trabalha na ONG	Administrativo(a); Assistente social; Apoio domiciliário; Coordenador (a) do serviço; Enfermeiro(a); Psicólogo(a); Médico(a); Técnico(a) de rastreio; Par: Outro
	Tempo de trabalha na ONG	Resposta livre

[82] Não se sentir doente pode estar relacionado com: Não continuar o tratamento devido a falta de conhecimento sobre a infeção e as consequências de optar pelo não tratamento; Processo de negação da infeção, ou seja, não aceita que está infetado pelo VIH e se sente bem com a própria saúde, logo não dá seguimento ao tratamento.

	Formação específica para trabalhar juntamente da comunidade imigrante	Sim/Não
Possíveis soluções	O que poderia ser feito para facilitar o acesso dos imigrantes ao tratamento para o VIH na área metropolitana de Lisboa?	Resposta livre
Ideia que não foi prevista no decorrer do questionário.	Resposta livre	Resposta livre

e) **Operacionalização da investigação:** Os questionários foram enviados via e-mail para preenchimento online para todos os colaboradores das ONGs, sendo o preenchimento efetuado de forma voluntária. O e-mail com o questionário foi enviado pelo investigador à ONG e à pessoa responsável pelo contato direto com o investigador que depois partilhou o link do questionário com todos os colaboradores das ONGs.

f) **Ferramenta utilizada para o questionário online:** O questionário online foi desenvolvido através do Google Forms. Que é uma ferramenta gratuita disponibilizada pelo motor de pesquisa Google.

g) **Tempo de aplicação dos questionários online:** Os questionários ficaram disponíveis entre 5 a 20 de setembro de 2019 e foram preenchidos no total 41.

h) **Análise de conteúdo dos questionários online:** As informações quantitativas e qualitativas recolhidas através do questionário online foram automaticamente disponibilizadas num ficheiro Excel alimentado pelo próprio Google Forms de acordo com as respostas obtidas. Após o fim do período de resposta, foi realizado o download do ficheiro Excel e realizado a análise dos dados.

   As respostas foram codificadas da mesma forma que as entrevistas, ou seja, o inquirido número 1 passou a ser Q1 o inquirido 2 a Q2 e assim sucessivamente até o Q41.

   A análise foi realizada segundo as categorias previamente definidas.

   Foi realizado a comparação e cálculo das frequências das respostas. Estes dados foram agregados por temáticas e categorias, representados em tabelas e por vezes transformados em gráficos, permitindo a realização de uma temática (Guerra, 2006) sobre as informações recolhidas.

i) **Limites e problemas dos questionários:** O questionário online por ter sido construído de modo a não recolher informações que levassem a identificação dos participantes, fez

com que o investigador não tivesse controlo das pessoas que responderam o questionário, partindo assim do princípio que às pessoas que responderam o questionário corresponderam verdadeiramente aos critérios de participação. Alguns colaboradores poderão não ter acesso a internet ou ter dificuldade em preencher o questionário online. Dois colaboradores manifestaram interesse em participar, mas não tinham acesso a internet para responder, tendo sido administrado via telefone, onde o investigador realizou as questões e os entrevistados responderam e o investigador preencheu o questionário de acordo com as respostas.

4.7) Limites e problemas no estudo de caso

Várias limitações e problemas foram identificados no decorrer do estudo:

A utilização do termo imigrante tornou-se uma dificuldade no decorrer do estudo devido a pluralidade de termos identificados no decorrer da pesquisa bibliográfica e documental. A primeira tentativa foi tentar utilizar a mesma definição do INE, mas o instituto não possui uma definição para o termo *imigrante* e sim para "i*migrante temporário*[83] e *imigrante permanente*[84], sendo assim, foi utilizado a definição da OIM referente no glossário da instituição em 2019. Segundo a OIM, o termo *imigrante*, do ponto de vista do país de chegada, é uma pessoa que se muda para outro país que não seja o seu de residência habitual ou da sua nacionalidade, tornado assim o país de destino a sua nova residência (OIM, 2019b).

Falta de dados estatísticos internacionais e nacionais relativamente aos imigrantes em situação irregular, tanto para os dados gerais sobre as migrações quanto aos dados relativos aos imigrantes e VIH dificultou a realização de um enquadramento mais apurado sobre as dificuldades dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde.

Por ser um estudo de caso, os resultados não podem ser extrapolados para o universo.

O trabalho de campo decorreu entre os meses de julho e setembro, coincidindo com o tempo de férias, podendo este fator ter excluído possíveis participantes.

Devido a limitação temporal para o desenvolvimento da dissertação e limitação de tempo por parte do investigado, não foi possível utilizar a mesma técnica de recolha de dados nas duas

[83] Imigrante temporário: Pessoa nacional ou estrangeira, residente em outro país por um período superior a 12 meses que decide residir em outro país em um período inferior a 1 ano, exemplo, pessoa de origem brasileira residente em São Paulo que decide imigrar para Portugal e residir no país por 6 meses. Definição disponível no website do SEF. Aceder a definição através do seguinte link: http://smi.ine.pt/Conceito.

amostras, ou seja, para os imigrantes foram realizadas entrevistas e para os colaboradores das ONGs, questionário online.

Ter escolhido o questionário online como técnica de recolha de dados para os colaboradores pode ter limitado a participação daqueles que não possuem acesso ao computador ou smartphone no seu dia-a-dia.

Capítulo 5: Apresentação dos dados

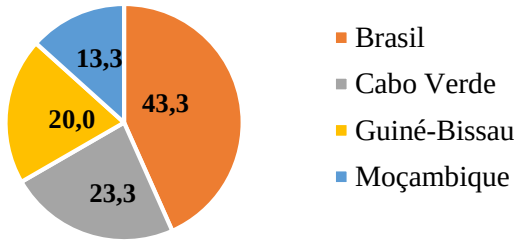
Neste capítulo serão apresentados os resultados das entrevistas realizadas juntamente dos imigrantes que vivem com VIH e do questionário online aplicado aos colaboradores das ONGs que trabalham na área do VIH.

5.1) As entrevistas

5.1.1) Caracterização dos entrevistados

A amostra dos imigrantes é constituída por **30 imigrantes** (N=30), dos quais 17 (56,7%) são de origem africana e 13 (43,3%) de origem brasileira. Os imigrantes de origem africana representam 3 países: Cabo Verde (23,3%), Guiné-Bissau (20%) e Moçambique (13%) (Ver Gráfico 30).

Gráfico 30: País de nascimento (%) (N=30)



Em relação ao *tempo de residência*, verifica-se que 46,7% dos participantes moram em Portugal há mais de 5 anos, 30% menos de um ano, 16,7% 2 anos, 3,3% 3 anos e 3,3% 4 anos. Os imigrantes de origem africana são os que residem em Portugal há mais tempo, 76,5% residem 5 anos ou mais, enquanto os entrevistados brasileiros, 61,5% residem 1 ou menos anos em Portugal, 23,1% residem 2 anos, 7,7 reside 3 anos e 7,7% 5 ou mais anos (Ver Tabela 7: Tempo de residência em Portugal -anos).

Tabela 7: Tempo de residência em Portugal (anos) (N=30)

	Africanos	%	Brasileiros	%	Total	%
≤1	1	5,9	8	61,5	9	30,0
2	2	11,8	3	23,1	5	16,7
3	0	0,0	1	7,7	1	3,3
4	1	5,9	0	0,0	1	3,3
5≥	13	76,5	1	7,7	14	46,7

A maioria dos imigrantes (20) são do sexo masculino, representando 66,7% da amostra e o sexo feminino 33,3% (10). Relativamente a condição sexual, 19 (63,3%) são heterossexuais,

10 (33,3%) são homossexuais e 1 (3.3%) bissexuais. Todos os imigrantes de origem africana reportaram ser heterossexuais enquanto os brasileiros 76,9% são homossexuais, 15,4% heterossexual e 1 participante (7,7) bissexual (Ver Tabela 8: Caracterização dos entrevistados).

Tabela 8: Caracterização dos entrevistados (N=30)

	Africanos	%	Brasileiros	%	Total	%
Total de participantes	**17**	**57**	**13**	**43**	**30**	**100**
Sexo						
Masculino	8	47,1	12	92,3	20	66,7
Feminino	9	52,9	1	7,7	10	33,3
Total	**17**	**100,0**	**13**	**100,0**	**30**	**100**
Condição sexual						
Heterossexual	17	100,0	2	15,4	19	63,3
Homossexual	0	0,0	10	76,9	10	33,3
Bissexual	0	0,0	1	7,7	1	3,3
Total	**17**	**100,0**	**13**	**100,0**	**30**	**100**
Idade						
20-29	1	5,9	3	23,1	4	13,3
30-39	2	11,8	8	61,5	10	33,3
40-49	2	11,8	1	7,7	3	10,0
50-59	6	35,3	1	7,7	7	23,3
60-69	5	29,4	0	0,0	5	16,7
70≥	1	5,9	0	0,0	1	3,3
Total	**17**	**100,0**	**13**	**100,0**	**30**	**100,0**
Estado civil						
Casado/União de fato	6	35,3	4	30,8	10	33,3
Separado	1	5,9	2	15,4	3	10,0
Solteiro	10	58,8	7	53,8	17	56,7
Total	**17**	**100,0**	**13**	**100,0**	**30**	**100**
Habilitações literárias						
Analfabeto	3	17,6	04	0,0	3	10,0
1º Ciclo ou menos	7	41,2	0	0,0	7	23,3
3º Ciclo	4	23,5	0	0,0	4	13,3
Secundário	2	11,8	8	61,5	10	33,3
≥ Licenciado ou mais	1	5,9	5	38,5	6	20,0
Total	**17**	**100,0**	**13**	**100,0**	**30**	**100,0**

Um em cada 3 imigrantes entrevistados possui idade entre os 30-39 anos (33,3%), 23,3% têm entre 50-59 anos, 16,7% têm entre os 60-69 anos, 13,3% têm entre os 20-29, 10% têm entre 40-49 e 3% (1 participante) tem idade superior a 70 anos.

Sobre o estado civil, 56,7% dos imigrantes são solteiros, 33,3% estão casados ou em união de facto e 10% estão separados. Ao comparar os dois grupos, verifica-se que ambos possuem percentagem parecidas relativamente ao estado civil, 58,8% dos africanos e 53,3% dos brasileiros responderam estar solteiro (Ver a Tabela Nº 8: Caracterização dos entrevistados).

Relativamente à *habilitação literária* (Ver Tabela 8: Caracterização dos entrevistados), 33,3% dos entrevistados concluíram o secundário, 20% possuem uma licenciatura, 23,3% possuem o 1º Ciclo e 10% reportaram ser analfabetos. Os dois grupos de imigrantes apresentam algumas diferenças a nível das habilitações literárias. Dos brasileiros, 61,5% reportaram ter concluído o secundário e 38,5% possuem ensino superior. Relativamente aos imigrantes de origem africana, 41,2% concluiu o 2º Ciclo, 23,5% concluiu o 3º Ciclo, 17,6% são analfabetos, 11,8% concluíram o secundário e 1 entrevistado possui ensino superior.

Metade da amostra reportaram ter autorização de residência (50%), 20% são naturalizados, 16,7% estão em processo de regularização e 13,3% estão em situação irregular (Ver Tabela 9: Situação administrativa no país**)**. A maior parte dos imigrantes africanos já possuem Autorização de Residência (58,8%), 35,3% estão naturalizados e 1 participante referiu estar em situação irregular. Já em relação aos brasileiros 38,5% já possuem Autorização de Residência, 38,5% estão em processo de regularização, ou seja, deram início no processo de regularização juntamente do SEF, 23,1% referiram estar em situação irregular e ainda não iniciaram o processo de regularização.

Tabela 9: Situação administrativa no país (N=30)

	Africanos	%	Brasileiros	%	Total	%
Em processo de regularização	0	0,0	5	38,5	5	16,7
Irregular	1	5,9	3	23,1	4	13,3
Naturalizado	6	35,3		0,0	6	20,0
Autorização de Residência temporária	10	58,8	5	38,5	15	50,0
Total	**17**	**100,0**	**13**	**100,0**	**30**	**100**

Relativamente a *situação profissional*, verifica-se que 63,3% dos imigrantes estão empregados, 33,3% estão desempregados e 3,3% (1 participante) está reformado. Todos os participantes brasileiros (100%) estão empregados, enquanto 58,8% dos africanos estão desempregados, 35,3% estão empregados e 1 participante está reformado (5,9%).

Em relação à *atividade profissional dos imigrantes*, 20% trabalham em atividades domésticas, exemplo, limpeza, 20% trabalham na restauração, exemplo, restaurantes e cafés. Em funções superiores, como por exemplo, Arquiteto e Analista de Sistemas, a percentagem é de 16,7%. Na construção civil os dados são de 13,3%, 6,7% na área da estética e beleza (cabeleireiro), 6,7% trabalho no campo (cultivador), e não foi obtido informação de uma participante (Ver Tabela 10: Caracterização profissional e económica dos entrevistados).

Tabela 10: Caracterização profissional e económica dos entrevistados (N=30)						
	Africanos	**%**	**Brasileiros**	**%**	**Total**	**%**
Situação Profissional						
Desempregado	10	58,8	0	0,0	10	33,3
Empregado	6	35,3	13	100,0	19	63,3
Reformado	1	5,9	0	0,0	1	3,3
Total	**17**	**100,0**	**13**	**100,0**	**30**	**100,0**
Atividade profissional						
Atividades doméstica	5	29,4	1	7,7	6	20,0
Estética e Beleza	0	0,0	2	15,4	2	6,7
Funções superiores[85]	0	0,0	5	38,5	5	16,7
Restauração e hotelaria	2	11,8	4	30,8	6	20,0
Trabalho de escritório	2	11,8	1	7,7	3	10,0
Trabalho no campo	2	11,8	0	0,0	2	6,7
Trabalho na construção civil	4	23,5	0	0,0	4	13,3
Sem informação	2	11,8	0	0,0	2	6,7
Total	**17**	**100,0**	**13**	**100,0**	**30**	**100,0**
Possui rendimento fixo						
Sim	11	64,7	13	100,0	24	80,0
Não	6	35,3	0	0,0	6	20,0
Total	17	**100,0**	13	**100,0**	**30**	**100,0**
O rendimento mensal é suficiente para aceder ao hospital						
Sim	8	47,1	13	100,0	21	70,0
Não	9	52,9	0	0,0	9	30,0
Total	**17**	**100,0**	**13**	**100,0**	**30**	**100.0**

Os entrevistados brasileiros entrevistados possuem funções no mercado de trabalho maioritariamente superiores (38,5%) e restauração (30,8%), enquanto os imigrantes de origem africana desempenham atividades maioritariamente nas atividades de limpeza (29,4%) e 23,5% na construção civil (Ver Tabela 10: Caracterização profissional e económica dos entrevistados).

Ao perguntar *se possuem algum rendimento fixo*, 80% dos entrevistados responderam sim e 20% responderam não. Ao realizar uma análise mais detalhada, verifica-se que 100% dos brasileiros entrevistados possuem rendimento fixo enquanto 64,7% dos africanos responderam sim e 35,3% responderam não ter qualquer tipo de rendimento.

Ao questionar *se o rendimento mensal é suficiente para acederem ao hospital*, com o objetivo de comparecerem às consultas de infeciologia, realizar análises de sangue e levantar a medicação, 70% responderam que o rendimento mensal é suficiente para pagar o deslocamento até ao hospital e 30% responderam que o rendimento mensal não é suficiente.

[85] As funções superiores estão representadas pelas seguintes profissões: Arquiteto, Analista de Sistema, Publicitário, Turismólogo e Trader.

Todos os brasileiros (100%) informaram que o rendimento é suficiente para aceder ao hospital, enquanto aos africanos, 52,9% respondeu que não é suficiente e 47,1% respondeu que o rendimento é suficiente para acederem ao hospital (Ver Tabela 10: Caracterização profissional e económica dos entrevistados).

Pode-se concluir que os entrevistados brasileiros são mais qualificados, comparativamente aos imigrantes de origem africana e exercem mais funções técnicas ou ligadas ao serviço. Verificou-se também que 100% dos brasileiros estão empregados, possuem um rendimento fixo, sendo este o suficiente para aceder ao hospital e manter o tratamento. Já em relação aos imigrantes de origem africana entrevistados, quase 60% está desempregado e apesar de 64,7% terem respondido que possuem um rendimento fixo, mais de 50% dos africanos referiam que o rendimento que recebem mensalmente não é suficiente para aceder ao hospital, ou seja, não é o suficiente para pagar as deslocações até ao hospital para levantar o medicamento, fazer as análises de sangue e comparecer às consultas médicas.

5.1.2) Trajetória da infeção

Relativamente a *trajetória da infeção*, 70,3% da amostra (30 sujeitos) foi diagnosticada com VIH em Portugal e 26,7% no país de origem. Dos imigrantes de origem africana 94,1% foram diagnosticados em Portugal e apenas 1 imigrante africano respondeu ter sido diagnosticado no seu país de origem. Ao contrário dos africanos, mais da metade dos brasileiros (53,8%) foram diagnosticados no Brasil e 46,2% em Portugal (Ver Tabela 11: Trajetória da infeção).

Em relação ao *local onde foram diagnosticados*, 66,7% reportaram ter recebido o diagnóstico no hospital, 30% em ONGs que realizam testes para o VIH e 1 participante referiu ter sido identificado no centro de saúde após a realização de um teste rápido. Mais da metade dos imigrantes de origem africana (76,5%) foram diagnosticados num hospital, 17,6% nas ONGs e 5,9% no centro de saúde. Dois imigrantes de origem africana foram diagnosticados quando iniciaram o serviço de apoio pré-natal (E19 e E22) e a E10 ficou a saber apenas após o nascimento do filho. Dos brasileiros (53,8%) foram diagnosticados no hospital e 46,2% em ONGs. Dos diagnosticados nos hospitais apenas 1 foi em Portugal nos serviços de urgência (E13).

Relativamente ao *tempo que vivem com a infeção*, 60% vivem mais há 5 anos, 20% há 1 ano ou menos, 13,3% há 2 anos e 6,7% (referente a 2 participantes) não se lembram há quanto tempo vivem com VIH. Mais da metade dos imigrantes de origem africana (64,7%) e dos

brasileiros (53,8%) vivem com VIH 5 anos ou mais. Em relação aos entrevistados que vivem há 1 ano ou menos com a infeção, os brasileiros são os que mais se destacam (38,5%) comparativamente aos imigrantes de origem africana (5,9%).

Tabela 11: Trajetória da infeção (N=30)

	Africanos	%	Brasileiros	%	Total	%
País onde foi diagnosticado?						
Portugal	16	94,1	6	46,2	22	73,3
País de origem	1	5,9	7	53,8	8	26,7
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	17	100,0	13	100,0	30	100,0
Local onde foi identificado com a infeção pelo VIH						
Hospital	13	76,5	7	53,8	20	66,7
ONG	3	17,6	6	46,2	9	30,0
Centro de saúde	1	5,9	0	0,0	1	3,3
Total	17	100	13	100,0	30	100,0
Tempo que vivem com a infeção						
≤1	1	5,9	5	38,5	6	20,0
2	3	17,6	1	7,7	4	13,3
3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5≥	11	64,7	7	53,8	18	60,0
Não lembra	2	11,8	0	0,0	2	6,7
Total	17	100	13	100,0	30	100,0

Constata-se que 70% dos imigrantes entrevistados foram diagnosticados em Portugal. Relativamente ao local do diagnóstico, quase 80% dos imigrantes de origem africana e 53% dos brasileiros foram diagnosticados em contexto hospitalar, menos de 20% dos imigrantes de origem africana e 46,2% dos imigrantes brasileiros ficaram a saber que vivem com VIH em uma ONG, após a realização de um teste rápido, sendo necessário haver uma ligação aos serviços de infeciologia hospitalar para confirmar a infeção e iniciar o tratamento.

5.1.3) Acesso ao tratamento para o VIH em Portugal

Ao perguntar *que tipo de serviço recorreu para aceder ao tratamento do VIH em Portugal*, 53,3% dos imigrantes informaram ter recorrido ao hospital, 40% as ONGs, 20% aos Centros de Saúde e 3,3% (1 participante) recorreu às farmácias. Os africanos responderam maioritariamente que recorreram aos hospitais (76,5%), isso porque foram diagnosticados diretamente nos hospitais portugueses, ou seja, o próprio hospital conseguiu referenciá-los para iniciar o tratamento no serviço de especialidade para o VIH. Em relação aos brasileiros, 69,2% recorreram às ONGs, 38,5% recorreram aos Centros de Saúde, e 7,7% (1 participante) recorreu às farmácias. Os brasileiros, por terem sido maioritariamente diagnosticados no país de origem ao migrarem em Portugal, procuraram as ONGs que trabalham na área do VIH,

Centros de Saúde e um entrevistado recorreu às farmácias comerciais de rua (Ver Tabela 12: Serviço que recorreu em Portugal para aceder ao tratamento do VIH).

Tabela 12: Serviço que recorreu em Portugal para aceder ao tratamento do VIH (N=30)

	Africanos	%	Brasileiros	%	Total	%
Hospital	13	76,5	3	23,1	16	53,3
ONG	3	17,6	9	69,2	12	40,0
Centro de saúde	1	5,9	5	38,5	6	20%
Farmácia	0	0,0	1	7,7	1	3,3

Nota: Um imigrante pode ter recorrido a mais do que um serviço para aceder ao tratamento.

Existem diferenças importantes segundo o país de origem. Os africanos foram diagnosticados maioritariamente me Portugal em contexto hospitalar, não sofrendo grandes barreiras no acesso ao tratamento, enquanto os brasileiros entrevistados, por terem sido diagnosticados maioritariamente no país de origem ou através das ONGs em Portugal, ao tentar dar continuidade ao tratamento do VIH (para aqueles que já chegaram em Portugal em tratamento) ou dar início ao tratamento (para os novos diagnosticados), o acesso ao serviço de infeciologia se tornou um desafio, como podemos verificar no ponto que se segue.

5.1.4) Barreiras no acesso ao tratamento para o VIH em Portugal

Mais da metade da amostra (53,3%) referiram sofrer algum tipo de barreira no acesso ao tratamento para o VIH. As barreiras mais identificadas pelos imigrantes foram as seguintes: Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento (46,7%); Falta do número do utente (36,7%); Insuficiência económica, exemplo, pagamento de transporte para aceder ao hospital (33,3%) e falta do Título de residência (Ver Tabela 13: Barreiras no acesso ao tratamento em Portugal).

Tabela 13: Barreiras no acesso ao tratamento em Portugal (N=30)

	Africanos	**%**	**Brasileiros**	**%**	**Total**	**%**
Teve algum tipo de barreira para aceder ao tratamento do VIH em Portugal?						
Sim	5	29,4	11	84,6	16	53,3
Não	12	70,6	2	15,4	14	46,7
Total	**17**	**100,0**	**13**	**100,0**	**30**	**100,0**
Quais foram as barreiras no acesso?						
Medo de iniciar a medicação	1	5,9	0	0,0	1	3,3
Atestado de Residência na Junta de Freguesia	2	11,8	1	7,7	3	10,0
Falta número do utente	3	17,6	8	61,5	11	36,7
Falta do Título de residência	1	5,9	7	53,8	8	26,7
Insuficiência económica (pagamento de transporte para aceder ao hospital)	5	29,4	5	38,5	10	33,3
Língua/comunicação	3	17,6	0	0,0	3	10,0
Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento	3	17,6	11	84,6	14	46,7

Reside longe do hospital	1	5,9	0	0,0	1	3,3

Nota: Os imigrantes podem ter referido mais do que uma barreira no acesso. Os dados devem ser lidos em linha.

Como se pode verificar as barreiras de acesso ocorrem em diferentes áreas, por vezes devido à falta de informação por parte dos imigrantes sobre os seus direitos, e por outro lado a falta de informação por parte dos profissionais de saúde, especialmente dos administrativos, como por exemplo:

Falta de conhecimento por parte do imigrante e dos profissionais de saúde: *"Como já estava ficando sem medicamento tentei comprar na farmácia. A farmacêutica disse que não vendiam e me recomendou outra farmácia… As farmácias não sabem onde conseguir a medicação nem os centros de saúde… pediram para procurar um médico particular (centro de saúde). Na verdade, ninguém sabe. Fica um jogando para o outro. Fui em várias farmácias da Almirante Reis e ninguém sabe" (E15).*

Barreira no centro de saúde: *"Não consegui fazer a inscrição no centro de saúde. O centro de saúde pediu para trazer um exame que comprovasse (que vive com VIH). Só depois de três meses de tentativa que voltei a contactar a ONG e eles conseguiram resolver o caso. O centro de saúde informou que levaria 5 ou 6 meses para ser consultado com o médico para passar o laudo (exame que comprovasse que está infetado pelo VIH) sobre o VIH. O Centro de saúde só aceita consulta de urgência para este tipo de situação se tiver o laudo, mas só iria conseguir o laudo se tiver o número do utente. Ficou 3 meses a tentar avançar com a legalização para tentar voltar a conseguir ter acesso ao tratamento médico. Tentou o outro centro de saúde, mas não conseguiu. O centro de saúde não me deu nenhuma solução."* (E6).

Barreira de acesso no hospital e no centro de saúde: *"Fiz o teste na urgência do hospital. Os enfermeiros e médicos não sabiam como referenciar para especialidade porque não tinha o número do utente". O imigrante dirigiu-se ao centro de saúde de zona, de acordo com a recomendação do médico de urgência. "O centro de saúde não deu o número do utente porque estava em situação irregular… Após conhecer uma médica, ela me indicou o CheckpointLX*[86] *que explicou o procedimento e entregou um papel para mostrar no centro de saúde para eles fazerem a inscrição, mas o centro de saúde não aceitou o documento (documento com o decreto de lei 25360/2001). Nem quiseram ver o papel com a lei (administrativa do Centro de Saúde). Tentei 3 vezes no centro de saúde e não consegui. Nem a superiora do Centro de Saúde sabia como resolver o caso."* (E13)."*Fui no Centro de Saúde e pediram a autorização*

[86] CheckpointLX é um dos serviços de rastreio da organização GAT.

de residência. Me informaram que não tem como agendar uma consulta porque não tenho médico de família e sem número do utente não teria acesso… depois não deram mais informações" (E27).

O E27 já estava em tratamento, mas devido as informações adquiridas no Centro de Saúde da zona onde reside, ficou 6 meses sem medicação, na tentativa de conseguir se regularizar e posteriormente tentar aceder ao tratamento novamente. Um amigo recomendou o GAT e a organização conseguiu agendar uma consulta.

Documentação: *"Estava com visto de turista e não tinha o PB4"* (E11). O E11 verificou em uma rede social, gerida por membros da mesma nacionalidade, que sem o Título de residência não teria acesso ao tratamento em Portugal.

Barreira no acesso a medicação: *"Só tive problema para pegar a medicação no segundo mês. Não consegui tirar porque no sistema estava independente*[87] *… tive que pagar a consulta e não deixaram pegar o medicamento. Depois disso tentei tirar o número do utente. Fui no Centro de Saúde, mas me informaram que sem a residência não consigo (obter o número de utente)" … Eu não sabia dos cuidados de saúde e vitais*[88]*. Uma pessoa mais leiga do que eu, o que ela ia fazer? Ficar sem medicação, sem exames, sem nada? Se eu tivesse condições de pagar o medicamento, mas não tenho."* (E30).

Apesar da falta de conhecimento sobre como aceder aos cuidados de saúde ser transversal aos imigrantes, verifica-se que há dificuldades que se destacam mais em alguns grupos do que em outros, exemplo, os africanos possuem mais dificuldades no acesso ao tratamento devido a insuficiência economia, enquanto os brasileiros as razões prendem-se com a própria situação administrativa no país e o processo de legalização.

5.1.5) Apoio prestado pela ONG no acesso

Mais da metade da amostra (60%) receberam apoio de uma ONG para aceder ao tratamento e 40% não necessitam de apoio. A grande maioria dos africanos (64,7%) não precisaram de

[87] A inscrição independente é um tipo de inscrição realizada no centro de saúde. Este tipo de inscrição não emite o número do utente, mas permite o imigrante ter acesso aos cuidados de saúde, sendo o mesmo responsável pelo pagamento de todas as despesas na totalidade. O correto seria o centro de saúde realizar uma inscrição de cuidados de saúde vitais, permitindo ter acesso gratuito para os cuidados de saúde para o VIH.
[88] Cuidados de saúde vitais. Tipo de inscrição que pode ser realizada em todos os centros de saúde. Este tipo de inscrição permite todas às pessoas sem número de utente, consigam aceder os cuidados de saúde vitais, que inclui o tratamento do VIH gratuito.

apoio das ONGs para aceder ao tratamento (Ver Tabela 14: Apoio prestado pelas ONGs no acesso ao tratamento).

Tabela 14: Apoio prestado pelas ONGs no acesso ao tratamento (N=30)

	Africanos	%	Brasileiros	%	Total	%
Recebeu algum apoio da ONG para aceder aos serviços de saúde para o VIH em Portugal						
Sim	6	35,3	12	92,3	18	60,0
Não	11	64,7	1	7,7	12	40,0
Total	**17**	**100,0**	**13**	**100,0**	**30**	**100,0**
Indique qual foi o tipo de apoio prestado para aceder ao tratamento*						
Indicação dos documentos necessários para aceder às consultas de infeciologia	4	23,5	12	92,3	16	53,3
Inscrição no centro de saúde	4	23,5	10	76,9	14	46,7
Agendamento de consulta hospitalar	4	23,5	13	100,0	17	56,7
Acompanhamento hospitalar	4	23,5	12	92,3	16	53,3
Apoio psicológico	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Apoio económico	4	23,5	0	0,0	4	13,3
Língua/Comunicação	2	11,8	0	0,0	2	6,7

*Nota: O imigrante pode ter beneficiado de mais de um tipo de apoio da uma ou mais ONGs que trabalham na área do VIH. Os dados devem ser lidos em linha.

Relativamente aos brasileiros 92,3% recorreram as ONGs para conseguirem aceder ao tratamento em Portugal, situação que deriva do fato de que a maioria foi diagnosticado no país de origem, e ao chegar em Portugal recorreram às ONGs para terem acesso ao tratamento.

As próprias organizações apoiaram diretamente os imigrantes no acesso ao tratamento. O agendamento de consulta (56,7%), o acompanhamento hospitalar (53,3%), a indicação dos documentos necessários para aceder às consultas de infeciologia (53,3%) e a inscrição no Centro de Saúde (46,7%) foram os tipos de apoio mais prestados pelas ONGs no acesso ao tratamento para o VIH aos imigrantes. Os brasileiros, como já referido, são os que mais beneficiam do trabalho desenvolvido pelas ONGs para aceder ao tratamento para o VIH. Das primeiras consultas para o VIH, 100% foram agendadas através das organizações, 92,3% foram acompanhados até ao hospital na primeira consulta e receberam indicações sobre os documentos necessários para ter acesso ao tratamento, e 79,2% receberam apoio na inscrição no Centro de Saúde.

Ao perguntar aos imigrantes se conseguiriam aceder ao tratamento do VIH sem o apoio das ONGs, 53,3% responderam que sim, e 46,7% responderam negativamente (Ver Tabela 15: Conseguiria aceder ao tratamento do VIH sem o apoio da ONG?).

Tabela 15: Conseguiria aceder ao tratamento do VIH sem o apoio da ONG? (N=30)						
	Africanos	**%**	**Brasileiros**	**%**	**Total**	**%**
Sim	14	82,4	2	15,4	16	53,3
Não	3	17,6	11	84,6	14	46,7
Total	**17**	**100**	**13**	**100**	**30**	**100**

Em relação aos africanos 82,4% responderam que conseguiriam aceder sem o apoio das ONGs, enquanto 84,6% dos brasileiros responderam que não conseguiriam (Ver tabela anterior) Eis alguns exemplos de resposta:

"Sim! Tenho os documentos todos" (E5).
"Sim! Acho eu sim porque já tinha o documento" (E8).
"Não! Porque o hospital exigia o número do utente e o centro de saúde não aceitou fazer a minha inscrição" (E13).
"Lógico que não! Porque estou irregular e estando irregular não consigo nada. Fiquei pensando que ia morrer" (E16).
"Não! Porque não conheço o procedimento do serviço de saúde em Portugal" (E29).
"Não! Porque não tinha o PB4, não tinha nada. Não sabia nem por onde começar" (E30).

5.1.6) Continuação do tratamento do VIH

Ao questionar os imigrantes se identificaram ou ainda identificam alguma dificuldade para manter o tratamento, 50% respondeu que sim, e 50% respondeu que não. Ao analisar por grupos, verifica-se que 82,4% dos imigrantes de origem africana sofreram ou ainda sofrem alguma dificuldade em manter o tratamento, enquanto os brasileiros 92,3% responderam que não possuem nenhuma dificuldade. Apenas 1 participante brasileiro respondeu que sim e o problema estava relacionada com o impedimento de levantar a medicação para o VIH na farmácia do hospital onde está a ser seguido devido a inscrição no Centro de Saúde estar incorreta (Ver Tabela 16: Continuação do tratamento ao VIH).

Tabela 16: Continuação do tratamento ao VIH (N=30)						
	Africanos	**%**	**Brasileiros**	**%**	**Total**	**%**
Sofreu ou ainda sofre alguma barreira para dar continuidade ao tratamento						
Sim	14	82,4	1	7,7	15	50,0
Não	3	17,6	12	92,3	15	50,0
Total	**17**	**100**	**13**	**100,0**	**30**	**100,0**
Quais foram as barreiras enfrentadas para continuar o tratamento?*						
Económica	10	58,8	0	0,0	10	33,3
Língua/comunicação	2	11,8	0	0,0	2	6,7
Documental	2	11,8	1	7,7	3	10,0

*Nota: Os dados devem ser lidos em linha.

As razões que dificultam o tratamento estão maioritariamente relacionadas com a situação económica dos imigrantes africanos (33,3%), enquanto 10% referiu estar relacionado com problemas documentais, exemplo, impedimento de levantar a medicação por não ter o número do utente e 6,7% referiram a dualidade de comunicação com os profissionais de saúde.

Em relação ao apoio oferecido pelas ONGs para garantir a continuidade do tratamento aos imigrantes, de modo geral 46,7% recebem apoio social e apoio no levantamento da medicação[89], 43,3% recebem apoio económico[90], 40% apoio na adesão ao tratamento[91] e 33,3% são acompanhados sistematicamente às consultas hospitalares (Ver Tabela 17: Qual foi o apoio oferecido pela ONG para continuar o acesso aos cuidados de saúde para o VIH?).

Tabela 17: Qual foi o apoio oferecido pela ONG para continuar o acesso aos cuidados de saúde para o VIH? (N=30)

	Africanos	%	Brasileiros	%	Total	%
Apoio económico	13	76,5	0	0,0	13	43,3
Apoio Social (Ex: RSI)	14	82,4	0	0,0	14	46,7
Acompanhamento hospitalar de seguimento	10	58,8	0	0,0	10	33,3
Apoio para levantar a medicação no hospital (sem a presença do utente)	14	82,4	0	0,0	14	46,7
Apoio na adesão ao tratamento (exemplo, toma assistida, gestão dos medicamentos)	12	70,6	0	0,0	12	40,0
Língua/Comunicação	3	17,6	0	0,0	3	10,0
Documentação	0	0	1	7,7	1	3,3

Nota: Uma pessoa pode ter referido mais do que um tipo de apoio. A tabela deve ser lida em linha.

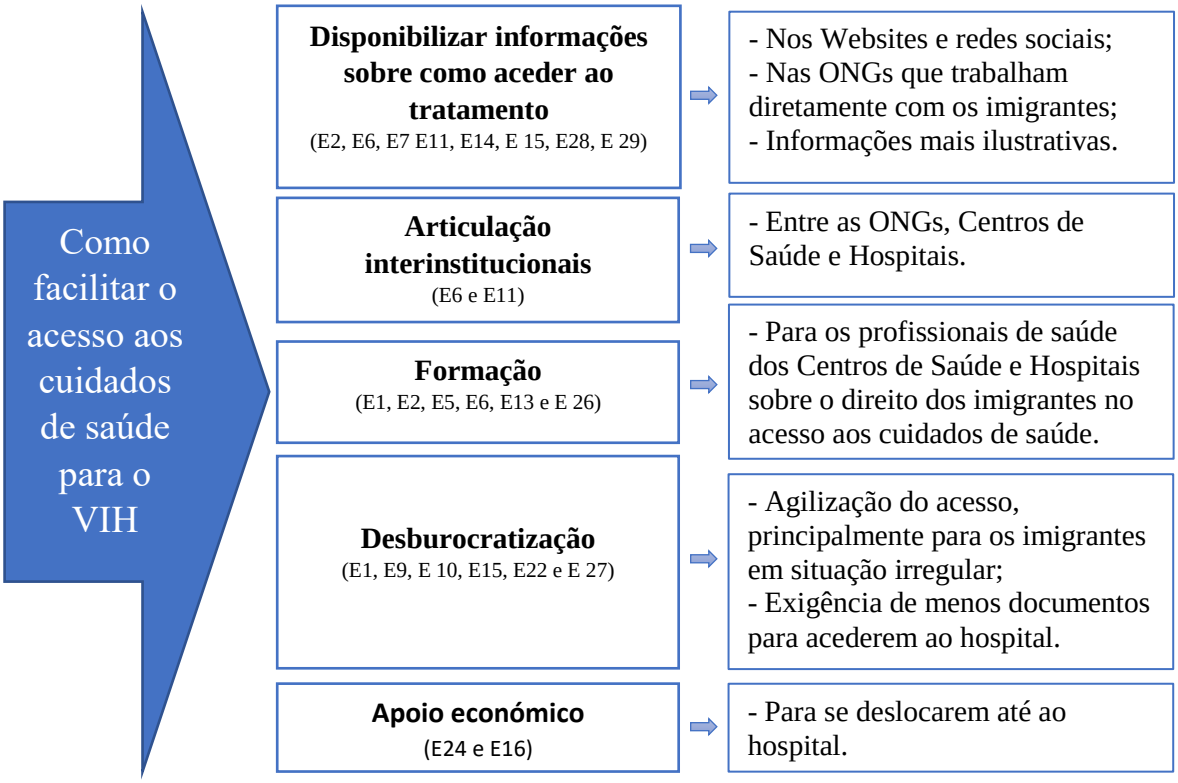
Eis alguns exemplos de apoios mencionados pelos imigrantes:

- *"Fiquei 4 ou 5 anos sem acesso ao tratamento devido a falta de documentação* (Título de residência). *O novo hospital não me deixou aceder ao tratamento porque estava em situação irregular" (E1).* A ONG conseguiu apoiar o E1 na regularização e apoio para aceder a consulta novamente. *"A organização faz o pagamento da passagem e dá apoio social para conseguir o RSI" (E1).*
- *"Me dão apoio de transporte para ir ao hospital e apoio social… também recebo apoio social para o RSI, visita a casa, visita no hospital quando estou internada devido a outros problemas de saúde. Tenho muita dificuldade em ir ao hospital quando não consigo ver" (E5).*
- *"Apoio na alimentação e também controla para saber se está tudo direito né" (E21).*

[89] As próprias organizações levantam a medicação mensalmente ou trimestralmente para os utentes imigrantes e os mesmos vão levantar a medicação diretamente na organização.
[90] Maioritariamente pagamento do transporte público para acederem ao hospital.
[91] O apoio a adesão pode ser feito através da toma observada, ou seja, a pessoa tem que tomar a medicação todos os dias na frente de um técnico. O utente pode se deslocar diariamente a organização ou a organização se desloca diariamente a cada do utente para que o mesmo tome a medicação. Outra estratégia utilizada é a gestão da medicação, ou seja, o utente vai levantar a medicação na organização semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente onde é efetuado algumas questões de modo a ter certezas que estão a tomar a medicação diariamente.

5.1.7) Possíveis soluções

Quando foi efetuado a pergunta "O que poderia ser feito para facilitar o acesso dos imigrantes nos cuidados de saúde para o VIH em Portugal" várias soluções foram mencionadas, sendo estas enquadradas no esquema que se segue:



5.1.8) Síntese conclusiva das entrevistas

Em suma, segundo a perspetiva dos imigrantes entrevistados (N=30), as barreiras no acesso ao tratamento para o VIH estão ligadas maioritariamente a quatro fatores: falta de conhecimento por parte dos imigrantes sobre os direitos no acesso aos cuidados de saúde para o VIH, falta do número de utente, insuficiência económica e falta do Título de Residência.

Os imigrantes de origem brasileira (N=13) são os que mais identificam barreiras no acesso ao tratamento para o VIH, principalmente os que estão em situação irregular. A falta de conhecimento sobre os seus direitos no acesso ao tratamento, o estar irregular e a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre como integrar os imigrantes sem visto de residência no Sistema Nacional de Saúde, são os fatores que retardaram o acesso destes imigrantes aos cuidados de saúde para o VIH.

Ao contrário dos imigrantes brasileiros, os imigrantes de origem africana (N=17), não apresentaram dificuldades em aceder ao tratamento para o VIH, e sim manter o tratamento. Isso porque maioritariamente foram diagnosticados no território português em contexto hospitalar, sendo estes referenciados internamente para os serviços de infeciologia, como já são portadores do Título de residência ou possuem a nacionalidade portuguesa, não foram identificadas grandes obstruções no acesso. Relativamente a continuação do tratamento, o desemprego, a precariedade económica e por vezes a inflexibilidade do horário de trabalho são os fatores que dificultam os africanos a comparecer às consultas, análises e levantamento das medicações.

Verificou-se que as ONGs desempenham um papel fundamental não apenas no apoio ao acesso, mas também no desenvolvimento de serviços que garantam a continuação do tratamento. Para os imigrantes com dificuldades em aceder aos cuidados de saúde para o VIH, as ONGs conseguem apoiá-los a adquirir todos os documentos necessários para serem integrados no Sistema Nacional de Saúde, também efetuam o agendamento da consulta e disponibilizado um acompanhamento de um técnico ou mediador de pares da ONG para acompanhar a pessoa na primeira consulta. Já para os que necessitam de apoio para manter o tratamento, maioritariamente pessoas em situação de maior vulnerabilidade económica, social e psicológica, é disponibilizado um apoio social que responda os desafios enfrentados pelos imigrantes e colmate as barreiras que impeçam os mesmos a manter o tratamento.

Os imigrantes efetuaram diversas recomendações de modo a facilitar o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde para o VIH, como:

- Disponibilizar mais informação para aos imigrantes, através dos diferentes meios de comunicação, sobre os seus direitos no acesso aos cuidados de saúde para o VIH;
- Desburocratizar o acesso;
- Disponibilizar formação para os profissionais de saúde sobre os direitos dos imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH;
- Dar um apoio social que consiga responder as dificuldades dos imigrantes em situação de maior vulnerabilidade, no acesso e manutenção do tratamento;
- Articular mais os serviços entre os Hospitais, Centros de Saúde e as ONGs.

Após a realização das 30 entrevistas e análise das mesmas, foi desenvolvido um questionário online para os colaboradores das ONGs que trabalham na área do VIH de modo a recolher as suas perspetivas sobre os temas abordados no decorrer das entrevistas para os imigrantes.

5.2) Questionário online

O questionário online esteve disponível para resposta entre os dias 5 e 20 de setembro de 2019 e foram obtidos um total de 41 respostas dos colaboradores das ONGs, ou seja, segundo ao universo de 122 colaboradores[92], houve a participação de 33,6% dos colaboradores.

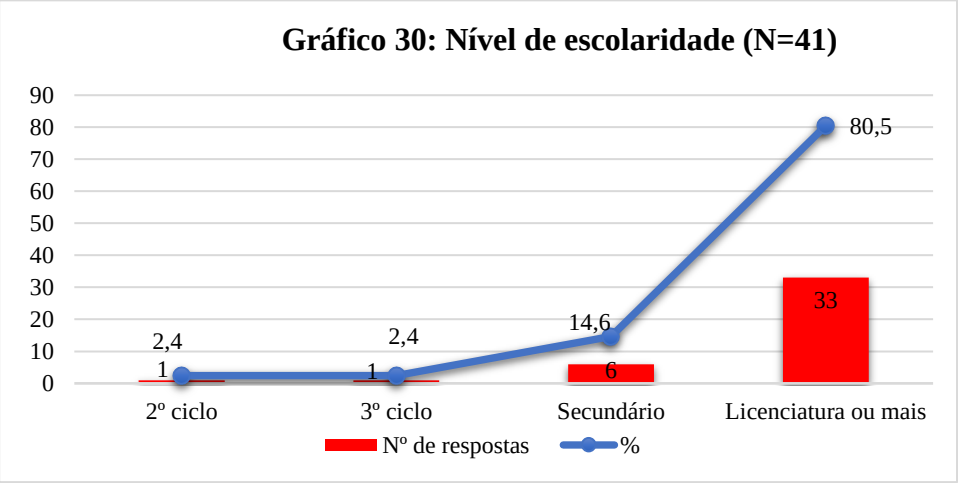
5.2.1) Caracterização dos colaboradores

A maioria dos colaboradores que responderam o questionário nasceram em Portugal (80,5%) e os outros 19,5% nasceram e diferentes países como Cabo Verde, Brasil, Guiné Bissau e entre outros (Ver Tabela 18: País de nascimento - colaboradores).

Tabela 18: País de nascimento - colaboradores

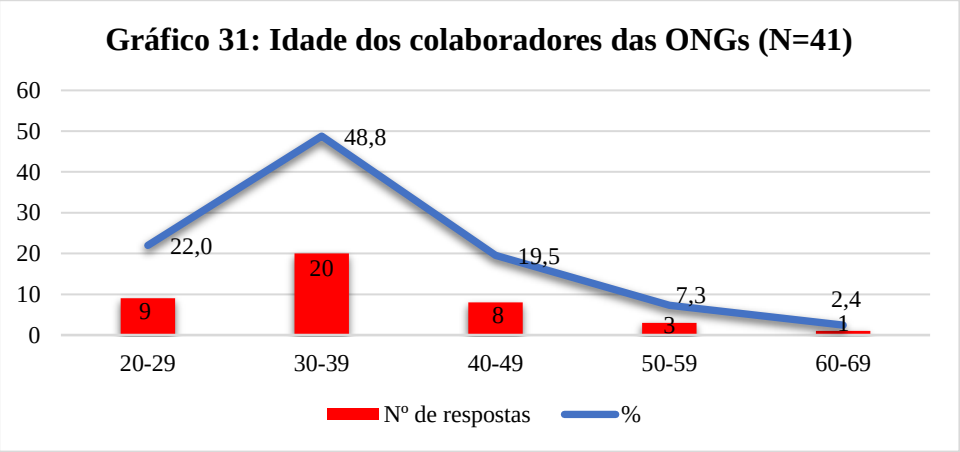
Países	**Nº**	**%**
Portugal	33	80,5
Cabo Verde	1	2,4
Brasil	1	2,4
Guiné Bissau	1	2,4
Bolívia	1	2,4
França	1	2,4
Espanha	1	2,4
Angola	1	2,4
Itália	1	2,4
Total	**41**	**100,0**

Relativamente ao nível de escolaridade dos participantes, verificou-se uma predominância de colaboradores com o nível superior (80,5%), seguido de colaboradores com o Secundários (14,6%), 1 colaborador com o 3º ciclo de escolaridade (2,4%) e outro participante com o 1º Ciclo (2,4%) (Ver Gráfico 30).



[92] Número de colaboradores apresentados no capítulo da metodologia.

Relativamente à idade, quase 50% dos colaboradores que voluntariamente participaram do estudo têm idades compreendidas entre os 30-39 anos (48,8%). O segundo maior grupo possui idades entre os 20-29 anos (22,0%), 40-49 anos (19,5%), 7,3% têm entre os 50-59 anos e 1 participante (2,4%) têm idade entre os 60-69 anos de idade (Ver Gráfico 31).



Em relação a principal área de trabalho na ONG, os Assistentes sociais (17,1%), Enfermeiros (17,1%) e Técnicos de rastreio (17,1%) foram os grupos que mais responderam o questionário representando 51,1% das respostas. Os demais 49,9% das respostas representam diferentes áreas, como 12,2% de Coordenadores dos serviços, 9,8% de Administrativos, 9,8% de Médicos, 4,9% de Psicólogos e 4,9% de Mediadores de Pares (Ver Tabela 29: Principal área que trabalha na ONG).

Tabela 19: Principal área que trabalha na ONG

Área de trabalho	Nº respostas	%
Assistente social	7	17,1
Enfermeiro(a)	7	17,1
Técnico(a) de rastreio	7	17,1
Coordenador (a) do serviço	5	12,2
Administrativo(a)	4	9,8
Médico(a)	4	9,8
Outro[93]	3	7,3
Psicólogo(a)	2	4,9
Mediador de Pares	2	4,9
Total	**41**	**100,0**

Quase 48,8% dos participantes trabalham na organização num período igual ou inferior a 3 anos (24,4% igual ou menos de 1 anos e 24,4% entre 2 a 3 anos). Já 17,1% trabalham 8 ou

[93] As outras respostas são referentes a 1 presidente da Direção, 1 representante comunitário e 1 Responsável de serviço

mais anos e 12.2% trabalham entre 6-7 anos (Ver Tabela 20: Tempo que trabalha na Organização).

Tabela 20: Tempo que trabalha na Organização		
Anos	**Nº respostas**	**%**
≤1	10	24,4
2 - 3	10	24,4
4 - 5	9	22,0
6 -7	5	12,2
≥8	7	17,1
Total	**41**	**100,0**

5.2.2) Dificuldades no apoio aos imigrantes

Ao questionar se os colaboradores das ONGs já realizaram alguma formação específica para trabalhar juntamente das comunidades imigrantes 78,0% responderam não e 22% responderam sim (Ver Tabela 21: Já realizou alguma formação específica para trabalhar juntamente da comunidade imigrante?).

Tabela 21: Já realizou alguma formação específica para trabalhar juntamente da comunidade imigrante?		
	Nº	**%**
Sim	9	22,0
Não	32	78,0
Total	**41**	**100**

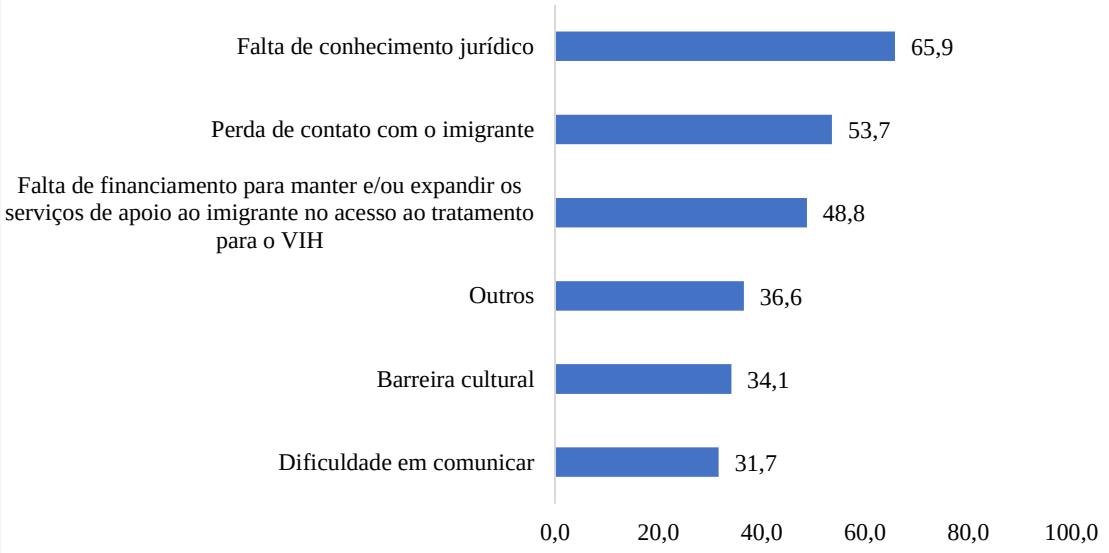
Dos 22% que respondiam sim (9 colaboradores), 3 especificaram o tipo de formação que tiveram, como: Migração e saúde, processo de legalização e acesso à saúde. Os demais responderam que não se lembram das formações ou apenas referiram que foram várias, mas não especificaram.

Ao questionar se os colaboradores identificam alguma dificuldade em apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento 90.2% responderam sim e 9,8% responderam não (Ver Tabela 22: Identifica alguma dificuldade ao apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH?).

Tabela 22: Identifica alguma dificuldade ao apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH?		
	Nº	**%**
Sim	37	90,2
Não	4	9,8
Total	**41**	**100,0**

Relativamente ao tipo de dificuldades 65,9% referiram ter falta de conhecimento jurídico referente aos direitos dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde, 53,7% referiram perder o contato com os imigrantes[94] e 48,8% o ter falta de financiamento para manter e/ou expandir os serviços de apoio aos imigrantes (Ver Gráfico 32). Os colaboradores também manifestaram dificuldade em comunicar com os imigrantes (31,7%), 22,0% referiam enfrentar barreiras culturais[95] e 24,4% responderam ter outras dificuldades, como: a dificuldade em articular o serviço das ONGs com os Centros de Saúde e com as Embaixadas dos países de origem dos imigrantes (Q10, Q24, Q29, Q33)[96] , a baixa instrução dos imigrantes (Q21) e a precariedade laboral dos imigrantes (Q33).

Gráfico 32: Dificuldades enfrentadas pelos colaboradores das ONGs no apoio aos imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH (%)



5.2.3) Barreiras no acesso o tratamento - perspetiva dos colaboradores das ONGs

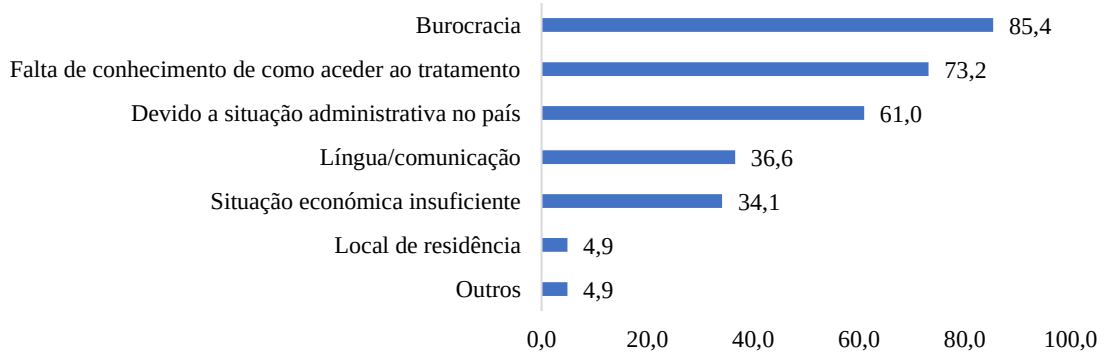
Foram realizadas questões para três diferentes situações, onde os colaboradores puderam escolher e/ou mencionar as principais barreiras de acordo com o questionário online:

[94] A perda de contato pode ocorrer antes de conseguir ligar o imigrante nos cuidados de saúde para o VIH ou depois de já estar ligado aos cuidados de saúde. A perda de contato, maioritariamente estar interligada com a troca constante do número de telefone por parte dos imigrantes.
[95] As barreiras culturais podem estar associadas às diferenças linguísticas
[96] "Como inscrever o utente no centro de saúde" (Q29).

1º: Barreiras enfrentadas pelos imigrantes <u>diagnosticados em Portugal</u> com VIH no acesso ao tratamento:

A maioria dos colaboradores (85,4%) referiram que os imigrantes diagnosticados em Portugal identificam barreiras burocráticas para aceder ao tratamento [97], uma percentagem de 73,2% reconhece que os imigrantes não conhecem o procedimento necessário para aceder ao tratamento, 61,0% enfrentam barreiras no acesso devido à situação administrativa[98] no país. Os colaboradores também identificaram a insuficiência económica como barreira (36,6%), 4,9% referiram o local de residência[99] e 4,9% identificaram outras barreiras[100] (Ver Gráfico 33).

Gráfico 33: Barreiras enfrentadas pelos imigrantes diagnosticados em Portugal com VIH no acesso ao tratamento. (%)



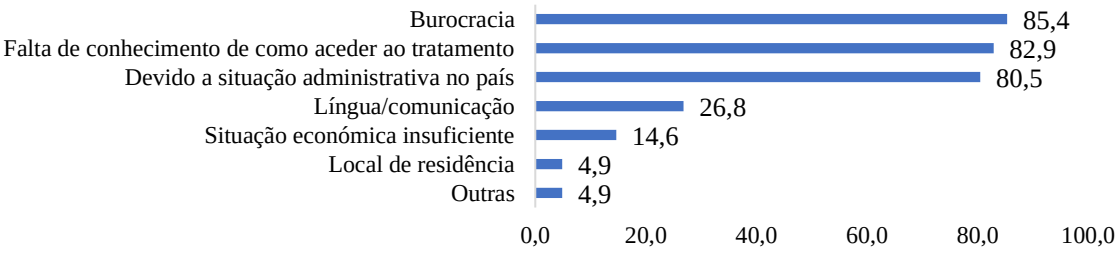
2º: Barreiras enfrentadas pelos imigrantes que <u>chegam em Portugal já em tratamento</u> e desejam ser ligados aos cuidados de saúde para ter acesso ao tratamento:

Segundo as perspetivas dos colaboradores das ONGs, os imigrantes que já chegam em Portugal em tratamento e desejam ser ligados aos cuidados de saúde para continuar o mesmo, enfrentam as mesmas barreiras no acesso que os imigrantes que já residem em Portugal e cujas doenças são diagnosticadas no país.

[97] Exemplo: Dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e conseguir efetuar a inscrição no Centro de Saúde.
[98] Exemplo: Falta do Título de Residência ou outro tipo de visto de permanência válido.
[99] Exemplo: habitação longe do hospital.
[100] As outras barreiras referidas são: "falta de instrução do imigrante" (Q20), e a "falta de cumprimento e/ou compreensão da legislação e normas vigentes por parte dos administrativos e Conselhos de Administração Hospitalares e dos Cuidados de Saúde Primários" (Q29).

As barreiras que foram mais identificadas são: Burocracia (85,4%), falta de conhecimento de como aceder ao tratamento (82,9%) e a situação administrativa no país (80,5%), ou seja, estarem em situação irregular, barreira linguística (26,8), insuficiência económica (14,6%), local de residência (4,9%) e outros 4,9% referiram outras barreiras[101] (Ver Gráfico 34).

Gráfico 34: Barreiras enfrentadas pelos imigrantes que chegam em Portugal já em tratamento e desejam ser ligados aos cuidados de saúde para ter acesso ao tratamento (%)

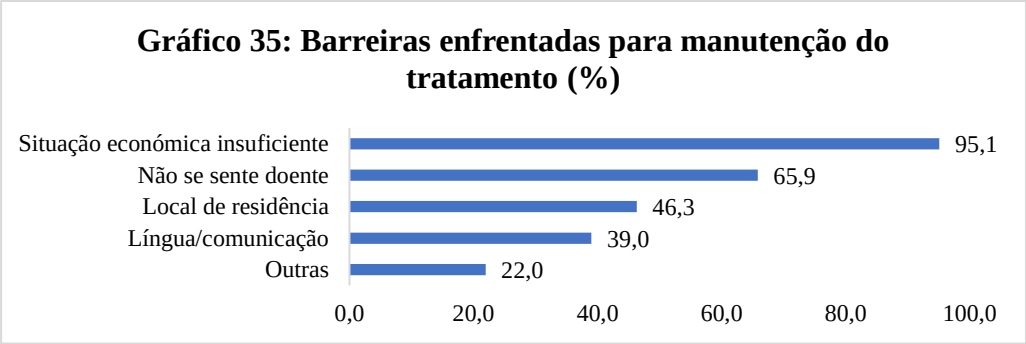


3º: Barreiras enfrentadas para <u>manutenção do tratamento, ou seja,</u> para os imigrantes que já possuem acesso ao tratamento em Portugal, mas enfrentam alguma barreira para continuá-lo:

A maioria dos colaboradores que participaram do estudo (95,1%) referiram que a situação económica insuficiente dos imigrantes é uma barreira (Ver Gráfico 35) para manutenção do tratamento, 65,9% referiram que o não se sentir doente[102] pode fazer com que o imigrante também deixem de seguir o tratamento, 46,3% referiram que o local de residência pode ser um impeditivo, 39% referiram a língua/comunicação e 22% dos colaboradores referiram outras barreiras, como a baixa literacia em saúde dos imigrantes (Q11 e Q19), medo de ser discriminado pelos profissionais de saúde e/ou pela própria comunidade (Q29 e Q32), porque *"não é prioritário, quando necessitam de encontrar recursos para a sua sobrevivência"* (Q39) e *"deixa de ser prioridade quando por exemplo começam a trabalhar e não querem faltar ao trabalho para ir ao hospital com medo do despedimento"* (Q40).

[101] As outras barreiras referidas são: como a baixa instrução dos imigrantes (Q21) e dificuldades em conseguir a regularização no país juntamente do SEF (Q11).

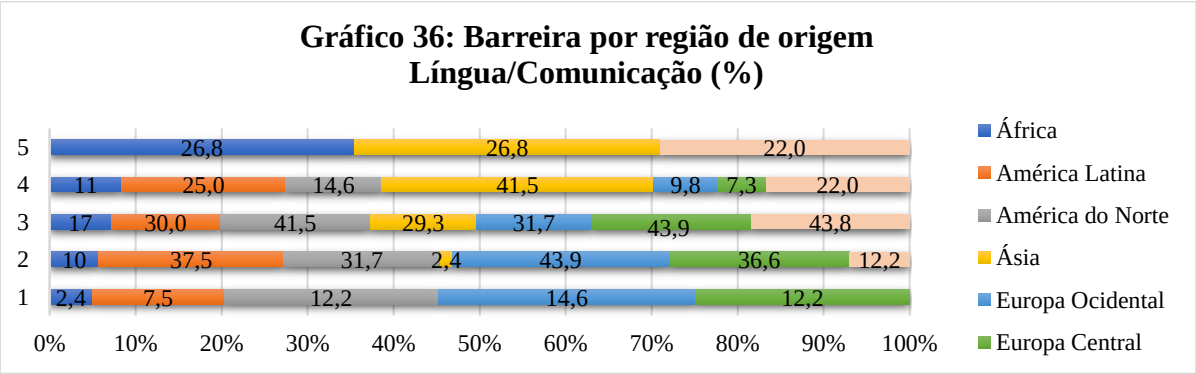
[102] Não se sentir doente pode estar relacionado com: Não continuar o tratamento devido a falta de conhecimento sobre a infeção e as consequências de optar pelo não tratamento; Processo de negação da infeção, ou seja, não aceita que está infetado pelo VIH e se sente bem com a própria saúde, logo não dá seguimento ao tratamento



5.2.4) Avaliação das barreiras por Região - perspetiva dos colaboradores

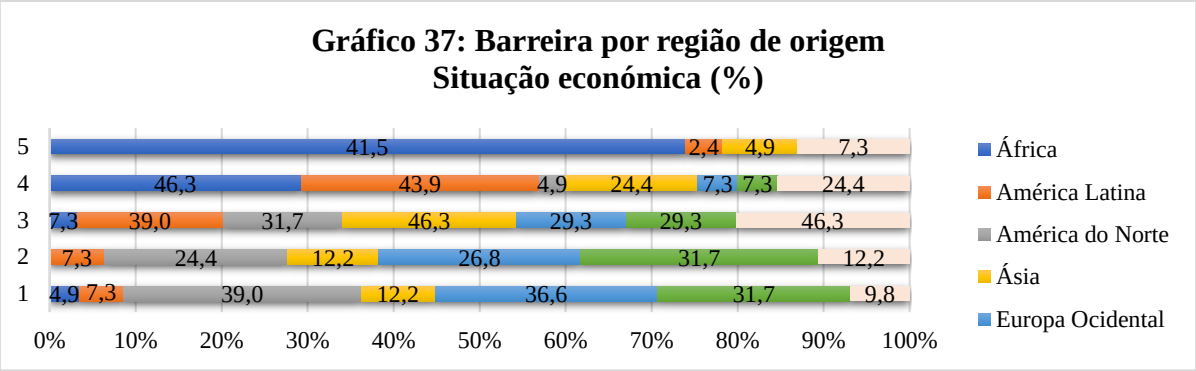
No questionário online foi pedido para os colaboradores avaliarem entre 1 a 5 (1 = Nenhuma barreira e 5 = Muita barreira) os níveis das barreiras mais frequentes que os imigrantes identificam no acesso ao tratamento para o VIH na área definida para o estudo, de acordo com a região de origem dos imigrantes. No questionário a avaliação está separado por região[103], mas na análise das respostas os dados foram segregados para conseguir ter uma maior comparação das avaliações efetuadas

Segundo a avaliação dos colaboradores referente à barreira linguística, os imigrantes de origem africana (26,8), Ásia (26,8%) e Europa de Leste (22%) foram os que receberam a avaliação mais elevada (5) numa escala de 1 a 5 (Ver Gráfico 36).

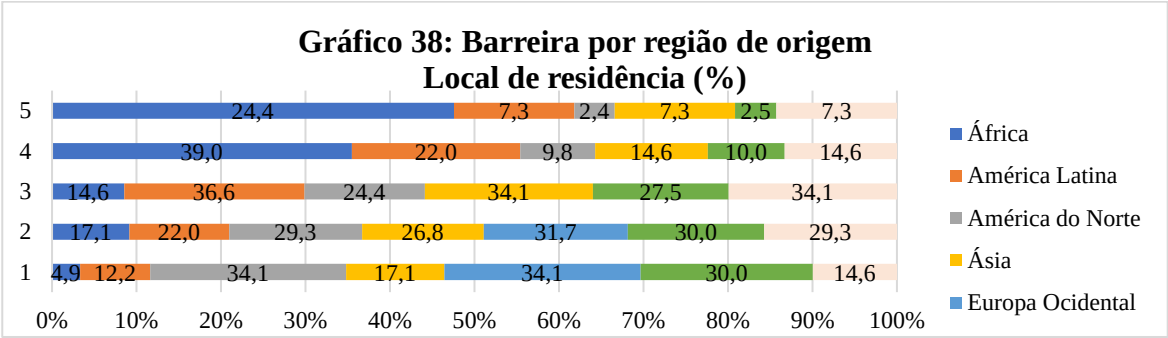


Relativamente à barreira devido à situação económica, 41,5% dos colaboradores avaliaram como 5 os imigrantes africanos, ou seja, o grupo que mais enfrenta este tipo de barreira, comparativamente a avaliação realizada aos imigrantes de origem não africana (Ver Gráfico 37).

[103] Verificar questões no questionário na Parte 1.3.

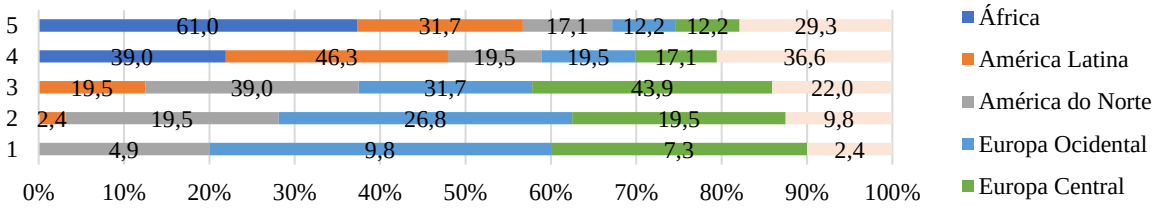


Em relação à barreira no acesso ao tratamento devido ao local de residência, segundo a avaliação dos colaboradores das ONGs, os africanos também são os que mais identificam este tipo de barreira. 24,4% dos respondentes avaliaram como 5 na escala de 1 a 5 e 39% avaliaram o nível da barreira com 4 para os imigrantes africanos. Os imigrantes da América Latina também tiveram mais de 50% da avaliação retida entre 3 e 4 na escala de 1 a 5. Os demais imigrantes possuem uma avaliação baixa, entre 1 e 2 (Ver Gráfico 38).



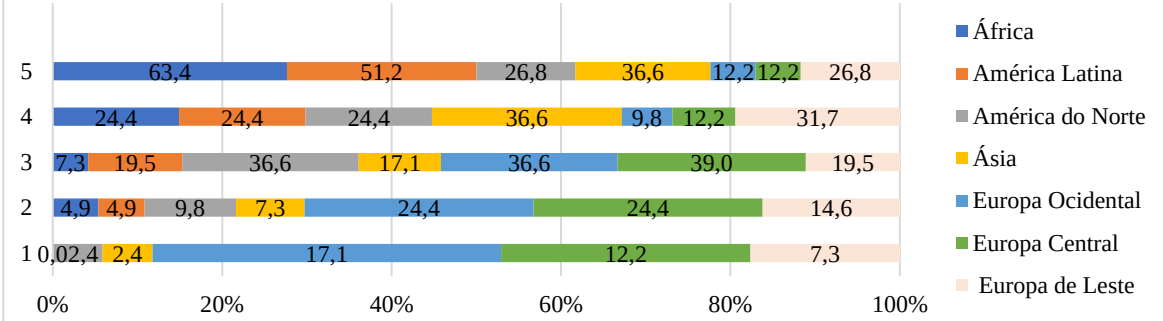
Relativamente à barreira - Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento (Ver Gráfico 39), ao somar as avaliações 4 e 5, 100.0% dos colaboradores referiram que os imigrantes de origem africana identificam muitas barreiras e 78,0% acreditam que os imigrantes da América Latina e Ásia (65,9%) também enfrentam este tipo de barreira. Mais de 50% dos colaboradores (ao somar as avaliações 3 e 4 reconhecem que os americanos do Norte (85,3%), os da Europa Central (61,0%), os asiáticos (58,6%) e os da Europa Ocidental (51,5%) também enfrentam dificuldades em aceder ao tratamento devido a falta de conhecimento, ou seja, todos os grupos identificam barreiras no acesso devido a falta de conhecimento sobre os procedimentos de acesso ao tratamento.

Gráfico 39: Barreira por região de origem
Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento (%)



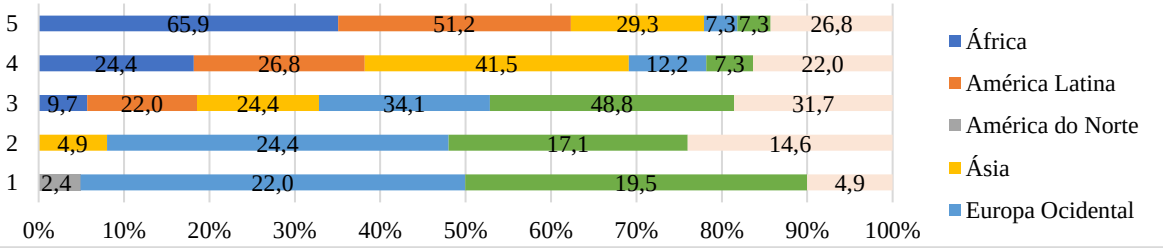
Relativamente a avaliação dos colaboradores sobre as barreiras relacionadas com a burocracia[104] no acesso ao tratamento, os colaboradores apresentaram para todas as regiões avaliações elevadas relativamente a este tipo de barreira. Os imigrantes africanos (63,4%) e da América Latina (51,2%) são os que possuem as avaliações mais elevadas, 5 numa escala de 1 a 5, o restante das avaliações maioritariamente na escala 3 de 1 a 5 (Ver Gráfico 40).

Gráfico 40: Barreira por região de origem
Burocracia (%)



Segundo a avaliação dos colaboradores referentes às barreiras enfrentadas pelos imigrantes devido à situação administrativa no país, os imigrantes africanos (65,9%) e os da América do Sul (51,2%) são os que aparecem com a avaliação mais elevada, 5 numa escala de 1 a 5. (Ver Gráfico 41).

Gráfico 41: Barreira por regão de origem
Devido à situação administrativa no país



[104] Exemplo: Exigência da Junta de Freguesia de 2 testemunhas que comprovem que o imigrante reside naquela zona. Exigência do Título de Residência pelo Centro de Saúde para inscrever o utente no SNS ou que o mesmo apresente um comprovativo que já vive com VIH.

Em suma, através desta avaliação, pode-se constatar que os imigrantes de origem africana, asiática e da Europa de leste são os que mais se deparam com a barreira linguística. Os colaboradores também identificam que os imigrantes de origem africana são os que mais enfrentam dificuldades em aceder ao tratamento devido a zona de residência.

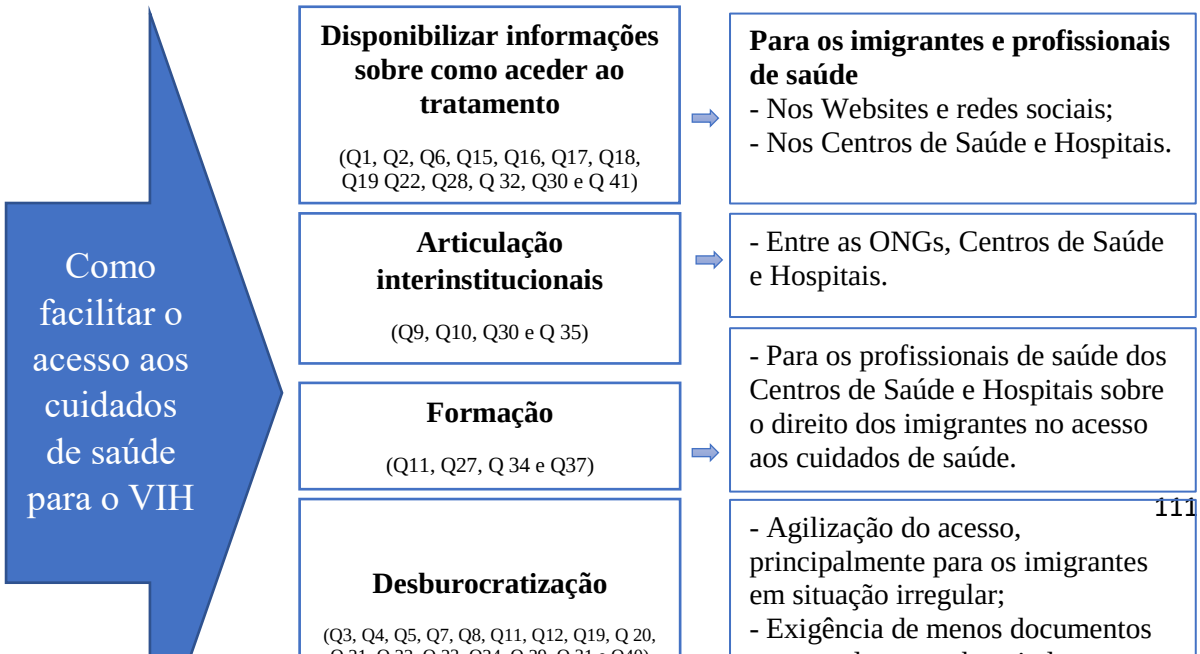
A dificuldade no acesso devido à situação económica, segundo os colaboradores, é enfrentada maioritariamente pelos imigrantes africanos, avaliação esta que vai de encontro com as respostas dos imigrantes de origem africana recolhidas durante as entrevistas, onde mais de 50% referiram estar desempregados, sem rendimento fixo e beneficiam do apoio económico oferecido pelas ONGs para acederem ao hospital e continuar o tratamento para o VIH.

Os colaboradores referiram através das avaliações que todos os imigrantes de certa forma se deparam com dificuldades no acesso ao tratamento devido a falta de conhecimento sobre o processo necessário e devido a burocracia. Os imigrantes de origem africana e os imigrantes da América Latina são os que mais se deparam com este tipo de barreira, situação está que também foi identificada pelos próprios imigrantes no decorrer das entrevistas.

Segundo a perspetiva dos colaboradores, imigrantes de origem africana, latino americanos e os asiáticos são os mais se deparam com dificuldades no acesso aos cuidados de saúde para o VIH devido à situação administrativa no país, ou seja, por estarem em situação irregular ou em processo de regularização no SEF.

5.2.5) Possíveis soluções

Quando foi efetuado a pergunta sobre o que poderia ser feito para facilitar o acesso dos imigrantes nos cuidados de saúde para o VIH em Portugal, várias soluções foram mencionadas pelos colaboradores, sendo estas enquadradas no esquema que se segue:



Inclusão de Mediadores de Pares (Q15, Q 25, Q 34 e Q 39)	- Nas ONGs, nos Centros de saúde e nos Hospitais, para poder disponibilizar um trabalho de maior proximidade juntamente das comunidades imigrantes
Disponibilizar apoio social (Q9, Q31, Q32, Q 34, Q35 e Q36)	- Nas ONGs, nos Centros de Saúde e nos Hospitais, que seja capaz de respostas de forma adaptada as necessidades dos imigrantes no acesso e manutenção do tratamento
Desenvolver um sistema de reporte (Q13 e Q26)	Para todas as entidades assinalar as barreiras no acesso a saúde

5.2.6) Síntese conclusiva dos questionários

Mais de 70% colaboradores reportaram que nunca participaram de formação específica para trabalhar diretamente com os imigrantes e mais de 90% reconhecem que identificaram algum tipo de dificuldades em trabalhar juntamente desta população. A falta de conhecimento jurídico em relação os direitos dos imigrantes, a perda de contato com os imigrantes e a falta de financiamento (público ou privado) para expandir ou continuar os serviços juntamente destas comunidades são as 3 maiores dificuldades identificadas pelos colaboradores.

Relativamente às perspetivas dos colaboradores em relação às barreiras dos imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH, verifica-se que as barreiras enfrentadas pelos imigrantes diagnosticados em Portugal e para os imigrantes que já chegam diagnosticados são as mesmas, ou seja, mais da metade dos colaboradores reconhecem que as 3 principais barreiras que os imigrantes identificam são: barreiras burocráticas, não conhecem o procedimento necessário para acederem ao tratamento e devido à situação administrativa, ou seja, estar em situação irregular ou irregular no país, podendo constituir uma razão para interrupção do tratamento.

Em relação às barreiras para continuar o tratamento, 95,1% dos colaboradores identificaram que a situação económica dos imigrantes pode ser um impeditivo para manterem o tratamento e 65,9% referiram que os imigrantes por não se sentirem doentes também podem parar o tratamento. A falta de flexibilidade das empresas relativamente aos horários de trabalho

também pode fazer com que os mesmos deixem de seguir o tratamento, devido a priorização relativamente à sua sobrevivência no país.

Ao pedir para os colaboradores avaliarem as barreiras que os imigrantes identificam no acesso ao tratamento de acordo com a região de origem dos mesmos, os resultados evidenciam de uma forma geral que os imigrantes de origem africana são os que mais se deparam com as barreiras no acesso devido à situação económica precária e o local de residência. A barreira linguística e falta de conhecimento sobre os procedimentos de como aceder ao tratamento também é mais sentida pelos imigrantes de origem africana, latino americanos, asiáticos e da Europa de Leste. As barreiras burocráticas são sentidas de uma forma geral por todos os sujeitos oriundos das regiões em análise, especialmente pelos imigrantes africanos, os asiáticos e os da América do Sul. Estes são também os que mais se deparam com as barreiras no acesso devido à situação administrativa no país.

Relativamente às soluções identificadas pelos colaboradores para facilitar o acesso dos imigrantes no tratamento para o VIH, mais de 50% das sugestões foram referentes à desburocratização do acesso ao tratamento, o dispor de mais informação para os imigrantes e profissionais de saúde sobre os direitos dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde para o VIH.

Os colaboradores também realçaram a importância de se realizarem mais ações de formação para os profissionais de saúde sobre os direitos dos imigrantes referentes ao acesso aos cuidados de saúde para o VIH os procedimentos a tomar para garantir o acesso ao tratamento, reforçar o apoio social, integrar mais Mediadores de Pares, ou seja, contratar mais imigrantes e desenvolver mecanismos de identificação e reporte das barreiras enfrentadas pelos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde.

5.3) Discussão dos dados - Imigrantes e colaboradores

A primeira e segunda parte do capítulo centraram-se nas entrevistas realizadas aos imigrantes e no questionário realizado aos colaboradores das ONGs, sendo este o momento de discutir os resultados apresentados.

Numa primeira abordagem as entrevistas para os imigrantes que vivem com VIH (N=30) e os questionários para os colaboradores das ONGs (N=41) foram realizados de modo a explorar as barreiras enfrentadas pelos imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH e compreender o papel das organizações no apoio ao acesso ao tratamento. Os resultados também referem

que o apoio das ONGs vai para além do apoio ao acesso, pois desempenham um papel fundamental no apoio a manutenção do tratamento.

Relativamente às entrevistas, verifica-se que o grupo composto por *imigrantes de origem africana* (N=17) apresentam características semelhantes quanto ao modo como acederam ao tratamento e as barreiras enfrentadas para o manter. Foram maioritariamente diagnosticados com VIH em Portugal em contexto hospitalar e por estarem em situação regular, ou seja, portadores do Título de Residência ou do Cartão de Cidadão não enfrentaram dificuldades em aceder ao tratamento. As dificuldades que os imigrantes de origem africana se deparam está relacionado estritamente à manutenção do tratamento.

As dificuldades em manter o tratamento está diretamente relacionado com a situação económica precária dos mesmos. Mais da metade está em situação de desemprego e o rendimento que recebem, não é suficiente para manter o tratamento[105], levando aos mesmos a recorrerem aos apoios disponibilizados pelas ONGs, especialmente o apoio económico e social, para conseguirem dar continuidade ao tratamento.

As opiniões dos colaboradores que foram expressas através do questionário online estão de total concordância com as informações transmitidas pelos próprios imigrantes de origem africana, ou seja, os colaboradores das ONGs referiram que os imigrantes de origem africana, devido à situação financeira precária, se deparam com maiores dificuldades em aceder ao tratamento, comparativamente aos imigrantes provenientes de outras regiões.

Ao contrário dos imigrantes de origem africana, os *imigrantes brasileiros* (N=13) entrevistados, não sofrem barreiras para dar continuidade ao tratamento e sim para acedê-lo. Isso porque, mais da metade dos entrevistados foram diagnosticados no Brasil e a outra metade foram diagnósticos em Portugal, através da realização de teste rápido para o VIH disponibilizados pelas ONGs. Ambos os grupos, os que chegam em Portugal e procuram dar continuidade ao tratamento e os que já residem em Portugal e precisam iniciar o tratamento, depararam-se com diversas barreiras ao tentar aceder aos cuidados de saúde para ao VIH.

Os imigrantes e os colaboradores identificaram as mesmas barreiras no acesso ao tratamento para o VIH, sendo estas: a falta de conhecimento de como acederem ao tratamento em Portugal, a burocracia, através da exigência de diversos documentos[106] e a situação

[105] O tratamento para o VIH é gratuito para todos os residentes em Portugal, independente se estão em situação regular ou irregular. As despesas estão associadas as despesas de deslocação, exemplo, pagamento do transporte público até ao hospital.
[106] Um imigrante que recorrer a um Centro de Saúde para pedir apoio para dar continuidade ou iniciar o tratamento é exigido maioritariamente: um comprovativo que vive com a infeção, atestado de residência da Junta de Freguesia, que comprove que

administrativa dos imigrantes no país, ou seja, se são portadores de algum tipo de visto de residência ou não.

Estar em situação irregular no país combinado com a falta de conhecimento do imigrante sobre seus direitos de acesso aos cuidados de saúde para o VIH e a falta de formação por parte dos profissionais de saúde, são os três principais fatores que levam os imigrantes a se depararem com barreiras no acesso ao tratamento para o VIH.

De modo a minimizar as barreiras no acesso ao tratamento as ONGs que trabalham na área do VIH apoiam os imigrantes a adquirirem os documentos necessária para terem acesso aos cuidados de saúde, fazem o agendamento direto da consulta de infeciologia nos hospitais e acompanharam às pessoas até ao hospital no dia da primeira consulta, para garantir que os mesmos não se deparam com nenhuma barreira no acesso ao tratamento.

Verificou-se também que as organizações desempenham um papel fundamental não apenas na promoção do acesso, mas também no apoio à continuidade do tratamento para o VIH, especialmente para os imigrantes que se encontram em situação de maior vulnerabilidade económica e social. O tipo de apoio prestado prende-se com o apoio do pagamento dos transportes públicos até o hospital, levantamento da medicação na farmácia hospitalar, apoio social para conseguirem alimentação, procura de emprego, apoio domiciliário e entre outros tipos de apoio que possam tornar a imigrante mais autónoma com o seguimento do tratamento[107].

Os imigrantes e os colaboradores das ONGs de modo geral mencionaram as mesmas recomendações para facilitar o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde para o VIH. As recomendações mais frequentes que decorreram das entrevistas e dos questionários foram: acesso menos burocrático, mais informação para os imigrantes sobre os seus direitos no acesso ao tratamento para o VIH e formação para os profissionais de saúde sobre os direitos dos imigrantes no acesso ao tratamento do VIH.

reside no país há mais de 90 dias, Inscrição no Centro de Saúde e por vezes o Título de Residência ou o Número de Utente, sendo estas duas últimas exigências referidas uma má prática dos serviços.

[107] O apoio prestado pelas ONGs no acesso e manutenção do tramonto não é restrito aos imigrantes, ou seja, os cidadãos portugueses também são beneficiarmos de todos os serviços prestados pelas ONGs.

Capítulo 6: Conclusões e recomendações

Esta dissertação teve como objetivo, através de um estudo de caso, identificar as barreiras enfrentadas pelos imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH na área metropolitana de Lisboa através das perspetivas dos imigrantes e dos colaboradores das ONGs que trabalham na área do VIH, assim como compreender o papel das ONGs no apoio aos imigrantes nesta área específica de cuidados de saúde.

No enquadramento teórico e pesquisa bibliográfica constatou-se que as migrações são fenómenos complexos e difíceis de serem teorizados devido à uma grande heterogeneidade de natureza pessoal, social, cultural, ambiental, económica e política. Articular todos estes fatores que compõem os fenómenos migratórios permitem-nos apenas explicar um determinado tipo de migração, referente a um determinado tempo e espaço, sendo essencial investir constantemente na produção de conhecimento científico sobre os movimentos migratórios e as suas determinantes que estão sempre em processo contínuo de mudança.

Estima-se que existam 257.7 milhões de pessoas a viver fora do país de nascimento (ACNUR, 2018), número que têm crescido de forma expressiva nos últimos anos. Fatores como a globalização, a facilidade de deslocação entre os diferentes países, o aumento dos conflitos armados, o aquecimento global e as alterações climáticas, as disparidades económicas, sociais e de serviços de saúde entre os diferentes países, são alguns dos fatores explicativos dos movimentos migratórios internacionais. A heterogeneidade destes movimentos faz com que as migrações se tornem um dos grandes desafios políticos e sociais da atualidade.

Verificou-se que a União Europeia é um exemplo prático sobre os desafios políticos e sociais referentes ao desenvolvimento de políticas e estratégias para a integração dos imigrantes, principalmente para os requerentes de asilo e refugiados, devido à intensificação do número de pessoas, maioritariamente oriundas do Médio Oriente e de África, que têm chegado ao continente europeu desde 2013[108].

No contexto português, constata-se que os movimentos migratórios tiveram um aumento nas últimas décadas. Em 1990 o aumento do número de novos residentes obrigou o Estado a desenvolver diversas estratégias para conseguir integrar os imigrantes no seu território, como por exemplo, a realização de três regularizações extraordinárias (entre os anos 90 e início dos

[108] Razões de deslocação associadas maioritariamente aos conflitos armados que estão a ocorrer nas regiões mencionadas.

anos 2000), que permitiram de uma forma rápida um aumento do número oficial de imigrantes a residir no país em situação regular, refletindo-se nas estatísticas nacionais.

Relativamente às vulnerabilidades dos imigrantes, a literatura demonstra que alguns grupos de imigrantes possuem vulnerabilidades acrescidas relativamente à própria saúde, principalmente os que se encontram em situação irregular com baixo capital económico, cultural e social. A situação socioeconómica, a falta de conhecimento do funcionamento dos serviços de saúde, o estar em situação irregular no país e a barreira linguística são os fatores principais que levam à degradação do seu estado de saúde, sendo necessário a criação de políticas e estratégias eficazes para proteger a saúde destes grupos mais vulneráveis.

Medidas internacionais e nacionais foram tomadas e continuam a ser desenvolvidas com o objetivo de garantir a proteção da saúde dos imigrantes, medidas estas que geraram o desenvolvimento de tratados e acordos internacionais e na publicação de legislações nacionais como o Decreto-Lei 131/2017, que garante o acesso aos cuidados de saúde urgentes e vitais para todos os imigrantes, tendo este o objetivo de promover a igualdade e a não discriminação no acesso aos cuidados de saúde, independente do estatuto legal da pessoa no país, como já contemplado na Constituição Portuguesa.

Apesar do desenvolvimento de várias leis, diretivas e outros planos no âmbito internacional e nacional para promover a proteção da saúde dos imigrantes, verificou-se através de diversos estudos apresentados no decorrer desta dissertação que os imigrantes continuam a enfrentar barreiras no acesso aos cuidados de saúde. Ao comparar as barreiras que os imigrantes se deparam em Portugal e as vividas no estrangeiro, constata-se que as barreiras são maioritariamente as mesmas. Estão maioritariamente associadas às dificuldades económicas, ao desconhecimento do funcionamento do Sistema Nacional de Saúde e dos seus direitos de acesso a estes serviços, acrescido como o desconhecimento da língua, a religião, o isolamento social, a discriminação e a falta de literacia em saúde. Relativamente aos profissionais de saúde, a falta de conhecimento e o défice de formação sobre os direitos dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde também são fatores impeditivos de integração social e aos cuidados de saúde dos imigrantes residentes no país.

Como referido na análise e na discussão dos dados recolhidos, as duas amostras (Imigrantes e colaboradores das ONGs) indicaram que os imigrantes que vivem com VIH se deparam com diversas barreiras no acesso ao tratamento para o VIH, devido a diferentes fatores, em especial: A falta de conhecimento por parte dos imigrantes e profissionais de saúde sobre os direitos dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde, especificamente os direitos

relacionados com o acesso ao tratamento para o VIH; insuficiência económica; burocracia no acesso às consultas, sendo exigido pelos funcionários administrativos a apresentação do Atestado da Junta de Freguesia, Inscrição no Centro de Saúde e por vezes até mesmo o Título de residência e o número do utente para conseguir agendar uma consulta médica; dificuldades na comunicação e/ou conhecimento limitado da língua portuguesa por parte dos imigrantes.

Como referido pela literatura e comprovado nos dados recolhidos, um baixo nível de escolaridade e uma situação económica precária são barreiras, não apenas no acesso, mas também na continuidade do uso dos cuidados de saúde. Ao dividir a amostra dos imigrantes entre os de origem africana e os de origem brasileira, constata-se que os imigrantes de origem africana possuem uma menor habilitação literária e estão menos integrados no mercado de trabalho, necessitando assim de um apoio mais prolongado por parte das ONGs, especialmente para manutenção do tratamento. Já aos imigrantes brasileiros reconhece-se que possuem habilitações literárias mais elevadas e estão mais integrados no mercado de trabalho, recorrendo às ONGs maioritariamente para obter apenas o acesso ao tratamento.

As dificuldades que os imigrantes que vivem com VIH enfrentam no acesso aos cuidados de saúde identificadas neste estudo de caso não são diferentes das barreiras identificadas na literatura, através dos estudos nacionais e internacionais referidos no ponto 2.3. A diferença que este estudo pretende aferir é que, o não acesso ao tratamento do VIH pode levar à degradação da saúde destes imigrantes, colocar em risco a saúde pública e até levar até a morte dos mesmos devido às especificidades do vírus, sendo necessário garantir o acesso para todos.

É essencial reforçar que a grande maioria dos imigrantes são infetados pelo VIH no país de destino e nem todos se deparam com dificuldades no acesso ao tratamento e manutenção do mesmo. Ser imigrante não é um fator de risco a infeção do VIH, ser excluído socialmente e pobre sim, ou seja, alguns grupos mais vulneráveis em situação de precariedade económica, social e dificuldades de regularização são os mais vulneráveis a contraírem o vírus e se depararem com barreiras no acesso ao tratamento e manutenção do mesmo.

O estudo de caso demonstrou que as organizações não desempenham apenas um papel fundamental no acesso ao tratamento para o VIH, mas também são essenciais na promoção da continuidade do tratamento, através de um apoio social estruturado, capaz de responder de forma adaptada as necessidades dos utentes (imigrantes e não imigrantes).

Recomendações para intervenção

Após a revisão da literatura e análise dos resultados adquiridos através da pesquisa empírica, gostaria de deixar por fim algumas recomendações estratégicas para facilitar o acesso dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde para o VIH em Portugal:

Recomendações políticas para promover o acesso aos cuidados de saúde:

1) Simplificar as leis e diretivas que garantem o acesso dos imigrantes que vivem com VIH nos cuidados de saúde, de modo a tornar o acesso direito aos cuidados de saúde;
2) Promover campanhas informativas direcionadas os imigrantes, especialmente sobre os seus direitos no acesso ao tratamento para o VIH;
3) Promover formações aos profissionais de saúde dos Centros de Saúde e Hospitais sobre os direitos dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde para o VIH, em especial os imigrantes em situação irregular;
4) Garantir o funcionamento e a expansão dos serviços desenvolvidos pela ONGs que disponibilizam serviços de promoção ao acesso e manutenção do tratamento do VIH;

Recomendações para as ONGs

1) Disponibilizar mais formações para os seus colaboradores sobre as migrações e direito dos imigrantes no acesso a saúde e outras áreas que possam empoderar os colaboradores no apoio às diferentes comunidades imigrantes;
2) Integrar mais imigrantes nas equipas.

Recomendações para pesquisas futuras

Como esta investigação teve como enfoque explorar a perspetiva dos imigrantes que vivem com VIH e a dos colaboradores das ONGs, seria importante o desenvolvimento de outros estudos, que busquem explorar as perspetivas dos profissionais de saúde e técnicos dos Centros de Saúde e dos Serviços de Infeciologia Hospitalar, referente às dificuldades que os imigrantes se deparam para aceder e manter o tratamento do VIH em Portugal. Ampliar o conhecimento sobre este tema, permitir-nos-á identificar possíveis novas barreiras no acesso e posteriormente utilizar o conhecimento produzido para o desenvolvimento de políticas e serviços mais eficazes, capazes de colmatar as barreiras e garantir o acesso e continuação do tratamento do VIH para todos os residentes no território português.

Bibliografia

Abreu, A., & Peixoto, J. (2009). Demografia, mercado de trabalho e imigração de substituição: tendências, políticas e prospectiva no caso português. *Análise Social, 139*, 741-744.

ACNUR. (2018). *2018 in Review*. Obtido em 10 de 12 de 2018, de UNHCR: https://www.unhcr.org/globaltrends2018/

ACNUR. (2018). *UNHCR Statistics - The world in numbers*. Obtido em 05 de 03 de 2019, de UNHCR: http://popstats.unhcr.org/en/overview

ACNUR. (2019). *Figures at a Glance*. Obtido em 02 de 03 de 2019, de UNHCR: https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html

Antunes, F. (2011). *Manual sobre Sida.* Lisboa: Permanyer Portugal.

Antunes, F. (2019). *O que é o VIH? A SIDA? Há cura?* Obtido em 01 de 03 de 2019, de SER+: http://www.sermais.pt/content/default.asp?idcat=oqueVIHSidaHaCura&idCatM=paraPessoasVivemComVIH&idContent=0122AA97-024D-4C55-8472-02FB42E6BCE4

ASI. (2018). *Projeto - Saúde sem Barreiras*. Obtido em 07 de 02 de 2019, de Saúde sem barreiras: saudesembarreiras.com/pt/project

Barreto, M. L. (2017). Desigualdade em saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva, 22*(7), pp. 2097-2106.

BMJ. (16 de 09 de 2019). *Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded.* Obtido em 20 de 09 de 2019, de BMJ: https://www.bmj.com/content/bmj/366/bmj.l4160.full.pdf

Casas, C. (12 de 2016). Os Planos para a Integração dos Imigrantes e o Novo Plano Estratégico para as Migrações em Portugal: uma década (2007-2016) em retrospetiva. *Número Temático Planos de Integração para Migrantes*(13), pp. 34-42.

Chiarenza, A., Douvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S., & Verrept, H. (23 de 07 de 2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research*(513), pp. 1-12.

Coutinho, C. P., & Chaves, J. H. (2002). O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação, 15*, pp. 221-243.

DGS. (2014). *Manual de Acolhimento dos Cidadãos Estrangeiros - SNS.* Portugal: Ministério da Saúde.

DGS. (2018). *Infeção VIH e SIDA - Desafios e Estratégias.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Dias, S. (2015). *Imigrantes e VIH/SIDA.* Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). Migrações e saúde. *Número temático Imigração e saúde*(1), pp. 15-26.

Dias, S., de Matos, M. G., & Gonçalves, A. (03 de 2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: Implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 89-102.

Dias, S., Gama, A., Silva, Á. C., Cargalheiro, H., Horta, R., Lemos, M., & Martins, M. d. (2018). *Atitude e representação face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes.* Lisboa: Observatório das Migrações.

Dias, S., Gonçalves, A., Luck, M., & Fernandes, M. J. (2004). Risco de Infecção por VIH/SIDA - Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante. *Acta Médica Portuguesa, 17*, pp. 211-2017.

Dias, S., Rocha, C. F., & Horta, R. (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras.* Lisboa: Alto-Comissariado para as Imigrações e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

ECDC. (2009). *Migrant health: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries.* Estocolmo: ECDC.

ECDC. (2017). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 - 2016 data.* Solna: ECDC.

ECDC. (2017a). *Special Report - HIV and migrants: Monitoring implementation of Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report.* Estocolmo: ECDC.

ECDC. (2018). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 - 2017 data.* Copenhaga: ECDC.

ERS. (2015). *Acesso aos cuidados de de saúde por imigrantes.* Porto: Entidade Reguladora Da Saúde.

Estrela, P. (11 de 01 de 2009). Breve caracterização da imigração em Portugal. pp. 40-43.

Europarl. (14 de 07 de 2017). A migração na Europa. Obtido em 15 de 12 de 2019, de Parlamento Europeu: http://www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/society/20170629STO78632/a-migracao-na-europa

Eurostat. (04 de 06 de 2018). *Glossary: Migration*. Obtido em 05 de 02 de 2019, de Eurostat - statistics explained: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Migration

Eurostat. (12 de 03 de 2019). *Asylum statistics*. Obtido em 12 de 04 de 2019, de Eurostat - statistics explained: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics

Eurostat. (03 de 2019a). *Migration and migrant population statistics*. Obtido em 05 de 03 de 2019, de Eurostat - statistics explained: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics

Faria, N. (19 de 04 de 2017). Ser imigrante não é factor de risco para o VIH, ser-se pobre e excluído sim. Lisboa. Obtido em 2019 de 05 de 04, de https://www.publico.pt/2017/04/19/sociedade/noticia/ser-imigrante-nao-e-factor-de-risco-para-o-vih-serse-pobre-e-excluido-sim-1769191

Fonseca, M. L., & Silva, S. (2010). *Saúde e Imigração: Utentes e serviços na área de influência do centro de saúde da Graça.* Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Cultural (ACIDI, I.P.).

Fonseca, M. L., Caldeira, M. J., & Esteves, A. (2002). New forms of migration into the European south: Challenges for citizenship and governance - the portuguese case. *International Journal of Population Geography, 8*, pp. 135-150.

FRA. (2011). *Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States.* Viena: European Union Agency for Fundamental Rights.

GAT. (2014). *Introdução à terapêutica de combinação para a infeção pelo VIH.* Lisboa: GAT.

Góis, P., & Marques, J. C. (15 de 06 de 2018). *Retrato de um Portugal migrante: a evolução da emigração, da imigração e do seu estudo nos últimos 40 anos.* Obtido de Journals open edition: file:///C:/Users/willi/Downloads/eces-3307.pdf

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo.* Cascais: Principia.

Henriques, J. G. (05 de 03 de 2019). *Imigrantes são 4% da população. Portugal precisa de mais*. Obtido em 07 de 04 de 2019, de Público: https://www.publico.pt/2019/03/05/sociedade/noticia/imigrantes-sao-so-4-populacao-precisamos-venham-1863743

Henriques, M. A. (2010). *Argumentos para uma viagem sem regresso. A imigração PALOP por via da saúde: Um estudo de caso.* Lisboa: Alto-Comissariado para as Imigrações.

Huber, M., & Stanciole, A. (2009). *Access to healthcare for migrants, ethnic minorities, and asylum seekers in Europe.* Viena: European Center for Social Welfare Policy and Research.

INE. (16 de 06 de 2014). *Saldo migratório (N.º) por Local de residência (NUTS); Anual*. Obtido em 03 de 02 de 2019, de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006200&contexto=bd&selTab=tab2

INE. (03 de 12 de 2018). *Casos de infeção por VIH (Ano de diagnóstico - N.º) por Sexo; Anual - INSA, Morbilidade por HIV/SIDA.* Lisboa: INE. Obtido em 02 de 03 de 2019, de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009058&contexto=bd&selTab=tab2

INE. (2018a). *População estrangeira com estatuto legal de residente (N.º) por Sexo; Anual - INE, População estrangeira com estatuto legal de residente.* Obtido em 12 de 02 de 2019, de INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001274&contexto=bd&selTab=tab2

INSA. (2013). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012.* Lisboa: INSA.

INSA. (2014). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2013.* Lisboa: INSA.

INSA. (2015). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2014.* Lisboa: INSA.

INSA. (2016). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2015.* Lisboa: INSA.

INSA. (2017). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016.* Lisboa: INSA.

INSA. (2018). *Infeção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2017.* Lisboa: INSA.

Jaramillo, M. L. (2017). *Immigrant Health Report: Barriers to HealthCare for Immigrant and Refugee Populations.* REACH Realthcare foundation.

Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S., & Metzler, B. (2010). Access to health care for undocumented migrants in the EU: A first landscape of NowHereland. *16*, pp. 13-16.

Machado, F. L. (1997). Contornos e especificidades da imigração em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, pp. 9-44.

Machado, F. L. (1999). Imigrantes e estrutura social. *Sociologia, Problemas e Práticas, 29*, pp. 53-75.

Malheiros, J. M., & Vala, F. (2004). *Immigration and city change: the Lisbon Metropolis at the turn of the twentieth century.* HighBeam Research.

Malheiros, J., & Baganha, M. I. (2001). Imigração ilegal em Portugal: padrões emergentes em inícios do séc. XXI. *OBSERVARE. Universidade Autónoma de Lisboa*, pp. 2-5.

Ministério da Saúde. (2017). *Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH - Relatório 2017.* Lisboa: Ministério da Saúde.

Nações Unidas. (2016). *Report of the Secretary-General - In safety and dignity: addressing large movements of refugees and migrants.* Nações Unidas.

Nações Unidas. (07 de 10 de 2017). Handbook on Measuring International Migration through Population Censuses. *UNstatistics - Demographic Statistics*, pp. 5-10.

Nações Unidas. (2017). *International migrant stock: The 2017 revision.* Obtido em 3 de 12 de 2018, de United Nation Department of Economic and Social Affairs: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates17.asp

Nações Unidas. (2017). *International Migration Report 2017.* Nova Iorque: Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais.

Nolasco, C. (2016). Migrações internacionais: conceitos, tipologia e teorias. *Oficina do CES, 434*, pp. 2-26.

Observatório das Migrações. (2017). Mulheres Migrantes. *Newletter - Observatório das Migrações*, pp. 1-13.

OCDE. (2017). *Migrants wellbeing: Measuring Well-Being.* Paris: OCDE.

OIM. (2011). *Glossary on migration* (2 ed.). Genebra: OIM.

OIM. (2017). *Health of migrants: Resetting the agenda.* Colombo: OIM.

OIM. (2018). *World Migration Report 2018.* Genebra: OIM.

OIM. (2019). *Missing migrants.* Obtido em 3 de 02 de 2019, de Missing Migrants - Taking death along migratory routes: https://missingmigrants.iom.int/region/mediterranean

OIM. (2019a). *Regional Migrant Health Survey on Tuberculosis and HIV and Health Service Response for Migrants in Armenia, Azerbaijan and Georgia.* Genebra: OIM.

OIM. (2019b). *Glossary on Migration* (nº 34 ed.). Genebra: OIM.

Oliveira, C. R., & Gomes, N. (2018a). *Indicadores de Integração de Imigrantes - Relatório Estatístico Anual.* Lisboa: Observatório das migrações.

Oliveira, C., & Gomes, N. (2018). *Migrações e saúde em números: o caso português.* Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP).

OMS. (2018). *Infographic – Half of people with HIV in the WHO European Region are diagnosed late.* Obtido em 02 de 03 de 2019, de World Health Organization: http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/data-and-statistics/infographic-half-of-people-with-hiv-in-the-who-european-region-are-diagnosed-late-2017

Padilla, B., & Miguel, J. P. (2009). *Health and Migration in the EU: building a shared vision for action.* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Padilla, B., & Ortiz, A. (2012). Fluxos migratórios em Portugal: do boom migratório à desaceleração no contexto de crise. Balanços e desafios. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 20*(39), pp. 169-179.

Paranhos, R., Filho, D. B., Rocha, E. C., & Júnior, J. A. (2016). Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias, 18*, pp. 384-411.

Peixoto, J. (2004). As Teorias Explicativas das Migrações: Teorias Micro e Macro-Sociológicas. *SOCIUS – Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações* (11), pp. 3-30.

Piacenti, A. (2016). Migrants' Access to Healthcare: Barriers to Wellbeing. 1-4. Edimburgo: People Know How.

PICUM. (2007). Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe. 11-114. Bruxelas: PICUM.

Ponte, J. P. (2006). Estudos de caso em educação matemática. *Bolema, 2*, pp. 55-57.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2017). *Manual de investigação em Ciências Sociais* (7ª ed.). Lisboa: Gradiva.

SEF. (2000). *Estatística.* Lisboa: SEF.

SEF. (2008). *Relatório de atividades - Imigração, Fronteiras e Asilo 2007.* Lisboa: SEF.

SEF. (2011). *Relatório de Imigração, Fronteira e Asilo 2010.* Lisboa: SEF.

SEF. (2012). *Relatório de Imigração, Fronteira e Asilo 2011.* Lisboa: SEF.

SEF. (2013). *Relatório de Imigração, Fronteira e Asilo 2012.* Lisboa: SEF.

SEF. (2014). *Relatório de Imigração, Fronteira e Asilo 2013.* Lisboa: SEF.

SEF. (2015). *Relatório de Imigração, Fronteira e Asilo 2014.* Lisboa: SEF.

SEF. (2016). *Relatório de Imigração, Fronteira e Asilo 2015.* Lisboa: SEF.

SEF. (2017). *Relatório de Imigração, Fronteira e Asilo 2016.* LIsboa: SEF.

SEF. (2018). *Relatório de Imigração, Fronteira e Asilo 2017.* Lisboa: SEF.

Ser+. (2014). Índice do Estigma das Pessoas que vivem com o VIH.

Silva, I. M. (07 de 06 de 2018). *Mulheres migrantes são cada vez mais e precisam de proteção*. Obtido em 1 de 03 de 2019, de Euronews: https://pt.euronews.com/2018/06/07/mulheres-migrantes-sao-cada-vez-mais-e-precisam-de-protecao

Tavares, D. (2016). *Introdução à sociologia da saúde* (1 ed.). (Almedina, Ed.) Coimbra: Almedina.

UNRIC. (2016). *Número de migrantes continua a aumentar*. Obtido em 04 de 03 de 2019, de Centro Regional de Informação das Nações Unidas: https://www.unric.org/pt/actualidade/32376-numero-de-migrantes-continua-a-aumentar

UNSIDA. (10 de 03 de 2017). *Você sabe o que é HIV e o que é AIDS?* Obtido em 12 de 04 de 2019, de UNAIDS: https://unaids.org.br/2017/03/voce-sabe-o-que-e-hiv-e-o-que-e-aids/

UNSIDA. (20 de 07 de 2018). *Undetectable = untransmittable*. Obtido em 02 de 03 de 2019, de UNAIDS: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable

UNSIDA. (2018a). *Fact sheet - 2017 Global HIV Statistic.* UNSIDA.

UNSIDA. (2019). *Saving lives, leaving no one behind*. Obtido em 02 de 03 de 2019, de UNAIDS: https://www.unaids.org/en/whoweare/about

UNSIDA. (2019a). *Trend of new HIV infections.* Obtido em 12 de 03 de 2019, de UNSIDA: https://aidsinfo.unaids.org/

Yin, R. K. (1994). *Pesquisa Estudo de Caso - Desenho e Métodos* (Vol. 2). Porto Alegre: Bookman.

Anexos

Índice Anexos

Anexo 1 Declaração de participação das ONGs.....127

Anexo 2 Guião das entrevistas.....132

Anexo 3 Consentimento informado de participação das entrevistas para os imigrantes.....134

Anexo 4 Modelo do questionário online preenchido pelos colaboradores das ONGs 136

Anexo 1

Declaração de participação das ONGs

NOVAFCSH
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO ONG

A ONG Associação Portuguesa para a Prevenção e Descapro à SIDA (SERT)

aceita fazer parte da investigação realizada pelo aluno Willian Gomes, Nº do aluno 45143 da Faculdade de Ciências Sociais e Humanos do curso de Mestrado Migrações, Inter-Etnicidades e Transnacionalismo do ano letivo 2018-2019

Declara-se que:

- Objetivos da investigação foram explicados;
- A proteção de dados dos imigrantes referenciados pela ONG para participar das entrevistas e dos técnicos serão salvaguardados de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados que entrou em vigor a 25 de maio de 2018.

Cascais, 01/08/2019

Andreia Pinto Fernandes
ONG

Willian Gomes
Willian Gomes

NOVAFCSH
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO ONG

A ONG GAT

aceita fazer parte da investigação realizada pelo aluno Willian Gomes, Nº do aluno 45143 da Faculdade de Ciências Sociais e Humanos do curso de Mestrado Migrações, Inter-Etnicidades e Transnacionalismo do ano letivo 2018-2019

Declara-se que:

- Objetivos da investigação foram explicados;
- A proteção de dados dos imigrantes referenciados pela ONG para participar das entrevistas e dos técnicos serão salvaguardados de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados que entrou em vigor a 25 de maio de 2018.

Sintra, 0/08/2019

ONG

Willian Gomes

NOVAFCSH
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO ONG

A ONG Associação Abraço

aceita fazer parte da investigação realizada pelo aluno Willian Gomes, Nº do aluno 45143 da Faculdade de Ciências Sociais e Humanos do curso de Mestrado Migrações, Inter-Etnicidades e Transnacionalismo do ano letivo 2018-2019

Declara-se que:

- Objetivos da investigação foram explicados;
- A proteção de dados dos imigrantes referenciados pela ONG para participar das entrevistas e dos técnicos serão salvaguardados de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados que entrou em vigor a 25 de maio de 2018.

Lisboa, 22/08/2019

Aluisio Rosa
ONG

William Gomes
Willian Gomes

NOVAFCSH
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO ONG

A ONG ASPAS - Ass. de Intervenção Comunitária, Dos. Social e de Saúde.

aceita fazer parte da investigação realizada pelo aluno Willian Gomes, Nº do aluno 45143 da Faculdade de Ciências Sociais e Humanos do curso de Mestrado Migrações, Inter-Etnicidades e Transnacionalismo do ano letivo 2018-2019

Declara-se que:

- Objetivos da investigação foram explicados;
- A proteção de dados dos imigrantes referenciados pela ONG para participar das entrevistas e dos técnicos serão salvaguardados de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados que entrou em vigor a 25 de maio de 2018.

Amadora, 7/8/019

ONG

Willian Gomes

Anexo 2

Guião das entrevistas

Guião das entrevistas	
Apresentação dos objetivos da entrevista	
A entrevista esta dividia em 4 partes: 1) Compreender a trajetória da infeção, exemplo, onde foi diagnosticado e quanto tempo vive com a infeção; 2) Compreender as barreiras enfrentadas no acesso ao tratamento para o VIH e qual foi o papel das Organizações Não Governamentais (ONG) na promoção do acesso aos serviços de par ao VIH; 3) Possíveis soluções para facilitar o acesso dos imigrantes no tratamento para o VIH; 4) Questões de caracterização do participante, exemplo, idade, país de nascimento e sexo. **Tempo da entrevista:** 15-20 minutos. **Nota:** Nenhum dado pessoal (nome, endereço, número de telefone) ou outro dado que leve a identificação do entrevistado será partilhado. **Contatos para mais informações:** Email: willian.gomes4@hotmail.com/Telefone: 939661974.	
Temas	**Perguntas**
Trajetória da infeção	• Em que país foi diagnosticado com o VIH? • Onde ficou sabendo que vive com a infeção? No hospital? Num Centro de Saúde? Numa ONG? • Há quanto tempo vive com a infeção?
Acesso ao tratamento para o VIH em Portugal	• A que tipo de serviço recorreu para aceder ao tratamento em Portugal? Hospital? Centro de saúde? ONG? • Sofreu alguma dificuldade/barreira para aceder ao tratamento? A falta do número do utente? Dificuldade financeira para pagar o transporte até o hospital? • Recebeu algum tipo de apoio de uma ou mais ONG para aceder ou manter o tratamento? • Conseguiria aceder ou manter o tratamento do VIH sem o apoio da ONG?
Possíveis soluções	• O que poderia ser feito para facilitar o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde par o VIH?
Caracterização dos participantes	• Pais de nascimento; Tempo que reside em Portugal; Idade; Sexo; Condição sexual; Estado civil; Ano de escolaridade; Situação administrativa no país. Situação profissional; Profissão; Rendimento fixo; ele é suficiente para manter o tratamento, como pagar o transporte para ir às consultas e levantar a medicação, etc.

Anexo 3

Consentimento informado de participação das entrevistas para os imigrantes

CONSENTIMENTO INFORMADO - ENTREVISTA

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Willian Gomes, aluno da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, no âmbito da dissertação de Mestrado.

Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo. Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Entendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo.

Assinatura: _____

Data ___/___/__

Anexo 4

Modelo do questionário online preenchido pelos colaboradores das ONGs

Questionário para as ONGs

Olá,
Sou o Willian Gomes, aluno do mestrado de Migrações, Inter-Etnicidades e Transnacionalismo da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas e estou a desenvolver a minha dissertação de mestrado sobre imigrantes, VIH e ONG.

OBJETIVO DO QUESTIONÁRIO:
O questionário tem como objetivo compreender melhor o papel das Organizações Não Governamentais (ONG) na promoção do acesso ao tratamento para o VIH aos imigrantes que vivem na área metropolitana de Lisboa, como também as barreiras enfrentadas pelos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH.

CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO:
1) Ser colaborador de pelo menos uma ONG participante do estudo (Abraço AJPAS, GAT, SER+, Médicos do Mundo, Liga Portuguesa Contra Sida e/ou Positivo) localizadas na área metropolitana de Lisboa.
2) Trabalhar diretamente com imigrantes que vivem com VIH na promoção do acesso e adesão aos cuidados de saúde.
NOTA: A promoção do acesso e adesão aos cuidados de saúde pode envolver diversas áreas como: apoio social, psicologia, técnicos de rastreio, enfermeiros, médicos, Pares, administrativos e entre outros.
A sua participação é voluntária, podendo interrompe-la a qualquer momento se assim o desejar.

TEMPO DE RESPOSTA:
5 - 10 minutos

Questionário disponível entre:
04/09/2019 - 20/09/2019

PROTEÇÃO DE DADOS
O questionário é anónimo, confidencial e as informações recolhidas através deste questionário destinam-se apenas para fins de investigação científica e serão tratadas de forma coletiva e não particular.

NOTA:
O termo "Barreiras" refere-se a qualquer dificuldade que o imigrante enfrente ao tentar aceder aos cuidados de saúde para o VIH em Portugal ou manter o tratamento, como também as dificuldades enfrentadas pelos colaboradores das ONG no apoio ao acesso ou manutenção do tratamento do VIH juntamente da população imigrante.

CONTATO DO INVESTIGADOR:
Email: Willian.gomes4@hotmail.com
Telefone: 939661974

*Obrigatório

Questionário para as ONGs

Questionário para as ONGs

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO:

1. **Declaro que compreendi os objetivos do estudo, preencho os critérios de participação e participo deste estudo de forma voluntária e gratuita.** *
   Marcar apenas uma oval.
   - Sim
   - Não

PARTE 1

INFORMAÇÕES SOBRE AS BARREIRAS ENFRENTADAS PELOS IMIGRANTES NO ACESSO AO TRATAMENTO PARA O VIH NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA.

Barreiras dos imigrantes diagnosticados em Portugal no acesso aos serviços de saúde para o VIH.

2. **1) Segundo a sua perspetiva, quais são as 3 principais barreiras enfrentadas PELOS IMIGRANTES DIAGNOSTICADOS EM PORTUGAL COM VIH, no acesso ao tratamento? NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Língua/comunicação
- [ ] Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)
- [ ] Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital)
- [ ] Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento
- [ ] Burocracia (dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde)
- [ ] Devido a situação administrativa no país (exemplo, com visto de turista, em situação irregular, etc.)
- [ ] Outras.

3. **1.1) Se selecionou a opção "outro" favor especificar:**

_____

PARTE 1.1

Barreiras enfrentadas pelos imigrantes que chegam a Portugal já em tratamento para o VIH e desejam dar continuidade ao tratamento

4. **2) Segundo a sua perspetiva, quais são 3 principais barreiras enfrentadas PELOS IMIGRANTES QUE CHEGAM EM PORTUGAL JÁ EM TRATAMENTO PARA O VIH e desejam ser ligados aos serviços de saúde ? NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Língua/comunicação
- [ ] Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)
- [ ] Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital)
- [ ] Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento em Portugal
- [ ] Burocracia (dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde)
- [ ] Devido a situação administrativa no país (exemplo, com visto de turista, em situação irregular, etc.)
- [ ] Outras.

5. **Se selecionou a opção "outro" favor especificar:**

_____

Parte 1.2

Barreiras enfrentadas na manutenção/adesão ao tratamento pelos imigrantes residentes na área metropolitana de Lisboa, que já estão em seguimento hospitalar na região indicada..

6. **3) Segundo a sua perspetiva, quais são as 3 principais barreiras enfrentadas pelos imigrantes (já em tratamento) na MANUTENÇÃO/ADESÃO ao tratamento para o VIH? NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Língua/comunicação
- [ ] Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)
- [ ] Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital)
- [ ] Não se sente doente. (Nota: Não se sentir doente pode estar relacionado com: Não continuar o tratamento devido a falta de conhecimento sobre a infeção e as consequências de optar pelo não tratamento; Processo de negação da infeção, ou seja, não aceita que está infetado pelo VIH e se sente bem com a própria saúde, logo não dá seguimento ao tratamento.)
- [ ] Outras.

7. **3.1) Se selecionou a opção "outro" favor especificar:**

_____

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4) Favor avaliar nuca escala de 1 – 5 (1= Nenhuma barreira e 5= Muita barreira) as barreiras (mais frequentes) que os imigrantes enfrentam no acesso ao tratamento para o VIH em Portugal, de acordo com a região de origem dos imigrantes.NOTA: A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.1 Língua/comunicação

8. **África** *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

9. **América Latina**
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

10. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

11. **Ásia**
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

12. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

13. **Europa Central**
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

14. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.2 Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)

15. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

16. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

17. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muita barreira

18. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

19. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

20. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

21. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.3 Local de residência (exemplo, residir longe do hospital)

22. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

23. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

24. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

25. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

26. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

27. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

28. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.4 Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento

29. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

30. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

31. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

32. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

33. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

34. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

35. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.5 Burocracia (dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde).

36. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

37. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

38. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

39. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

40. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

41. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

42. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.6 Devido a situação administrativa no país (exemplo, com visto de turista, em situação irregular, etc.)

43. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

44. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

45. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

46. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

47. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

48. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

49. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 2

INFORMAÇÕES SOBE OS COLABORADORES DAS ONGS QUE TRABALHAM DIRETAMENTE NO APOIO AOS IMIGRANTES QUE VIVEM COM VIH NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA

Dificuldades enfrentadas pelos colaboradores ao apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH na área metropolitana de Lisboa

50. **5) Na sua opinião, enfrenta alguma dificuldade ao apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH?** *
Marcar apenas uma oval.

◯ Sim
◯ Não

51. **6) Se a resposta anterior foi sim, quais são as suas dificuldades que enfrenta?NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva pode não coincidir com a da ONG.** *
Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Falta de conhecimento jurídico que garante o acesso ao tratamento que permite o acesso aos serviços de saúde para os imigrantes
☐ Dificuldade em comunicar
☐ Barreira cultural
☐ Falta de financiamento para manter e/ou expandir os serviços de apoio ao imigrante no acesso ao tratamento para o VIH
☐ Perda de contato com o imigrante
☐ Outro

52. **6.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar:**

_____

PARTE 3

Caracterização do colaborador da ONG

53. **7) Indique o país de nascimento:** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Portugal
- [ ] Brasil
- [ ] Cabo Verde
- [ ] Guine Bissau
- [ ] Outro

54. **7.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar**

_____

55. **8) Indique o seu nível de escolaridade:** *

Marcar apenas uma oval.

- ( ) 1º ciclo ou menos
- ( ) 2º ciclo
- ( ) 3º ciclo
- ( ) Secundário
- ( ) Licenciado ou mais
- ( ) Outro

56. **8.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar:**

_____

57. **Idade** *

_____

58. **9) Indique a sua PRINCIPAL ÁREA DE trabalho na ONG. NOTA: Apenas poderá selecionar uma área de trabalho.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Administrativo(a)
- [ ] Assistente social
- [ ] Apoio domiciliário
- [ ] Coordenador (a) do serviço
- [ ] Enfermeiro(a)
- [ ] Psicólogo(a)
- [ ] Médico(a)
- [ ] Técnico(a) de rastreio
- [ ] Par
- [ ] Outro

59. **9.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar:**

60. **10) Tempo de trabalha na ONG? (Meses e anos, exemplo: 1 ano e 2 meses?)** *

61. **11) Já realizou alguma formação especifica para trabalhar juntamente da comunidade imigrante?** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

62. **11.1) Se respondeu "Sim", indique o nome da(s) formação(ões)**

63. **12) Na sua opinião, o que poderia ser feito para facilitar o acesso dos imigrantes ao tratamento para o VIH na área metropolitana de Lisboa? NOTA: A sua opinião não precisa ser a mesma que a da organização onde trabalha.** *

PARTE 4

64. **13) Favor acrescentar alguma ideia que não foi prevista no decorrer do questionário.**

FIM! Muito obrigado pela sua colaboração ☺

Caso pretenda receber uma copia do estudo final, favor enviar um email para willian.gomes4@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO:

65. **Declaro que compreendi os objetivos do estudo, preencho os critérios de participação e participo deste estudo de forma voluntária e gratuita.** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

PARTE 1

INFORMAÇÕES SOBRE AS BARREIRAS ENFRENTADAS PELOS IMIGRANTES NO ACESSO AO TRATAMENTO PARA O VIH NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA.

Barreiras dos imigrantes diagnosticados em Portugal no acesso aos serviços de saúde para o VIH.

66. **1) Segundo a sua perspetiva, quais são as 3 principais barreiras enfrentadas PELOS IMIGRANTES DIAGNOSTICADOS EM PORTUGAL COM VIH, no acesso ao tratamento? NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Língua/comunicação
- [ ] Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)
- [ ] Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital)
- [ ] Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento
- [ ] Burocracia (dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde)
- [ ] Devido a situação administrativa no país (exemplo, com visto de turista, em situação irregular, etc.)
- [ ] Outras.

67. **1.1) Se selecionou a opção "outro" favor especificar:**

PARTE 1.1

Barreiras enfrentadas pelos imigrantes que chegam a Portugal já em tratamento para o VIH e desejam dar continuidade ao tratamento

68. **2) Segundo a sua perspetiva, quais são 3 principais barreiras enfrentadas PELOS IMIGRANTES QUE CHEGAM EM PORTUGAL JÁ EM TRATAMENTO PARA O VIH e desejam ser ligados aos serviços de saúde ? NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Língua/comunicação
- [ ] Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)
- [ ] Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital)
- [ ] Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento em Portugal
- [ ] Burocracia (dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde)
- [ ] Devido a situação administrativa no país (exemplo, com visto de turista, em situação irregular, etc.)
- [ ] Outras.

69. **Se selecionou a opção "outro" favor especificar:**

Parte 1.2

Barreiras enfrentadas na manutenção/adesão ao tratamento pelos imigrantes residentes na área metropolitana de Lisboa, que já estão em seguimento hospitalar na região indicada..

70. **3) Segundo a sua perspetiva, quais são as 3 principais barreiras enfrentadas pelos imigrantes (já em tratamento) na MANUTENÇÃO/ADESÃO ao tratamento para o VIH? NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Língua/comunicação
- [ ] Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)
- [ ] Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital)
- [ ] Não se sente doente. (Nota: Não se sentir doente pode estar relacionado com: Não continuar o tratamento devido a falta de conhecimento sobre a infeção e as consequências de optar pelo não tratamento; Processo de negação da infeção, ou seja, não aceita que está infetado pelo VIH e se sente bem com a própria saúde, logo não dá seguimento ao tratamento.)
- [ ] Outras.

71. **3.1) Se selecionou a opção "outro" favor especificar:**

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4) Favor avaliar nuca escala de 1 – 5 (1= Nenhuma barreira e 5= Muita barreira) as barreiras (mais frequentes) que os imigrantes enfrentam no acesso ao tratamento para o VIH em Portugal, de acordo com a região de origem dos

imigrantes.NOTA: A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.1 Língua/comunicação

72. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

73. **América Latina**
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

74. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

75. **Ásia**
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

76. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

77. **Europa Central**
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

78. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.2 Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)

79. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

80. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

81. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muita barreira

82. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

83. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

84. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

85. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.3 Local de residência (exemplo, residir longe do hospital)

86. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

87. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

88. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

89. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

90. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

91. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

92. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.4 Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento

93. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

94. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

95. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

96. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

97. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

98. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

99. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.5 Burocracia (dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde).

100. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

101. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

102. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

103. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

104. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

105. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

106. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.6 Devido a situação administrativa no país (exemplo, com visto de turista, em situação irregular, etc.)

107. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

108. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

109. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

110. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

111. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

112. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

113. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 2

INFORMAÇÕES SOBE OS COLABORADORES DAS ONGS QUE TRABALHAM DIRETAMENTE NO APOIO AOS IMIGRANTES QUE VIVEM COM VIH NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA

Dificuldades enfrentadas pelos colaboradores ao apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH na área metropolitana de Lisboa

114. **5) Na sua opinião, enfrenta alguma dificuldade ao apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH?** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

115. **6) Se a resposta anterior foi sim, quais são as suas dificuldades que enfrenta?NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva pode não coincidir com a da ONG.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Falta de conhecimento jurídico que garante o acesso ao tratamento que permite o acesso aos serviços de saúde para os imigrantes
- [ ] Dificuldade em comunicar
- [ ] Barreira cultural
- [ ] Falta de financiamento para manter e/ou expandir os serviços de apoio ao imigrante no acesso ao tratamento para o VIH
- [ ] Perda de contato com o imigrante
- [ ] Outro

116. **6.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar:**

PARTE 3

Caracterização do colaborador da ONG

117. **7) Indique o país de nascimento:** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Portugal
- [ ] Brasil
- [ ] Cabo Verde
- [ ] Guine Bissau
- [ ] Outro

118. **7.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar**

119. **8) Indique o seu nível de escolaridade:** *

Marcar apenas uma oval.

- 1º ciclo ou menos
- 2º ciclo
- 3º ciclo
- Secundário
- Licenciado ou mais
- Outro

120. **8.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar:**

121. **Idade** *

122. **9) Indique a sua PRINCIPAL ÁREA DE trabalho na ONG. NOTA: Apenas poderá selecionar uma área de trabalho.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Administrativo(a)
- [ ] Assistente social
- [ ] Apoio domiciliário
- [ ] Coordenador (a) do serviço
- [ ] Enfermeiro(a)
- [ ] Psicólogo(a)
- [ ] Médico(a)
- [ ] Técnico(a) de rastreio
- [ ] Par
- [ ] Outro

123. **9.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar:**

124. **10) Tempo de trabalha na ONG? (Meses e anos, exemplo: 1 ano e 2 meses?)** *

125. **11) Já realizou alguma formação especifica para trabalhar juntamente da comunidade imigrante?** *

Marcar apenas uma oval.

- ( ) Sim
- ( ) Não

126. **11.1) Se respondeu "Sim", indique o nome da(s) formação(ões)**

127. **12) Na sua opinião, o que poderia ser feito para facilitar o acesso dos imigrantes ao tratamento para o VIH na área metropolitana de Lisboa? NOTA: A sua opinião não precisa ser a mesma que a da organização onde trabalha.** *

PARTE 4

128. **13) Favor acrescentar alguma ideia que não foi prevista no decorrer do questionário.**

FIM! Muito obrigado pela sua colaboração ☺

Caso pretenda receber uma copia do estudo final, favor enviar um email para willian.gomes4@hotmail.com

Questionário para as ONGs

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO:

129. **Declaro que compreendi os objetivos do estudo, preencho os critérios de participação e participo deste estudo de forma voluntária e gratuita.** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

PARTE 1

INFORMAÇÕES SOBRE AS BARREIRAS ENFRENTADAS PELOS IMIGRANTES NO ACESSO AO TRATAMENTO PARA O VIH NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA.

Barreiras dos imigrantes diagnosticados em Portugal no acesso aos serviços de saúde para o VIH.

130. **1) Segundo a sua perspetiva, quais são as 3 principais barreiras enfrentadas PELOS IMIGRANTES DIAGNOSTICADOS EM PORTUGAL COM VIH, no acesso ao tratamento? NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Língua/comunicação
- [ ] Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)
- [ ] Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital)
- [ ] Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento
- [ ] Burocracia (dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde)
- [ ] Devido a situação administrativa no país (exemplo, com visto de turista, em situação irregular, etc.)
- [ ] Outras.

131. **1.1) Se selecionou a opção "outro" favor especificar:**

PARTE 1.1

Barreiras enfrentadas pelos imigrantes que chegam a Portugal já em tratamento para o VIH e desejam dar continuidade ao tratamento

132. **2) Segundo a sua perspetiva, quais são 3 principais barreiras enfrentadas PELOS IMIGRANTES QUE CHEGAM EM PORTUGAL JÁ EM TRATAMENTO PARA O VIH e desejam ser ligados aos serviços de saúde ? NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Língua/comunicação
- [ ] Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)
- [ ] Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital)
- [ ] Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento em Portugal
- [ ] Burocracia (dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde)
- [ ] Devido a situação administrativa no país (exemplo, com visto de turista, em situação irregular, etc.)
- [ ] Outras.

133. **Se selecionou a opção "outro" favor especificar:**

Parte 1.2

Barreiras enfrentadas na manutenção/adesão ao tratamento pelos imigrantes residentes na área metropolitana de Lisboa, que já estão em seguimento hospitalar na região indicada..

134. **3) Segundo a sua perspetiva, quais são as 3 principais barreiras enfrentadas pelos imigrantes (já em tratamento) na MANUTENÇÃO/ADESÃO ao tratamento para o VIH? NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Língua/comunicação
- [ ] Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)
- [ ] Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital)
- [ ] Não se sente doente. (Nota: Não se sentir doente pode estar relacionado com: Não continuar o tratamento devido a falta de conhecimento sobre a infeção e as consequências de optar pelo não tratamento; Processo de negação da infeção, ou seja, não aceita que está infetado pelo VIH e se sente bem com a própria saúde, logo não dá seguimento ao tratamento.)
- [ ] Outras.

135. **3.1) Se selecionou a opção "outro" favor especificar:**

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4) Favor avaliar nuca escala de 1 – 5 (1= Nenhuma barreira e 5= Muita barreira) as barreiras (mais frequentes) que os imigrantes enfrentam no acesso ao tratamento para o VIH em Portugal, de acordo com a região de origem dos imigrantes.NOTA: A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.1 Língua/comunicação

136. **África** *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

137. **América Latina**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

138. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

139. **Ásia**
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

140. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

141. **Europa Central**
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

142. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.2 Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)

143. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

144. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

145. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muita barreira

146. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

147. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

148. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

149. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.3 Local de residência (exemplo, residir longe do hospital)

150. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

151. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

152. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

153. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

154. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

155. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

156. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.4 Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento

157. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

158. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

159. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

160. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

161. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

162. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

163. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.5 Burocracia (dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde).

164. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

165. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

166. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

167. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

168. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

169. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

170. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.6 Devido a situação administrativa no país (exemplo, com visto de turista, em situação irregular, etc.)

171. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

172. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

173. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

174. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

175. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

176. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

177. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 2

INFORMAÇÕES SOBE OS COLABORADORES DAS ONGS QUE TRABALHAM DIRETAMENTE NO APOIO AOS IMIGRANTES QUE VIVEM COM VIH NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA

Dificuldades enfrentadas pelos colaboradores ao apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH na área metropolitana de Lisboa

178. **5) Na sua opinião, enfrenta alguma dificuldade ao apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH?** *
Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

179. **6) Se a resposta anterior foi sim, quais são as suas dificuldades que enfrenta?NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva pode não coincidir com a da ONG.** *
Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Falta de conhecimento jurídico que garante o acesso ao tratamento que permite o acesso aos serviços de saúde para os imigrantes
- ☐ Dificuldade em comunicar
- ☐ Barreira cultural
- ☐ Falta de financiamento para manter e/ou expandir os serviços de apoio ao imigrante no acesso ao tratamento para o VIH
- ☐ Perda de contato com o imigrante
- ☐ Outro

180. **6.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar:**

_____

PARTE 3

Caracterização do colaborador da ONG

181. **7) Indique o país de nascimento:** *
Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Portugal
- [ ] Brasil
- [ ] Cabo Verde
- [ ] Guine Bissau
- [ ] Outro

182. **7.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar**

_____

183. **8) Indique o seu nível de escolaridade:** *
Marcar apenas uma oval.

- ( ) 1º ciclo ou menos
- ( ) 2º ciclo
- ( ) 3º ciclo
- ( ) Secundário
- ( ) Licenciado ou mais
- ( ) Outro

184. **8.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar:**

_____

185. **Idade** *

_____

186. **9) Indique a sua PRINCIPAL ÁREA DE trabalho na ONG. NOTA: Apenas poderá selecionar uma área de trabalho.** *
Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Administrativo(a)
- [ ] Assistente social
- [ ] Apoio domiciliário
- [ ] Coordenador (a) do serviço
- [ ] Enfermeiro(a)
- [ ] Psicólogo(a)
- [ ] Médico(a)
- [ ] Técnico(a) de rastreio
- [ ] Par
- [ ] Outro

187. **9.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar:**

188. **10) Tempo de trabalha na ONG? (Meses e anos, exemplo: 1 ano e 2 meses?)** *

189. **11) Já realizou alguma formação especifica para trabalhar juntamente da comunidade imigrante?** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

190. **11.1) Se respondeu "Sim", indique o nome da(s) formação(ões)**

191. **12) Na sua opinião, o que poderia ser feito para facilitar o acesso dos imigrantes ao tratamento para o VIH na área metropolitana de Lisboa? NOTA: A sua opinião não precisa ser a mesma que a da organização onde trabalha.** *

PARTE 4

192. **13) Favor acrescentar alguma ideia que não foi prevista no decorrer do questionário.**

FIM! Muito obrigado pela sua colaboração ☺

Caso pretenda receber uma copia do estudo final, favor enviar um email para willian.gomes4@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO:

193. **Declaro que compreendi os objetivos do estudo, preencho os critérios de participação e participo deste estudo de forma voluntária e gratuita.** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

PARTE 1

INFORMAÇÕES SOBRE AS BARREIRAS ENFRENTADAS PELOS IMIGRANTES NO ACESSO AO TRATAMENTO PARA O VIH NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA.

Barreiras dos imigrantes diagnosticados em Portugal no acesso aos serviços de saúde para o VIH.

194. **1) Segundo a sua perspetiva, quais são as 3 principais barreiras enfrentadas PELOS IMIGRANTES DIAGNOSTICADOS EM PORTUGAL COM VIH, no acesso ao tratamento? NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Língua/comunicação
- [ ] Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)
- [ ] Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital)
- [ ] Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento
- [ ] Burocracia (dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde)
- [ ] Devido a situação administrativa no país (exemplo, com visto de turista, em situação irregular, etc.)
- [ ] Outras.

195. **1.1) Se selecionou a opção "outro" favor especificar:**

PARTE 1.1

Barreiras enfrentadas pelos imigrantes que chegam a Portugal já em tratamento para o VIH e desejam dar continuidade ao tratamento

196. **2) Segundo a sua perspetiva, quais são 3 principais barreiras enfrentadas PELOS IMIGRANTES QUE CHEGAM EM PORTUGAL JÁ EM TRATAMENTO PARA O VIH e desejam ser ligados aos serviços de saúde ? NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Língua/comunicação
- [ ] Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)
- [ ] Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital)
- [ ] Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento em Portugal
- [ ] Burocracia (dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde)
- [ ] Devido a situação administrativa no país (exemplo, com visto de turista, em situação irregular, etc.)
- [ ] Outras.

197. **Se selecionou a opção "outro" favor especificar:**

Parte 1.2

Barreiras enfrentadas na manutenção/adesão ao tratamento pelos imigrantes residentes na área metropolitana de Lisboa, que já estão em seguimento hospitalar na região indicada..

198. **3) Segundo a sua perspetiva, quais são as 3 principais barreiras enfrentadas pelos imigrantes (já em tratamento) na MANUTENÇÃO/ADESÃO ao tratamento para o VIH? NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Língua/comunicação
- [ ] Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)
- [ ] Local de residência (exemplo, local de residência longe do hospital)
- [ ] Não se sente doente. (Nota: Não se sentir doente pode estar relacionado com: Não continuar o tratamento devido a falta de conhecimento sobre a infeção e as consequências de optar pelo não tratamento; Processo de negação da infeção, ou seja, não aceita que está infetado pelo VIH e se sente bem com a própria saúde, logo não dá seguimento ao tratamento.)
- [ ] Outras.

199. **3.1) Se selecionou a opção "outro" favor especificar:**

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4) Favor avaliar nuca escala de 1 – 5 (1= Nenhuma barreira e 5= Muita barreira) as barreiras (mais frequentes) que os imigrantes enfrentam no acesso ao tratamento para o VIH em Portugal, de acordo com a região de origem dos

imigrantes.NOTA: A sua perspetiva não precisa ser a mesma do imigrante ou da organização onde trabalha.

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.1 Língua/comunicação

200. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

201. **América Latina**
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

202. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

203. **Ásia**
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

204. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

205. **Europa Central**
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

206. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.2 Situação económica insuficiente (exemplo: para pagar a deslocação até ao hospital)

207. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

208. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

209. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muita barreira

210. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

211. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

212. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

213. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.3 Local de residência (exemplo, residir longe do hospital)

214. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

215. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

216. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

217. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

218. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

219. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

220. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.4 Falta de conhecimento de como aceder ao tratamento

221. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

222. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

223. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

224. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

225. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

226. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

227. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.5 Burocracia (dificuldade em adquirir o atestado de residência na Junta de Freguesia e inscrição no Centro de Saúde).

228. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

229. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

230. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

231. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

232. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

233. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

234. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 1.3

Barreiras dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde para o VIH na Área Metropolitana de Lisboa, de acordo com o país de origem.

4.6 Devido a situação administrativa no país (exemplo, com visto de turista, em situação irregular, etc.)

235. **África** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

236. **América Latina** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

237. **América do Norte** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

238. **Ásia** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

239. **Europa Ocidental** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

240. **Europa Central** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

241. **Europa de Leste** *
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nenhuma barreira	◯	◯	◯	◯	◯	Muitas barreiras

PARTE 2

INFORMAÇÕES SOBE OS COLABORADORES DAS ONGS QUE TRABALHAM DIRETAMENTE NO APOIO AOS IMIGRANTES QUE VIVEM COM VIH NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA

Dificuldades enfrentadas pelos colaboradores ao apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH na área metropolitana de Lisboa

242. **5) Na sua opinião, enfrenta alguma dificuldade ao apoiar os imigrantes no acesso ao tratamento para o VIH?** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

243. **6) Se a resposta anterior foi sim, quais são as suas dificuldades que enfrenta?NOTA: Pode selecionar apenas 3 opções. A sua perspetiva pode não coincidir com a da ONG.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Falta de conhecimento jurídico que garante o acesso ao tratamento que permite o acesso aos serviços de saúde para os imigrantes
- [ ] Dificuldade em comunicar
- [ ] Barreira cultural
- [ ] Falta de financiamento para manter e/ou expandir os serviços de apoio ao imigrante no acesso ao tratamento para o VIH
- [ ] Perda de contato com o imigrante
- [ ] Outro

244. **6.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar:**

PARTE 3

Caracterização do colaborador da ONG

245. **7) Indique o país de nascimento:** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Portugal
- [ ] Brasil
- [ ] Cabo Verde
- [ ] Guine Bissau
- [ ] Outro

246. **7.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar**

247. **8) Indique o seu nível de escolaridade:** *

Marcar apenas uma oval.

- 1º ciclo ou menos
- 2º ciclo
- 3º ciclo
- Secundário
- Licenciado ou mais
- Outro

248. **8.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar:**

249. **Idade** *

250. **9) Indique a sua PRINCIPAL ÁREA DE trabalho na ONG. NOTA: Apenas poderá selecionar uma área de trabalho.** *

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Administrativo(a)
- [ ] Assistente social
- [ ] Apoio domiciliário
- [ ] Coordenador (a) do serviço
- [ ] Enfermeiro(a)
- [ ] Psicólogo(a)
- [ ] Médico(a)
- [ ] Técnico(a) de rastreio
- [ ] Par
- [ ] Outro

251. **9.1) Se selecionou a opção "outro", favor especificar:**

252. **10) Tempo de trabalha na ONG? (Meses e anos, exemplo: 1 ano e 2 meses?)** *

253. **11) Já realizou alguma formação especifica para trabalhar juntamente da comunidade imigrante?** *

Marcar apenas uma oval.

- ( ) Sim
- ( ) Não

254. **11.1) Se respondeu "Sim", indique o nome da(s) formação(ões)**

255. **12) Na sua opinião, o que poderia ser feito para facilitar o acesso dos imigrantes ao tratamento para o VIH na área metropolitana de Lisboa? NOTA: A sua opinião não precisa ser a mesma que a da organização onde trabalha.** *

PARTE 4

256. **13) Favor acrescentar alguma ideia que não foi prevista no decorrer do questionário.**

FIM! Muito obrigado pela sua colaboração ☺

Caso pretenda receber uma copia do estudo final, favor enviar um email para willian.gomes4@hotmail.com

Com tecnologia
Google Forms

NOVAFCSH
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA