

RISCO DE INFECÇÃO POR VIH/SIDA

Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante

SONIA DIAS, ALDINA GONÇALVES, MARGARET LUCK, M.^a JESUS FERNANDES
Unidade de Sistemas de Saúde/ Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais. Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.

RESUMO

Actualmente a situação de infecção de VIH/SIDA tem vindo a agravar-se, tendo em Portugal sido notificados, no final de 2001, um total de 18995 casos de infecção de VIH/SIDA. Os migrantes africanos são geralmente reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável a esta problemática de saúde e os dados indicam que estão sub-representados entre os utentes dos serviços de saúde, e em particular nos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva. Esta investigação teve como principais objectivos caracterizar a população residente e identificar e compreender os conhecimentos, atitudes e práticas face à problemática VIH/ SIDA e os obstáculos ao acesso aos Serviços de Saúde. O estudo foi efectuado em indivíduos com idade superior a 15 anos residentes numa comunidade migrante da área da grande Lisboa. Os dados foram recolhidos através da aplicação de inquéritos comunitários e entrevistas colectivas. Os resultados sugerem a existência de crenças, atitudes e conhecimentos que podem, indirectamente, aumentar o risco de infecção, entre os residentes no bairro em estudo. São também apontados alguns aspectos que podem funcionar como obstáculo no acesso aos serviços de saúde. O estudo realça a importância de as políticas de saúde governamentais e as organizações envolvidas nos cuidados de saúde, considerarem prioritário a melhoria do acesso aos serviços de saúde das minorias étnicas, bem como, a implementação de programas de intervenção direccionados para as necessidades específicas de cada comunidade.

Palavras-chave: *Comunidades africanas migrantes, prevenção de VIH/SIDA, acesso aos Serviços de Saúde.*

SUMMARY

RISK OF HIV/AIDS INFECTION

Access and utilization of health services in a migrant community

The recent trend concerning HIV/AIDS infection in Portugal has been worsening, with a total of 18995 cases of infection notified by the end of 2001. African immigrants are generally regarded as a particularly vulnerable group to this problem. Data on health service utilisation also indicates that they are under-represented among service users, particularly for Sexual and Reproductive Health. The main objectives of this study were to characterise the resident population, to identify and understand knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS problems, and obstacles to service utilisation. The study was conducted among individuals aged fifteen years and above, living in a migrant community in the Greater Lisbon area. Data has been collected through community surveys and collective interviews. Results suggest that existing

beliefs, attitudes and knowledge may, though indirectly, increase the risk for infection among the residents of the study area. Some of the factors that may act as deterrents to service utilisation are identified. The results of the study stress the need for government health policies and activities from other agencies focusing on improved access to health services for ethnic minorities, as well as intervention programs tailored specifically towards the needs of each community.

Key-words: *African migrant communities, Aids prevention, Access to Health Care Services*

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana é um dos maiores problemas de Saúde Pública do mundo, e Portugal não é excepção. Actualmente, a situação tem vindo a agravar-se tendo em Portugal sido notificados, para 2001, um total de 18995 casos de infecção de VIH/SIDA¹. Estudos realizados sugerem que os migrantes africanos são geralmente reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável a diferentes problemas de saúde e, em particular à infecção por VIH/SIDA²⁻⁵. A vulnerabilidade desta população está em geral, associada a vários factores nomeadamente, a uma situação económica precária, à falta de conhecimentos sobre acessibilidade aos serviços sociais e de saúde, a factores institucionais e barreiras legais, linguísticas e culturais e a uma certa marginalidade associada com a sua residência em bairros periféricos e geralmente em habitações ilegais^{6,7}. Apesar da escassez de informação sobre a situação de saúde das comunidades imigrantes africanas em Portugal existem alguns dados que apontam no sentido de que a população de imigrantes africanos tem um estado de saúde deficiente, quando comparada com a população do país acolhedor⁸⁻¹⁰ e que apresentem uma maior prevalência de infecção por VIH/SIDA. Apesar desta situação em que potencialmente haverá mais necessidade de utilização dos serviços de saúde, os dados indicam que os imigrantes africanos residentes em Portugal, estão sub-representados entre os utentes dos serviços de saúde, e em particular nos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva^{11,12}.

Segundo alguns autores uma associação positiva entre a imigração e o risco para a infecção do VIH parece estar relacionada com o acesso aos serviços de saúde do país acolhedor¹³. Apesar de haver uma percepção geral de que o acesso e o uso dos cuidados de saúde primários serão meios convenientes para receber a informação adequada sobre o VIH/SIDA, verifica-se contudo que a população imigrante não é sistematicamente abrangida pelos sistemas existentes de prevenção ou de acompanhamento de doentes infectados^{13,14}. Assim, a presença de um elevado número de imigrantes africanos, a evidência

sobre os riscos de saúde elevados desta população e a sua sub-representação nos serviços de saúde são alguns indicadores que apontam para uma situação potencialmente grave.

Tal como acontece em muitos países, em Portugal existe um desconhecimento em relação ao comportamento sexual e reprodutivo das minorias nomeadamente, os relacionados com a prevenção do VIH, assistindo-se a uma dificuldade por parte dos técnicos de saúde em ter em conta os sistemas de crenças habituais nas comunidades africanas que envolvem os comportamentos sexuais¹⁵. Sabe-se que esta epidemia atinge a população de forma diferente sendo muitas as representações que determinam a percepção do risco e os comportamentos de prevenção. Compreender a lógica que em cada grupo da população, face ao risco concreto de infecção, conduz a que certos indivíduos se protejam e outros não, torna-se uma tarefa complexa. Considera-se portanto, urgente uma melhor compreensão dos conhecimentos, atitudes e práticas face ao VIH/ SIDA, dos factores relacionados com o acesso aos serviços de saúde destas comunidades e das dificuldades existentes nesse acesso¹⁶.

Este estudo insere-se no âmbito de um projecto de Investigação-Acção efectuado numa comunidade migrante da área da grande Lisboa. Esta investigação teve como principais objectivos fazer a caracterização da população residente, identificar e compreender os conhecimentos, atitudes e práticas face à problemática VIH/SIDA e os obstáculos ao acesso aos Serviços de Saúde. Deste modo, pretende-se contribuir para o estabelecimento de estratégias de intervenção preventivas de VIH/SIDA e de promoção do acesso aos cuidados de saúde que consequentemente, contribuam para o desenvolvimento de políticas de Promoção de Saúde nestas comunidades.

MÉTODOS

Grupo Alvo

O estudo foi efectuado em indivíduos com idades superiores a 15 anos residentes numa comunidade migrante

da área da grande Lisboa. A população era oriunda, na sua quase totalidade, de Angola, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau e Cabo Verde. O bairro caracterizava-se por uma situação residencial degradada, com condições de saneamento básico precárias e sem infra-estruturas mínimas de apoio. O nível sócio económico dos residentes era em geral, baixo.

METODOLOGIA

Para a recolha de informação e do ponto de vista metodológico, optou-se pela aplicação de um inquérito comunitário (metodologia quantitativa) e pela realização de entrevistas colectivas (metodologia qualitativa) no sentido de obter uma maior complementaridade de informação.

Com o objectivo de envolver a comunidade e permitir uma participação activa dos próprios residentes foram convidados os líderes comunitários das associações do bairro e outros residentes para participarem voluntariamente neste estudo. Os interessados assistiram a uma formação e treino específico em aplicação de questionários e moderação de entrevistas colectivas no sentido de integrarem a equipa de trabalho. No final, os formandos foram seleccionados e recrutados para participar no estudo, tendo em conta as competências demonstradas na formação.

A primeira fase dos questionários e das entrevistas colectivas consistia na apresentação prévia da equipa, na explicação dos seus objectivos, dos aspectos relativos à confidencialidade das informações e da participação consentida dos entrevistados.

Inquérito Comunitário

Das 661 habitações no bairro recenseadas pelo Município foi efectuada uma amostragem aleatorizada de 232 habitações. Em cada um destes “clusters” foram aplicados dois questionários. Numa primeira fase, aplicou-se um questionário colectivo pré-codificado por habitação, administrado a um adulto, onde foram registados o nome, sexo e idade de todos os residentes (crianças e adultos) que habitavam regularmente naquela casa. Numa segunda fase, aplicou-se um questionário individual, conduzido em privado, aos residentes habituais com mais de quinze anos de idade. Este questionário incluía dados sócio-demográficos, questões relativas à utilização dos serviços de saúde e aos conhecimentos, atitudes e práticas sobre o VIH/SIDA.

A implementação do estudo envolveu treze entrevistadores recrutados na comunidade que efectuaram a formação atrás referida e três supervisores que coordenaram o trabalho desenvolvido pelos entrevistadores.

Estes reconfirmaram todos os questionários preenchidos nos primeiros dias e, posteriormente de forma aleatória. As habitações, identificadas pelos entrevistadores como estando desocupadas ou destruídas e/ ou os indivíduos registados como ausentes, inexistentes, ou que se recusaram a participar, receberam uma visita de confirmação pelo supervisor.

Entrevistas Colectivas

Os dados foram recolhidos através da realização de oito entrevistas colectivas a indivíduos distribuídos por diferentes grupos, segundo o sexo e o grupo etário, num total de 64 indivíduos residentes, com idade superior a 15 anos. Os grupos foram assim, constituídos: grupos de adultos (idades superiores a 25 anos) e de jovens (idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos). Cada grupo entrevistado era constituído por oito residentes da comunidade. As entrevistas, com uma duração média de duas horas, foram realizadas na própria comunidade, tendo sido ajustado o horário das mesmas à disponibilidade dos entrevistados. O guião da entrevista semi-estruturada centrou-se em aspectos relacionados com a mesma problemática, de acordo com os objectivos do estudo.

REGISTO E ANÁLISE DE DADOS

Inquérito Comunitário

O registo dos dados, dos questionários de habitação e individuais, foi efectuado por quatro operadores com experiência de entrada de dados em suporte informático. Cada questionário foi tratado por dois operadores diferentes e as discrepâncias foram verificadas por um supervisor e, seguidamente corrigidas. A análise de dados foi efectuada usando o sistema SPSS e EpiInfo.

Entrevistas Colectivas

Todas as entrevistas foram gravadas, com o consentimento prévio dos participantes, de modo a se proceder à sua integral transcrição e posterior análise de conteúdo. Elaborou-se inicialmente uma lista de categorias de análise, estando subjacente o guião das entrevistas e os principais temas referidos pelos participantes. A análise sistemática dos dados das entrevistas colectivas facilitou a exploração dos significados atribuídos pelos participantes aos temas abordados e um conhecimento das características da comunidade.

RESULTADOS

Em seguida apresentam-se os resultados dos questionários e das entrevistas colectivas sendo estas apresentadas em categorias de análise, de acordo com os temas abordados.

Questionários

No total das 232 habitações seleccionadas, com base no recenseamento do município, 14 estavam destruídas considerando-se assim, 218 residências elegíveis. A taxa de resposta, na identificação destas residências, foi de 95%, com 4% (n=9) de ausências dos proprietários e 1% (n=3) de recusas em participar. No inquérito colectivo a estas habitações, identificaram-se 951 indivíduos como residentes regulares. Nestes, 54% (n=513) eram do sexo masculino e 46% (n=438) do sexo feminino. Nesta população, 35% de indivíduos (n=332) tinha menos de 15 anos, 64,8% (n=617) mais de 15 anos e de 0,2% (n=2) não se obteve informação.

Foram identificados 617 indivíduos com mais de 15 anos para a aplicação do questionário individual. Destes, um grupo de 15% (n=93) não foi entrevistado, atendendo a que 10% (n=61) se encontrava ausente da residência, 4% (n=27) recusou a entrevista e 1% (n=7) estava doente. No total foram aplicados questionários a 524 indivíduos, correspondendo a uma taxa de resposta de 85% da população total prevista. A caracterização geral dos indivíduos entrevistados pode ser observada no quadro seguinte (quadro I).

		N	%
SEXO	Masculino	275	53%
	Feminino	249	48%
IDADE	15-19 anos	80	15%
	20-34 anos	129	44%
	35-54 anos	117	35%
	> 55 anos	13	6%
ESCOLARIDADE	Nenhuma	29	6%
	Primária	83	16%
	Preparatória/Secundária	373	72%
	Técnica/ superior	31	6%
Missings=8			
OCUPAÇÃO	Construção civil	181	35%
PROFISSIONAL	Estudante	71	14%
	Doméstica	65	13%
	Limpezas	60	12%
	Desempregado	46	9%
Missings=5	Outros	96	18%
ANOS DE RESIDÊNCIA EM PORTUGAL	0-4 anos	179	34%
RESIDÊNCIA EM PORTUGAL	5-9 anos	204	39%
	> 10 anos	141	27%
NACIONALIDADE	Portuguesa	88	17%
	Não portuguesa	435	82%
LICENÇA DE RESIDENCIA	Tem licença de residência	295	68%
	Não tem licença de residência	138	32%

A população entrevistada, pode ser caracterizada por uma relativa escolaridade que, em geral, trabalha em sectores de baixa qualificação. Dos dados obtidos, verifica-se que mais de metade dos inquiridos atingiu o nível secundário técnico ou superior mas destes, 60% estava envolvido em actividades profissionais ligadas à construção civil ou a serviços de limpeza.

Consciência da problemática e Conhecimentos acerca do VIH/ SIDA

Quase todos os inquiridos, (98%; I.C. a 95%: 97-100) afirmam já ter ouvido falar do VIH/SIDA, e 90% dos respondentes (I.C. a 95%: 87-93) acredita que a doença existe. Verifica-se contudo que, 10% (n=51) dos inquiridos não acredita que a SIDA existe, ou não sabe responder. Dos 524 indivíduos que responderam, 36% (n=182) referiu conhecer alguém, em Portugal ou no seu país de origem, cuja causa de morte foi a infecção por VIH/ SIDA (quadro II).

Quadro II - Consciência da problemática VIH/ SIDA

Consciência da problemática	Já ouviu falar do VIH/ SIDA	Acredita que o VIH/ SIDA existe	Conhece alguém que morreu de VIH/SIDA
Sim	516 (98%)	468 (90%)	182 (36%)
Não	8 (2%)	20 (4%)	326 (64%)
Não sabe	0	31 (6%)	0
Missings	0	5	16
Total	524 (100%)	524 (100%)	524 (100%)

A população inquirida parece estar consciente dos meios de transmissão de infecção por VIH/ SIDA, no entanto verifica-se que uma grande parte destes indivíduos (a maioria dos inquiridos, nos casos das análises sanguíneas e das picadas de mosquitos) refere modos inadequados de transmissão de VIH/SIDA (quadro III).

Quadro III - Conhecimentos acerca dos modos de transmissão de VIH/SIDA

Modos de transmissão do VIH/SIDA	Sim	Não	Não sabe	Missing
Utilização de balneários públicos	162 (31%)	283 (54%)	78 (15%)	8
Partilhar utensílios de cozinha	14 (28%)	315 (61%)	58 (11%)	8
Análises sanguíneas	443 (87%)	37 (7%)	30 (6%)	14
Picadas de mosquitos/insectos	263 (51%)	170 (33%)	82 (16%)	9
Partilhar seringas	473 (92%)	10 (2%)	31 (6%)	10
Relações sexuais desprotegidas	463 (91%)	12 (2%)	34 (7%)	15

Atitudes face o VIH/ SIDA

Quando se questiona o grau de preocupação pessoal com a infecção por VIH/SIDA, dos 523 indivíduos que

responderam a esta questão, verifica-se que 63% (n=330) dos inquiridos, considera-se bastante preocupado, 17 % (n=88) um pouco preocupado, 18 % (n=96) refere não estar preocupado com a problemática do VIH/SIDA e 2 % (n=9) não sabe responder.

Foi solicitado aos participantes, em pergunta de resposta aberta, uma ou mais razões justificativas da resposta dada a questão anterior. Nos 330 inquiridos, que consideraram estar bastante preocupados, as principais razões referidas foram: SIDA *significa morte* (n=95), que *é contagioso* (n=77), que *não há cura* (n=72) e que *é um assunto sério* (n=60). Nos 156 indivíduos, que consideraram estar pouco ou nada preocupados, as principais justificações referidas foram: *não estou em risco* (n=61), *não sou promiscuo* (n=28), *é o destino* (n=21), e *não acredito que a SIDA existe* (n=9) (quadro IV).

Quadro IV - Razões para estar bastante, pouco ou nada preocupado

Razões para estar bastante preocupado	Respostas	Razões para estar pouco ou nada preocupado	Respostas
Significa morte	95 (31%)	Não estou em risco	61 (39%)
É contagioso	77 (25%)	Não sou promiscuo	28 (18%)
Não há cura	72 (23%)	É o destino	21 (13%)
É um assunto sério	60 (20%)	Não acredito que a SIDA existe	9 (6%)
Afecta muitas pessoas	39 (13%)	Não sei muito acerca disso	7 (5%)
Tenho medo	32 (10%)	Não vivo com ninguém com SIDA	8 (5%)
Estou preocupado com os filhos	16 (5%)	É contagioso	6 (4%)
Ninguém sabe se o parceiro está infectado	10 (3%)	Outras	19 (10%)
Outras	14 (5%)		
Missings	23	Missings	28

Dos 494 inquiridos que responderam à questão, se o conhecimento do VIH/ SIDA alterou o seu comportamento, 48 indivíduos referiram que a questão não se aplicava a eles, ou porque ainda não tinham iniciado a vida sexual (n=30) ou já não tinham relações sexuais (n=18). Dos restantes 446 inquiridos, 54% (n=239) afirmou que tinha alterado o seu comportamento, 48% (n=212) que não alterou o seu comportamento e 6% (n=27) respondeu que não sabia.

Dos 239 indivíduos que afirmaram que o conhecimento do VIH/SIDA provocou alterações no comportamento, 51% (n=122) referiu que começou a utilizar preservativos nas suas relações sexuais, 43% (n=103) só teve um parceiro sexual, 23% (n=55) afirmou ter reduzido o número de parceiros sexuais e 2% (n=4) referiu estar mais preocupado.

Utilização dos Serviços de Saúde

Quando foi abordada a questão da utilização dos serviços de saúde em Portugal, verifica-se que a maior parte dos inquiridos já teve pelo menos uma consulta de saúde. Os dados demonstram que 73% (n=380), (I.C. a 95%: 0,69-0,77) teve uma consulta no hospital e que 53% (n=275), (I.C. a 95%: 0,49-0,57) teve uma consulta num centro de saúde. Verifica-se contudo, que uma minoria nunca recorreu aos serviços de saúde (quadro V).

Quadro V - Utilização, de pelo menos uma vez, dos Serviços de Saúde

Serviço de Saúde	Sim	Não
Hospital	380 (73%)	144 (27%)
Centro de Saúde	275 (53%)	249 (47%)
Total	524	524

Os dados relativos à utilização dos serviços de saúde para uma consulta de rotina revelam que em 505 indivíduos, 27 % (n=135) teve pelo menos uma consulta de rotina e 73% (n=370) não teve nenhuma. Relativamente às consultas de Planeamento Familiar, das 248 mulheres inquiridas, 47% (n=117) teve pelo menos uma consulta e 53% (n=131) não teve.

À pergunta aberta acerca das principais razões justificadas pela população para a pouca utilização do Centro de Saúde verifica-se que 43% (n=173) dos indivíduos refere a falta de documentos legais, 30% (n=121) o longo tempo de espera, 22% (n=87) o mau atendimento e atitudes negativas dos prestadores, 22% (n=87) a falta de médico de família no Centro de Saúde, 14% (n=55) a desadequação do período de funcionamento e 11% (n=43) a pouca consciência dos residentes do bairro para a importância da utilização dos serviços de saúde.

Entrevistas Colectivas

Conhecimentos, atitudes e comportamentos relevantes para o VIH/ SIDA

Os dados apontam no sentido de que os homens estarão menos sensibilizados para a problemática do VIH/SIDA «os moradores vêm nisso uma questão que não os afecta e portanto não a discutem», apresentem menos conhecimentos «A SIDA não existe... é uma doença de política comercial», «Nós homens que praticamos desporto, a SIDA não tem tendência a se manifestar», e neste contex-

to, os que potencialmente mais poderão contribuir para manter ou disseminar a infecção na comunidade. No que se refere às mulheres e às raparigas estas parece estarem mais conscientes e informadas acerca do VIH/SIDA «*Há meios de transmissão, temos que saber evitar*», «*A SIDA é um perigo para a comunidade... devido ao sexo... os homens são polígamos, muitas vezes não utilizam os métodos adequados...*», e referem a existência de discriminação «*se desconfiam que tal fulana tem SIDA, desprezam dela*». Existem indicações de que os jovens terão uma maior consciência do problema contudo não se verificam comportamentos sexuais adequados à prevenção de VIH/SIDA «*é raro pensar... não vamos desprezar... não vamos pensar que temos que procurar preservativos ou coisas dessas*».

Percepção do risco de infecção por VIH

No grupo de homens e no dos rapazes, a percepção do risco face à doença aparece, muitas vezes, associada ao continente africano «*há quem diga que é a peste do século, mas virado para a África. Não atinge a Europa*». Os grupos de mulheres e raparigas referem que a sua vulnerabilidade e risco face a esta doença está relacionada com os comportamentos sexuais adoptados pelos homens «*eles têm tendência de ter namoradas... não têm cuidado de dizer... hoje vou ter com a minha namorada tenho que me prevenir com camisas...*».

Utilização do Preservativo

Face a esta questão, os adultos apresentam argumentos para a não utilização do preservativo baseados em crenças rígidas e em barreiras culturais, nomeadamente «*... os africanos dizem eu na minha terra não estou habituado a comer banana com casca*», «*nem todos usam por questão de cultura*», «*carne e carne é melhor*». Os jovens apesar de se encontrarem mais conscientes e sensibilizados para a importância do uso do preservativo «*os africanos têm que usar aquela coisa e saber que se é mais seguro, gostar ou não gostar temos que usar*», consideram ainda que o preservativo no geral, é pouco utilizado «*Se usam... são poucos. Acho que os que usam é quase uma excepção à regra*».

Acesso aos Serviços de Saúde

No que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, os entrevistados referem que recorrem com pouca frequência aos serviços do Centro de Saúde, «*nós, vamos lá só em casos de muita necessidade... só para não ouvir certas coisas*». Os entrevistados apontam vários factores que consideram obstáculos à sua utilização, nomeadamente, o

funcionamento do centro (marcação de consultas, horário de funcionamento, entre outros), aspectos relacionados com os funcionários, os médicos e as infra-estruturas, e sentirem alguma discriminação no atendimento «*... lá as pessoas respondem sempre com duas pedras na mão, ... saio de lá péssima, arrasada e nervosa*», «*... receberam-me mal e eu nunca mais fui*». A sua situação de não legalização é outro factor que funciona como barreira no acesso aos serviços de saúde «*... se não está legal é porque não pode, não há médico*», «*a senhora diz que enquanto não tiver documentos não pode... como não tenho nada dessas coisas (documentos) agora estou a comprar medicamentos sem descontos*». As entrevistas realçam aspectos ligados à cultura africana, relativos às doenças e aos serviços, que poderão contribuir para justificar a pouca utilização dos serviços de saúde «*o africano não encara a doença como uma preocupação*», «*... o povo africano ... é muito positivo ... uma pessoa está doente não vai logo ao Hospital, põe na cabeça que consegue ficar bom logo numa semana*», «*... o povo gosta mais de ir para o que é natural*», «*... com as folhas é melhor do que ir ao Hospital*», «*Tinha que tomar não sei quantos comprimidos por dia e ficava sempre com dores de cabeça*».

Consulta de planeamento familiar/ Utilização de métodos contraceptivos

De um modo geral, constatou-se que existe a percepção de uma baixa adesão à consulta de Planeamento Familiar e que a divulgação/informação acerca desta consulta no bairro não será a mais adequada «*falam mas muito vagamente ...*». Relativamente a esta consulta, os homens adultos parecem ser relutantes em relação à sua participação na mesma, «*... traz-me uma conversa de que o médico manda-me lá ir para fazer um planeamento familiar.. é pá fico esquisito...*». Os grupos de raparigas apresentam outro tipo de barreiras a esta consulta referindo nomeadamente «*há muitas que têm medo e vergonha de ir ao médico homem.. e recorrer aos serviços...*». Contudo parece haver alguma consciência da importância da utilização desta consulta quando é referido «*... não há pessoas a falarem sobre isto, não sabem realmente o que é o sexo, não têm aqueles conhecimentos... no bairro há muitas miúdas que engravidam antes do tempo... há muitas que fazem abortos...*», «*muitas raparigas o facto de estarem grávidas não quer dizer que tenham uma vida sexual activa... pode ser uma primeira vez... e pronto... engravidou*».

DISCUSSÃO

As taxas de recusa para o inquérito à habitação e para

o inquérito individual foram respectivamente de 1 e 4%. Pode-se considerar que estas taxas são relativamente baixas atendendo não só que é um rastreio na população, mas também que se trata de uma comunidade em que existem muitos imigrantes ilegais. Considera-se que a grande adesão a este inquérito populacional se deve fundamentalmente ao facto dos entrevistadores pertencerem à própria comunidade, o que permitiu aumentar a confiança nos inquiridos de que a informação recolhida seria mantida em confidencialidade.

Relativamente às características demográficas da comunidade em estudo, verificou-se que em aproximadamente 2700 residentes, parece existir um equilíbrio entre o número de mulheres e o de homens e que a população é constituída por cerca de um terço de crianças (menores de 15 anos) e dois terços de jovens adultos ou adultos.

Os dados apontam para a existência de crenças e conhecimentos sobre os modos de transmissão do VIH/SIDA que podem, indirectamente, aumentar o risco de infecção, entre os residentes no bairro. Um outro aspecto interessante é o facto de se verificar que muitos residentes sobre-avaliam o risco de ser infectados, através de contactos não sexuais (ex: picadas de mosquitos, partilha de utensílios de cozinha e utilização de casas de banho públicas). Esta sobre-valorização do risco associado a situações *impossíveis* de evitar podem traduzir-se em sentimentos de fatalismo, como é demonstrado por 13% de inquiridos que responde que não está preocupado com o VIH/SIDA porque «é o destino». O facto de sentir que «nada podem fazer para evitar a infecção», poderá contribuir para a diminuição da motivação para a mudança de comportamento, no sentido de reduzir o risco de contrair o VIH através da transmissão sexual. Os dados parecem demonstrar que a infecção por VIH/SIDA aparece associada a comportamentos *socialmente não desejáveis*, o que poderá indicar que possivelmente as pessoas infectadas tendem a estar relacionadas com esses comportamentos e a ser alvos de exclusão social (ex: «há pessoas que desconfiam que tal fulana tem SIDA, desprezam dela»). Os resultados sugerem que a comunidade não pode ser considerada homogénea em relação aos conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH/SIDA, o que realça a importância que deve ser dada à organização de programas de intervenção direccionados para as necessidades específicas de cada população, pois caso contrário correm o risco de se tornar pouco efectivos¹⁶.

Relativamente à utilização dos serviços de cuidados primários e preventivos os dados parecem apontar para uma conjugação de factores que limitam a procura destes

serviços. A baixa utilização dos Centros de Saúde e particularmente, da consulta de rotina e de planeamento familiar, poderá contribuir para um aumento do risco de transmissão do VIH/SIDA nos residentes desta comunidade, atendendo a que poderão não ter acesso adequado à informação, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA.

Os dados do inquérito individual sugerem que nos últimos anos tem havido uma relativa imigração. Vários estudos apontam no sentido de que a situação de ilegalidade apresenta um efeito negativo no acesso e utilização dos serviços de saúde^{17,18}. Outro aspecto importante e limitativo são as barreiras linguísticas e sócio-culturais, entre os diferentes actores deste processo, que podem funcionar como obstáculo no acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, é importante considerar factores de diferenciação social que são relevantes para a saúde, na medida em que podem ter influências directas e indirectas sobre esta⁷.

CONCLUSÃO

Torna-se prioritário apoiar investigações que clarifiquem alguns dos aspectos identificados neste estudo. A problemática da SIDA, e particularmente a prevenção de VIH implica uma reflexão acerca das normas sociais e padrões culturais de cada comunidade e o papel que desempenham na prevenção da SIDA bem como, uma compreensão do modo como se poderão envolver as comunidades no seu processo de mudança, possuindo estes estudos conseqüentemente, um carácter estratégico para a prevenção⁷⁻¹⁶. Os resultados obtidos e a revisão da literatura sugerem que será importante que as políticas de saúde governamentais e as organizações envolvidas nos cuidados de saúde, considerem prioritário a melhoria do acesso aos serviços de saúde e a integração das minorias étnicas imigrantes, bem como, a avaliação do seu impacto na prevenção do VIH e na saúde, em geral¹⁷. Se tal for conseguido, poderá ser uma excelente via para a prevenção da transmissão e um possível controlo da epidemia¹⁹.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos elementos da Comissão Científica pelo apoio prestado. Queríamos deixar um agradecimento especial aos residentes do bairro onde o projecto foi implementado.

BIBLIOGRAFIA

1. Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis: Instituto Nacional de Saúde de Lisboa. Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2001. Doc.127

- Comissão Nacional de Luta contra a SIDA 2001.
2. CARBALLO M, DIVINO J, ZERIC D: Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine and International Health* 1998; 3 (12): 936-944.
 3. DECOSAS J, ADRIEN A: Migration and Aids. *International Migration* 1998; 36 (4): 445-468.
 4. BROCKERHOFF M, BIDDLECOM A: Migration, Sexual behaviour and the risk of HIV in Kenya. *International Migrant Review* 1999; 33 (4): 833-856.
 5. CARBALLO M, NERUKAR A: Migration, refugees, and health risks. *Emerging Infectious Diseases* 2001; 7 Suppl 3: 556-560.
 6. REIJNEVELD S: Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of epidemiology and community health* 1998; 52 (5): 298-304.
 7. FENTON K: Strategies for improving sexual health in ethnic minorities. *Current Opinion in Infectious Diseases* 2001; 14 (1): 63-69.
 8. GAUTIER A et al.: Tuberculose em imigrantes: rastreio activo, será importante? *Revista Portuguesa de Pneumologia* 1997; 3 (5): 552-553.
 9. GARDETE MJ, ANTUNES ML: Tuberculose em migrantes. *Saúde em números* 1997; 8 (4): 30-32
 10. ESPINOSA L. et al.: A Saúde na criança migrante – estudo multicentrico de crianças ciganas e africanas. *Revista Portuguesa de pediatria* 1989; 20 (1): 29-31.
 11. CALADO B, SILVA L, GUERREIRO D: Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal, identificação das barreiras – resultados parcelares. *Saúde em números* 1997; 12 (4): 29-31.
 12. LUCK M, FERREIRA R, PATRICIO A, SIMOES G, HORTA R, MAGALHAES E: Vigilância da gravidez numa comunidade imigrante africana: necessidades elevadas, baixa utilização. *Saúde em Números* 1999; 14 (1):1-4.
 13. SALAMA P, DONDERO TJ: HIV Surveillance in complex emergencies. *AIDS* 2001; 15 (Suppl 3): S4-S12.
 14. MCMUNN AM, MWANJE R, PAINE K, POZNIAK AL: Health service utilization in London's African migrant communities: Implications for HIV prevention. *Aids Care—Psychological and Socio-Medical aspects of Aids* 1998; 10 (4): 453-462.
 15. DAWSON MT, GIFFORD SM: Narratives, Culture and sexual health: personal life experiences of Salvadorean and Chilean women living in Melbourne. *Australia Health* 2001; 5 (4): 403-423.
 16. SORMATI M, PEREIRA L, EL-BASSEL N, WITTE S, GILBERT L: The role of community consultants in designing an HIV prevention intervention. *AIDS Education and Prevention* 2001; 13 (4): 311-328.
 17. DORR S, FAIST T: Institutional conditions for the integration of immigrants in Welfare states: A comparison of the literature on Germany, France, Great Britain, and Netherlands. *European Journal of Political Research* 1997; 31 (4): 401-426.
 18. CASTELLI F., PATRONI A: The human immunodeficiency virus-infected traveller. *Clinic Infectious Diseases* 2000; 31 (6): 1403-1408.
 19. KHAM AJ, SALAMA P, BURKHOLDER B, DONDERO TJ: HIV risk and prevention in emergency-affected populations – a review. *Disasters* 2000; 24 (3): 181-197.