



REMHU - Revista Interdisciplinar da
Mobilidade Humana

ISSN: 1980-8585

remhu@csem.org.br

Centro Scalabriniano de Estudos
Migratórios
Brasil

Padilla, Beatriz

SAÚDE DOS IMIGRANTES: MULTIDIMENSIONALIDADE, DESIGUALDADES E
ACESSIBILIDADE EM PORTUGAL

REMHU - Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, vol. 21, núm. 40, enero-junio,
2013, pp. 49-68

Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=407042017004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

SAÚDE DOS IMIGRANTES: MULTIDIMENSIONALIDADE, DESIGUALDADES E ACESSIBILIDADE EM PORTUGAL

*Beatriz Padilla**

Este artigo descreve os aspectos multidimensionais da saúde das populações imigrantes e os seus descendentes, tomando como exemplo o caso português. Por um lado, coloca-se ênfase na importância da acessibilidade e das diferentes barreiras que a condicionam e por outro lado, salientam-se as intervenções do estado e da sociedade civil em prol da saúde dos imigrantes, num contexto actual marcado pela crise internacional.

Palavras chave: Imigrantes; Saúde; Acessibilidade; Desigualdade; Barreiras.

Introdução¹

A vida dos imigrantes está geralmente focada no trabalho, pelo que a saúde como tal raramente é pensada como central em suas vidas. Frequentemente assume-se que os imigrantes são pessoas saudáveis, porque os mais fortes e resistentes emigram para trabalhar, sendo que noutras ocasiões são vistos como portadores de doenças que ameaçam a saúde pública do resto dos habitantes. Mas nenhuma destas interpretações parte duma visão integral do imigrante como pessoa, na qual a saúde é um dos aspectos fulcrais do indivíduo. Em qualquer caso, são vários os elementos que influenciam a vida do imigrante, do refugiado ou requerente de asilo, em relação à sua saúde, desde as próprias condições de vida, o stress do trabalho

* Investigadora Senior no Centro de Investigações e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES-IUL), e Professora Convidada na Escola de Sociologia e Políticas Públicas do Instituto Universitário de Lisboa. E-mail: padilla.beatriz@gmail.com. Lisboa/Portugal.

¹ As reflexões iniciais apresentadas neste artigo surgiram como consequência de um workshop organizado pela Fundação Gulbenkian, coordenado pela autora. O posterior seguimento do tema esta integrado num projecto de investigação financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (PTDC/CS-SOC/113384/2009).

em excesso, da adaptação à nova sociedade, a viagem quando esta implica peripécias e riscos, a nostalgia de casa, as dificuldades quotidiana, entre outros. Consequentemente, pensar no processo de integração dos imigrantes engloba necessariamente a saúde devido a que se manifesta em todos os aspectos da vida. Vista assim, a saúde transcende amplamente o tema da doença e inclui um leque alargado de situações que vão desde as acções de promoção da saúde e de prevenção da doença, o acesso aos serviços e cuidados de saúde, o tratamento e a reabilitação, assim como também a acessibilidade linguística, cultural e material.

Se aceitamos que as migrações constituem um dos determinantes mais importantes da saúde global e do desenvolvimento social, devemos aceitar e actuar em relação a este desafio.² Além do mais, se tomamos como certo que as migrações têm implicações, tanto para aqueles que migram, como para aqueles que ficam, resulta obvio que têm consequências para as sociedades receptoras³ cujos estados actuam e intervêm através das políticas de imigração e integração.

O aumento das migrações e a sua crescente diversificação, ilustrado no conceito de “super-diversidade” criado por Vertovec⁴, tem levado os estados e a sociedade civil a assumirem novas responsabilidades. Cabe aos Estados a regulamentação dos fluxos e controlo de fronteiras, o acesso à residência, à nacionalidade e aos diferentes serviços públicos. Neste sentido, o estado é responsável da saúde da população, assegurando os cuidados de saúde geralmente através do Sistema Nacional de Saúde. Esta responsabilidade tem duas vertentes, uma preocupação vinculada à saúde pública protegendo a saúde de todos os habitantes, e uma de direitos humanos na qual a saúde é percebida como direito fundamental de todos os seres humanos.⁵ Contudo, o que é evidente nas convenções internacionais, nas constituições nacionais e nas leis, é muitas vezes questionado ou relativizado pelos próprios estados quando materializam o sistema nacional de saúde, especialmente quando se trata de especificar quem pode efectivamente gozar dos direitos vinculados à saúde.

Portugal, tal como vários países da União Europeia (Inglaterra, Suécia, Espanha, Finlândia, entre outros), adoptou um sistema de cobertura universal, financiado através dos impostos, no qual o estado assume um papel central

² CARBALLO, Manuel; DIVINO, Jose Julio; ZERIC, Damir. Migration and health in the EU.

³ *Ibidem*, p. 936.

⁴ VERTOVEC, Steven. Super-diversity and its implications.

⁵ PACE, Paola. The right to health of migrants in Europe; IDEM (ed.). Migration and the Right to Health: A Review of European Community Law and Council of Europe Instruments.

na prestação dos cuidados. A universalidade está intimamente relacionada com a equidade, pois tem a ver com a igualdade (serviço ou tratamento) independentemente da condição financeira. No entanto, apesar de Portugal ter optado por um sistema de saúde universal que abrange a todas as pessoas, e de ter uma normativa que permite o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, ainda persistem desigualdades consideráveis. Estas desigualdades são mais patentes entre as populações migrantes, as minorias étnicas e outros grupos vulneráveis devido às fragilidades do sistema que inclui limitações vinculadas com aspectos políticos, sócio-económicos, comunitários, organizacionais e pessoais.⁶ Em simultâneo, os sistemas universais são alvo de questionamentos relacionados com a sustentabilidade, sendo que Portugal desde 2011 atravessa uma situação de crise extremamente delicada depois de concertar um programa de ajuste económico com a Troika, constituída pela Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional. Esta intervenção envolve medidas de austeridade e cortes drásticos nos salários, as pensões e nos serviços públicos, incluindo os de saúde.

Perante o constrangimento do Estado, a sociedade civil tem assumido mais e novas responsabilidades sobretudo preenchendo as lacunas, deficiências e omissões estatais. No entanto, a precária situação económico-financeira também afecta o papel de complementaridade destas organizações, as quais assumem modelos diversos, englobando associações de imigrantes, fundações, organizações não governamentais (ONGs), misericórdias, mutualidades, instituições de cariz religioso e outras entidades próprias da realidade portuguesa como as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). No seu conjunto estas organizações têm desenvolvido intervenções no âmbito da saúde que vão desde a facilitação de informação sobre direitos e o acesso aos cuidados de saúde, passando pela prestação de alguns serviços específicos e o desenvolvimento de advocacia em prol das populações imigrantes.⁷ A realidade demonstra que no âmbito da saúde dos imigrantes existe uma pluralidade de actores e entidades que desenvolvem intervenções, mas a responsabilidade do estado, quanto protector e promotor da saúde pública e dos direitos humanos, não pode ser delegada.

Este artigo descreve os aspectos multidimensionais da saúde das populações imigrantes e os seus descendentes, tomando como exemplo o caso português. Por um lado, coloca-se ênfase na importância da acessibilidade e das diferentes barreiras que a condicionam e por outro lado,

⁶ PADILLA, Beatriz; HERNÁNDEZ-PLAZA, Sonia; ORTIZ, Alejandra. Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política.

⁷ *Ibidem*.

salientam-se as intervenções do estado e da sociedade civil em prol da saúde dos imigrantes, num contexto actual marcado pela crise internacional.

Os imigrantes e a sociedade e acolhimento

Os imigrantes não são um grupo homogêneo ou uniforme, pelo contrário a heterogeneidade manifesta-se tanto na origem como nos estratos socioeconómico, no género, na idade, na religião e cultura, no estatuto legal e, sobretudo, na variedade de experiências de vida e motivos para migrar. A diversidade de motivações deve ser considerada porque os imigrantes podem ter migrado respondendo voluntariamente ou não a diferentes factores de expulsão ou atracção vinculados ao mercado de trabalho, à continuação dos estudos e à formação, ao amor, à curiosidade de conhecer outros países e culturas, assim como também às perseguições, guerras civis e catástrofes naturais, ou por ter sido alvo de tráfico de pessoas. Estes aspectos são, desde a óptica da saúde, muito relevantes, porque vão ter uma incidência nos tipos de necessidades, de cuidados e serviços de saúde, determinando os tipos de recursos de saúde necessários para dar uma resposta adequada a cada situação. Para ilustrar a diversidade do perfil dos imigrantes, apresenta-se, na figura 1, uma classificação dos imigrantes baseada na proposta de Nygren-Krug.⁸

FIGURA 1
Definições do tipo de imigrantes

<p>Migrantes económicos: pessoas que abandonam o seu lugar normal de residência para melhorar a qualidade de vida. Inclui desde migrantes trabalhadores de longa duração a imigrantes temporários e sazonais. Os trabalhadores fronteiriços são migrantes que mantêm o seu país de residência habitual, mas que trabalham num país vizinho, voltando diária ou mensalmente.</p>
<p>Emigrantes económicos: pessoas que abandonam o seu lugar normal de residência para melhorar a qualidade de vida. Inclui desde migrantes trabalhadores de longa duração a imigrantes temporários e sazonais. Os trabalhadores fronteiriços são migrantes que mantêm o seu país de residência habitual, mas que trabalham num país vizinho, voltando diária ou mensalmente.</p>
<p>Requerentes de asilo: pessoas com medo de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, pertencentes a um grupo social ou de opinião política, que entram num país e pedem asilo ao abrigo da Convenção de Genebra de 1951. Se o medo for comprovadamente baseado em ameaças certas, o candidato recebe estatuto de refugiado.</p>
<p>Imigrantes indocumentados/irregulares: migrantes sem estatuto legal devido a entrada irregular ou a caducidade do período do visto.</p>

⁸ NYGREN-KRUG, Helena. *International Migration, Health and Human Rights*.

Deslocados: pessoas que fogem de conflitos armados ou desastres naturais ou provocados pelo homem e os seus efeitos. Este conceito abrange especialmente a pessoas deslocadas dentro das fronteiras do país de origem (deslocados internos) que não entram ao abrigo da Convenção de Genebra de 1951.

Fonte: Reprodução de Nygren-Krug⁹.

No entanto, na cada vez mais complexa realidade do fenómeno migratório, ainda é possível identificar outros tipos de migrantes alguns dos quais não estão enquadrados na classificação apresentada. Algumas destas novas categorias, não exaustivas, incluem: A) Imigrantes cujas experiências de vida no país de destino se desenvolve num círculo vicioso entre a irregularidade e a legalidade, dependendo da forma de reconhecimento da condição de imigrante e dos requisitos de legalização; B) Imigrantes-natos, nascidos num país mas não reconhecidos como cidadãos desse país, que herdaram a nacionalidade e o estatuto regular/irregular dos pais e vivem num limbo legal durante vários anos, sendo mais frequente nos países abrangidos pelo *ius sanguinis* e sistemas híbridos (como vários países da União Europeia, incluindo Portugal); C) Imigrantes *expatriados*, que se deslocam em resposta às políticas de mobilidade das empresas internacionais ou transnacionais e o investimento internacional, que normalmente usufruem de importantes benefícios, entre eles seguros privados de saúde; D) Imigrantes que se deslocam por amor, relações amorosas ou casamentos com cidadãos do país de acolhimento, com diferentes estatutos legais; E) Imigrantes menores acompanhados e não acompanhados; F) Imigrantes doentes evacuados, constituídos por pessoas doentes que chegam a Portugal ao abrigo de acordos bilaterais de saúde com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (embora há muitos que chegam fora dos acordos) a fim de serem tratados no Sistema Nacional de Saúde. Estas categorias devem ser analisadas à luz de outras dimensões que acrescentam maior especificidade às necessidades de saúde, como podem ser o género, a idade, o nível socioeconómico, o estado de saúde, o conhecimento da língua, a existência e redes sociais de apoio, entre outros.

São muitos os aspectos da sociedade de acolhimento que influenciam as necessidades dos imigrantes em relação à saúde, abrangendo os tipos de trabalho/ocupação que realizam e os riscos associados (saúde ocupacional); os padrões de alimentação e nutrição, os horários e o clima; as condições de habitação e a sua localização; o grau de abertura da sociedade à interculturalidade, entre outros. Uma vez identificada a diversidade entre as populações migrantes e os seus descendentes, e antes de avaliar o acesso aos serviços e recursos de saúde, descrevem-se os determinantes da saúde.

⁹ *Ibidem.*

Determinantes da saúde dos imigrantes e seus descendentes¹⁰

Os determinantes da saúde não são só factores percebidos normalmente como referentes ao âmbito da saúde, mas englobam outros factores que igualmente têm um impacto na saúde das pessoas. São definidos como factores interligados e geralmente classificados em: factores constitucionais, estilos de vida, redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho e condições socioeconómicas, culturais e ambientais.¹¹

Embora os determinantes sejam relevantes para todas as populações, são ainda mais importantes para os imigrantes e grupos vulneráveis, devido à influência de factores económicos e culturais. Alguns autores identificam a própria migração como um determinante da saúde global.¹² Ingleby¹³ propõe um modelo de análise misto baseado em quatro factores contextuais que explicam as diferenças étnicas em saúde, e outros determinantes específicos, como se aprecia na Figura 2.

FIGURA 2
Diferenças étnicas e determinantes de saúde

Factores contextuais	Determinantes específicos da saúde / doença
a.) O processo de migração	a.) Os factores genéticos
b.) Os factores culturais	b.) O estilo de vida
c.) A posição socioeconómica	c.) O ambiente físico
d.) O contexto social	d.) O ambiente social
	e.) Os estressores psicossociais
	f.) Utilização dos serviços de saúde

Fonte: Elaborado a partir de INGLEBY, European Research..., *op. cit.*

Se bem é aceite que a migração *per se* não constitui um factor de risco,¹⁴ o impacto depende do tipo de processo migratório (voluntário, forçado, tipo de transporte, etc.), da situação global existente nos países de origem, trânsito e destino, das políticas migratórias e de integração vigentes no país de acolhimento, das redes sociais e apoios disponíveis, entre outros.

¹⁰ Em alguns contextos migratórios os descendentes de imigrantes são equiparados às minorias étnicas, sendo que varia a sua percepção nas diferentes sociedades. Em Portugal (e no Sul da Europa) não é muito comum utilizar a noção de minorias étnicas, enquanto nos países do Norte de Europa é mais comum (i.e. no Reino Unido e na Holanda, minorias étnicas refere-se aos descendentes de imigrantes). No caso português as vezes é utilizado em referencia as populações de origem cigana.

¹¹ PADILLA, Beatriz; PEREIRA MIGUEL, José. Health and Migration in the EU: Building a shared vision for action; DIAS, Sonia; GONÇALVES, Aldina. Migrações e Saúde.

¹² CARBALLO *et alii*, *op. cit.*

¹³ Citando STRONKS, K. *et alii*. Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model; e INGLEBY, David. European Research on Migration and Health.

¹⁴ DIAS, GONÇALVES, *op. cit.*

Paralelamente, vários estudos assinalam que a saúde dos imigrantes nem sempre está numa situação de desvantagem quando comparada com os nacionais de cada país. Depende tanto das características e das condições dos migrantes como da população autóctone. Neste caso, a auto-selectividade da migração desempenha um papel importante,¹⁵ conhecida como o 'efeito do imigrante saudável'. Contudo, os estudos até agora realizados divergem nos resultados. Os imigrantes apresentam diferentes padrões de mortalidade, doenças, condições específicas e estado de saúde, por um lado, e, por outro, diferentes padrões de utilização dos serviços de saúde.¹⁶ Por um lado verifica-se a subutilização da prevenção e promoção, e a sobreutilização dos serviços de urgência, situação que pode estar relacionada com os vários factores que influenciam a acessibilidade¹⁷, e por outro, confere-se que os desafios da saúde dos descendentes de imigrantes são ainda maiores, situação relacionada com a estigmatização e com outros factores de riscos.¹⁸

O estilo de vida, assim como as mudanças de estilo de vida resultantes da migração, e a aculturação a um sistema de vida diferente são factores que também influem sobre o estado de saúde dos migrantes. Iguamente os padrões de consumo de álcool, tabaco e drogas, ou simplesmente as mudanças no tipo de alimentação, dieta e exercícios podem conduzir a problemas de saúde como a obesidade ou a subnutrição, ao desenvolvimento de adições que prejudicam a saúde ou ao aumento da incidência de doenças como o cancro e a diabetes. Estas situações às vezes são cumulativas para as segundas e/ou terceiras gerações.¹⁹

As barreiras linguísticas, a existência de sistemas legais e administrativos diferentes aos do país de origem podem funcionar como estressores, causando problemas físicos e psicológicos que condicionam a adaptação e a integração à nova sociedade. Autores de diversas disciplinas afirmam que qualquer tipo de migração implica uma mudança que acarreta *stress* e exige adaptação a um novo ambiente, costumes, alimentação, cultura, horários e sistemas de vida, percepção da doença e da saúde, e relação com os profissionais de saúde.²⁰

¹⁵ MACKENBACH, Johan; BOS, Vivian; GARSSSEN, M. Joop; KUNST, Anton E. Mortality among non-western migrants in The Netherlands.

¹⁶ PADILLA, MIGUEL, *op. cit.*; RECHEL, Bernd; MLADOVSKY, Filipa; DEVILLÉ, Walter et alii. *Migration and Health in the European Union*.

¹⁷ MLADOVSKY, Filipa. *Migration and health in the EU*.

¹⁸ INGLEBY, David. *European Research...*, *op. cit.*; GUSHULAK, Brian. Monitoring migrants' health.

¹⁹ LI, Frederick; PAWLISH, Karen. Cancers in Asian Americans and Pacific Islanders: Migrant Studies; FISMAH, Amy; PEARSON, Karl; REICKS, Marla. Gathiring Food and Nutrition Information from Migrant Farmworkers Children through in-Depth Interview; MLADOSVKY, *op. cit.*

²⁰ AKHTAR, Salman. The Immigrant, the Exile, and the Experience of Nostalgia; YING, Yu Wen.

Ao mesmo tempo, a falta de redes sociais (familiares, amigos, colegas) e comunitárias de apoio na sociedade de destino, a ruptura das relações sociais e familiares provocada pela migração sem família, o isolamento, a nostalgia, o medo à deportação no caso dos imigrantes indocumentados, e as consequências do trauma, dos medos e das 'feridas não curadas' no caso de refugiados, são factores que aumentam a vulnerabilidade dos imigrantes.²¹ Assim, o stress pode evoluir para situações mais graves que se manifestam em problemas de saúde mental.

Um outro factor relevante na saúde é o género, que não só determina os tipos de doenças da mulher e do homem e os ramos afins da medicina, mas no caso da mulher implica uma maior vulnerabilidade em situações exclusão tais como a violência doméstica, a violação, o tráfico, a exploração sexual, a mutilação genital feminina, entre outros.²² Igualmente, a maternidade em contextos migratórios pode significar riscos acrescidos em caso de exclusão social e económica quer na gravidez como na saúde do recém-nascido.

Vários estudos chamam a atenção para a importância de factores externos, como o ambiente físico e social, centrais na saúde dos imigrantes e que muitas vezes são descuidados na avaliação da situação.²³ Por exemplo, convém ter presente, a relação entre saúde e habitação, já que condições como a sobrelotação, a falta de saneamento básico e as práticas das "camas quentes" (sobre-utilização rotativa dos espaços para descansar) resultam ser factores negativos na saúde dos imigrantes. Outra problemática associada ao acesso à habitação adequada por parte das famílias imigrantes, sobretudo as alargadas, é a falta de disponibilidade de espaços adequados às necessidades que não permite às várias gerações duma família viverem sob o mesmo tecto, desarticulando o agregado familiar.²⁴

Os imigrantes têm maiores riscos e são mais facilmente vítimas de acidentes de trabalho, de fatalidades e de hospitalização devido às más condições de segurança e higiene no lugar de trabalho, o que se traduz em mais

Migration and Cultural Orientation: An empirical Test of the Psychoanalytic Theory in Chinese Americans; MESSIAS, DeAnne K. H. Transnational health resources, practices, and perspectives: Brazilian immigrant women's narratives; PADILLA, Beatriz. Migraciones y cambio.

²¹ STAMPINO, Valeria. Improving access to multilingual health information for newcomers to Canada; MESSIAS, *op. cit.*; SCHEPPERS, Emmanuel *et alii*. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review.

²² SCHEPPERS *et alii*, *op. cit.*

²³ BOLLINI, Paola; SIEM, Harald. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000; FENNELLY, Katherine. Listening to the Experts: Provider Recommendations on the Health Needs of Immigrants and Refugees; INGLEBY *et alii*, *op. cit.*

²⁴ MALHEIROS, Jorge; FONSECA, Maria Lucinda (orgs.). *Acesso à habitação e problemas residenciais dos imigrantes em Portugal*.

casos de invalidez parcial ou total e de doenças ocupacionais.²⁵ Os imigrantes não só realizam os piores trabalhos, mais perigosos e com uma maior ocorrência de incidentes, mas frequentemente são alvo de violações dos direitos laborais por parte dos empregadores e entidades patronais. Nestes casos, por não descontarem para a segurança social, o acesso aos serviços de saúde está condicionado ao pagamento de taxas moderadoras mais elevadas, não podendo aceder os tratamentos, a reabilitação ou o seguimento de doenças. Portugal tem umas das taxas de sinistralidade imigrante mais elevada de Europa.²⁶

Em consequência, é possível identificar barreiras de índole económicas, culturais, de educação, de estatuto legal, entre outras, que condicionam negativamente a saúde pelo que “para os migrantes, e para os grupos mais vulneráveis, a doença exacerba a marginalização e a marginalização exacerba a doença, criando uma espiral descendente”²⁷.

Desigualdades e equidade em saúde. Acessibilidade.

Os imigrantes (especialmente os imigrantes económicos, os refugiados e requerentes de asilo, assim como os deslocados, traficados e vítimas de exploração) enfrentam desigualdades socioeconómicas próprias da pobreza, da discriminação e da exclusão social, tanto no país de origem como no de destino, situação que tende a reduzir e limitar as oportunidades de acesso à educação, ao emprego e à utilização dos serviços sociais e de saúde, que por sua vez condicionam o estado de saúde e os recursos de saúde a que os imigrantes e os seus descendentes têm acesso, limitando o alcance das acções de promoção da saúde e de prevenção da doença. Por exemplo a vacinação, a profilaxia para evitar infecções de transmissão sexual, ou a importância de uma alimentação saudável, actuam a favor duma boa saúde, mas o seu desconhecimento actua de forma negativa.²⁸

²⁵ BACCICONI, Marina; PATUSSI, Valentino; BARBINA, Paolo *et alii*. Occupational accidents among immigrant women in the Italian North-Eastern regions (Veneto and Friuli Venezia Giulia); AHONEN, Emily Q.; BENAVIDES, Fernando G. Risk of fatal and non-fatal occupational injury in foreign workers in Spain; ELDERS, Leo A.; BURDORF, Alex; ORY, Ferko G. Ethnic differences in disability risk between Dutch and Turkish scaffolders; FARCHI, Sara; GIORGI ROSSI, Paolo; CHINI, Francesco *et alii*. Injuries in immigrants from non-industrialized countries: analysis of emergency admissions in Lazio, Italy, in the year 2000.

²⁶ OLIVEIRA, Catarina Reis; PIRES, Cláudia. *Imigração e Sinistralidade Laboral*.

²⁷ MLADOVSKY, *op. cit.*, p. 6, citando a INGLEBY *et alii*, *op. cit.*, p. 1.

²⁸ GLIBER, Martina. Migration and Health in France; NEJMI, Slimane. Social and Health Care for Moroccan Workers in Europe; CARCHEDI, Francesco; PICCIOLINI, Anna. Migration and Health in Italy; GASPAR, Olga Solas; SILES, D. Migration and Health in Spain; GARDETE, Manuel Justo; ANTUNES, Maria. Tuberculose em imigrantes: estudo preliminar em sete serviços de tuberculose e doenças respiratórias dos Distritos de Lisboa e Setúbal; ALMEIDA, M. D.; THOMAS, J. E. Nutritional consequences of migration; BRAVEMAN, Paula; GRUSKIN, Sofia. Poverty, equity, human rights and health; DE JOND, J.; WESENBACK, R. Migration and health in Europe.

Assim, a falta de acessibilidade aos serviços de saúde entre as populações imigrantes introduz desigualdades.²⁹ Alguns autores salientam a multidimensionalidade do acesso aos serviços de saúde, diferenciando entre duas dimensões:

A primeira dimensão inclui os direitos aos cuidados de saúde consagrados na lei, incluindo não apenas os direitos de uso dos serviços, mas também a capacidade financeira para aceder aos mesmos. A segunda está relacionada com a questão da capacidade que o imigrante tem de usufruir deles.³⁰

Ingleby³¹, sem desmerecer o enfoque multidimensional, sugere que é mais apropriado considerar o acesso em duas vertentes diferentes: por um lado, o direito aos cuidados de saúde (*entitlement to health care*), e por outro a acessibilidade aos cuidados (*accessibility of care*). A vantagem deste enfoque é que permite apreciar em detalhe as componentes de cada vertente. No direito aos cuidados de saúde identificaram-se três componentes: cobertura (*coverage*) ou gastos pagos pelo estado ou pela seguradora segundo o sistema de saúde, o pacote de serviços de saúde ou leque de serviços disponíveis (*health basket*) e a comparticipação ou percentagem que o indivíduo deve pagar (*cost-sharing*).

Na União Europeia, e em Portugal, os imigrantes são identificados como uma população particularmente em risco de pobreza e exclusão social, no entanto, “pouca atenção é dada na promoção do acesso a recursos, direitos, bens e serviços, particularmente no relativo a serviços de saúde apropriados”.³² Portugal, possibilita legalmente aos imigrantes acessibilidade aos serviços e cuidados de saúde. A Constituição da República Portuguesa estabelece o direito a saúde e a protecção da saúde a todos os cidadãos (art. 64), assegurado pelo Serviço Nacional de Saúde. No entanto com o aumento das migrações, a percepção do conceito de cidadão introduziu ambiguidade. Assim o Despacho nº 25360/2001 e a Circular Informativa nº 12/DQS/DMD/2009 do Ministério da Saúde 2009, vieram facilitar o acesso igualitário de imigrantes e nacionais aos serviços, tratamentos e medicamentos, possibilitando ainda o acesso dos imigrantes não documentados, embora de forma mais restringida após pagamento das taxas moderadoras, salvo no caso de crianças menores, grávidas e doentes que coloquem em risco a

²⁹ BOLLINI, SIEM, *op. cit.*

³⁰ FONSECA, Maria Lucinda; SILVA, Sandra; Esteves, Alina; Mc GARRIGLE, Jennifer. Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política, p. 30.

³¹ INGLEBY, European Research..., *op. cit.*

³² CEC - *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Social Committee of the Regions – First Annual Report on Migration and Integration*, p. 20.

saúde pública, estando estes isentos. Comparativamente com outros países europeus, este regime de acesso é generoso, mas por não ser totalmente universal, cria desigualdades limitando o acesso a quem mais o precisa.

Estudos e as próprias organizações não governamentais alertam que a divergência entre o que diz a lei e o que se verifica na realidade é considerável,³³ pelo que ainda persistem barreiras no acesso aos cuidados e recursos de saúde por parte dos imigrantes. Consequentemente, a acessibilidade não se limita ao facto de se poder usufruir legalmente dos cuidados de saúde. Pelo contrário, a acessibilidade é limitada ou restringida por muitas barreiras que são externas ao sistema de saúde, internas ou de auto-exclusão.³⁴

As barreiras 'externas' ao sistema de saúde incluem as barreiras económicas (nível de pobreza, falta de cobertura ou de seguro, incluindo problemas relativos ao emprego), localização geográfica, factores culturais e/ou étnicos ou falta de infra-estrutura pública na prestação dos serviços. As barreiras 'internas' ao próprio sistema de saúde estão relacionadas com processos de prestação do sistema de saúde, como a infra-estrutura do sistema, a atribuição interna de recursos e a efectividade de cobertura. No entanto dentro do sistema, também se podem evidenciar barreiras étnico/culturais como a falta de sensibilidade cultural por parte dos profissionais de saúde. Enquanto as primeiras ocorrem na entrada do sistema, as segundas ocorrem num momento mais avançado com o provedor do serviço. Ainda, uma outra barreira é a 'auto-exclusão', na qual o imigrante exclui-se a si próprio por motivos como a estigmatização (saúde mental, SIDA, etc.) ou por medo de ser identificado pelas autoridades (comum nos indocumentados).

Em Portugal evidenciam-se barreiras externas, internas e de auto-exclusão. Os imigrantes experimentam um acesso desigual aos serviços e cuidados de saúde quer devido às limitações de transporte ou desinformação, quer devido à presença de pessoal de segurança e polícias na entrada dos centros de saúde que os assusta. Em relação às barreiras internas, existem problemas que limitam o direito, variando de centro de saúde para centro de saúde ou de hospital para hospital. Às vezes a falta de formação e informação

³³ BACKSTROM, Bárbara; CARVALHO, Amélia; INGLÊS, Urbana. Imigração e saúde - O Gabinete de Saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde; FONSECA *et alii*, *op. cit.*; FONSECA, Maria Lucinda; SILVA, Sandra. *Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça*; DIAS, GONÇALVES, *op. cit.*; FERNANDES, Paula; PEREIRA, Ricardo; BLASQUES, João. A imigração e o acesso à saúde. Boas Práticas identificadas em dois projectos de intervenção na área da saúde; HORTA, Rosário; CARVALHO, Amélia. O Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante: uma estratégia de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde; PADILLA, HERNÁNDEZ-PLAZA, ORTIZ, *op. cit.*

³⁴ ACUÑA, Cecilia; BOLIS, Mónica. Stigmatization and Access to Health Care in Latin America: Challenge and Perspectives.

dos administrativos sobre como comprovar a elegibilidade, a falta de acesso a serviços de tradução, a própria limitação do sistema informático que não permite processar o atendimento dos irregulares ou passar as receitas, a falta de sensibilidade cultural e socioeconómica por parte de alguns profissionais de saúde, entre outros, condicionam o acesso.³⁵ Ainda, a falta de domínio da língua pode actuar como barreira externa e interna, afectando inclusivamente as populações oriundas dos PALOPs que nem sempre falam ou percebem português, condicionando o acesso ou percurso pelo sistema de saúde.

Finalmente, a auto-exclusão é uma situação que restringe o acesso aos serviços e cuidados de saúde, muitas vezes vinculada com o estigma social ou pessoal. O estigma relaciona-se com uma experiência de exclusão, rejeição, acusação ou invalidação, que resulta numa avaliação adversa da pessoa ou grupo de pessoas que leva ao imigrante a não procurar ajuda, sendo mais comum nos casos de saúde mental³⁶ e levando à “patologização da diversidade”³⁷, ou nos casos de doenças estigmatizadas e estigmatizantes como o VIH/SIDA. Daí que a ONUSIDA considere que o estigma é uma ferramenta de controlo social poderosa aplicada via marginalização, exclusão e exercício de poder sobre os indivíduos que apresentam certas características.³⁸

Políticas e práticas interventivas

Portugal como membro da União Europeia comprometeu-se a defender os valores de igualdade de oportunidades, de justiça social e de solidariedade, pelo que para atingir estes objectivos deve optar por caminhos de acção, mesmo com as limitações de austeridade impostas nos últimos anos.

Vários estudos e relatórios recomendam certas políticas como ferramentas adequadas para diminuir as desigualdades e barreiras de acessibilidade detectadas.³⁹ Um método de intervenção recomendado para reduzir as disparidades e assegurar oportunidades a todos é a acção conjunta entre o estado e as organizações da sociedade civil.⁴⁰ Um outro enfoque que tem ganho centralidade é o de “saúde em todas as políticas”⁴¹ que salienta

³⁵ MASANET, Erika; HERNÁNDEZ-PLAZA, Sonia; PADILLA, Beatriz. A competência cultural dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: algumas notas preliminares.

³⁶ ACUÑA, BOLIS, *op. cit.*; DE FREITAS, Claudia. Cape Verdean’s participation in mental health care in the Netherlands: Silent migrants?

³⁷ PUSSETTI, Chiara. A patologização da diversidade. Uma reflexão antropológica sobre a noção de culture-bound syndrome.

³⁸ UNAIDS. *Análisis comparativo: estudios de investigación de India y Uganda.*

³⁹ INGLEBY *et alii*, *op. cit.*; MLADOVSKY, *op. cit.*; CARBALLO *et alii*, *op. cit.*

⁴⁰ DETERMINE CONSORTIUM. Action Summary Improving Health Equity via the Social Determinants of Health in the EU.

⁴¹ STAHL, Timo; WISMAR, Matthias; OLLILA, Eeva; LAHTINEN, Eero; LEPPÖ, Kimmo. *Health in All*

a inter e a multisectorialidade da saúde ao nível das políticas, apontando a importância de considerar a saúde em todas as políticas (educação, habitação, género, emprego, ciência e tecnologia, etc.). Um terceiro plano de intervenção está relacionado com a construção da cidadania, especificamente com a chamada cidadania de saúde (*health citizenship*) que significa o crescente envolvimento do cidadão (no sentido lato) em assumir mais responsabilidades em saúde e em tomar decisões informadas em relação à saúde. No entanto, o conceito de cidadania de saúde está associado ao de literacia de saúde (*health literacy*), na qual os indivíduos são encorajados a construir o seu conhecimento e a sua capacidade para gerir melhor a sua saúde.⁴² Ingleby sugere ainda que:

... é necessário que os imigrantes nos países europeus que pretendem usar o sistema nacional de saúde aprendam a ver como é que os cidadãos europeus pensam sobre a saúde, como o sistema nacional de saúde está estruturado e quais são as regras formais e não formais do jogo, tanto para os profissionais como para os pacientes. Verdadeiramente, cada indivíduo deve adquirir estes conhecimentos e mantê-los actualizados: é um ingrediente importante da socialização e cidadania de saúde.⁴³

Porém, a cidadania de saúde é uma responsabilidade partilhada pelo cidadão (em sentido lato) e pelo estado, cabendo ao estado um papel activo na promoção e educação para a saúde, para poder atingir a literacia de saúde que conduz a concretização duma cidadania de saúde mais plena. Neste sentido, a interculturalidade é um elemento integral da cidadania europeia e da convivência pelo que para que a “cidadania intercultural de saúde” se materialize, uma adaptação mutua deve acontecer, sendo tão importante a acomodação do imigrante ao sistema como a inclusão do imigrante no sistema. Desta forma, a cidadania intercultural de saúde deve estar associada ao processo de inter-culturização dos serviços públicos, incluindo os de saúde. A cidadania intercultural de saúde permite ganhos em saúde, envolvendo sempre uma situação de empoderamento do imigrante. Este empoderamento é um caminho de acção fundamental para interferir no círculo de vulnerabilidade no qual os imigrantes muitas vezes se encontram, também é um caminho possível porque a realidade mostra que muitos imigrantes têm uma grande capacidade para efectivar este tipo de cidadania, conseguindo navegar o sistema de saúde as vezes com maior desenvoltura que as populações autóctones.

Policies. Prospects and potentials.

⁴² PADILLA, Beatriz; INGLEBY, David; DE FREITAS, Claudia; PORTUGAL, Rui; LEBAS, Jacques. *Good Practices in Health and Migration in the EU*, p. 151.

⁴³ INGLEBY, David. *European Research...*, *op. cit.*, p. 6.

Reflexão para a acção: *focus group*

Em 2008, antes do despontar da actual crise, decorreu na Fundação Calouste Gulbenkian um workshop intitulado “Saúde dos Migrantes: protegendo direitos e assumindo responsabilidades”, coordenado pela autora. Nele participaram representantes de associações de imigrantes com trabalho e experiência no âmbito da saúde, académicos, membros de instituições religiosas ao serviço de imigrantes e grupos vulneráveis, representantes de organizações de serviços sociais e comunitários, que trabalham em questões específicas vinculadas à saúde dos imigrantes, representantes de entidades públicas da área da saúde (hospitais e centros de saúde) que servem a população imigrante, entre outros, sendo que alguns representantes assumiram uma dupla ou tripla representação (i.e. médico de saúde pública, director de centro de saúde, presidente de uma associação).

A temática escolhida para o debate foi a saúde dos migrantes desde uma óptica aplicada, fugindo a uma visão meramente epidemiológica, sendo o principal objectivo a discussão dos problemas mais comuns que os imigrantes enfrentam. O fórum permitiu um diálogo fluido entre peritos, para arribar a um diagnóstico. Este *workshop* funcionou como um *focus group*, o qual para o propósito deste artigo é usado como uma ferramenta metodológica de avaliação de necessidades, e que permitiu identificar algumas tendências relevantes, a saber: a) existência de muitas intervenções de boa vontade, ou boas práticas no âmbito da saúde, especialmente a nível local, mas maioritariamente não sustentáveis ao longo do tempo pelo que acabam por ser interrompidas segundo a disponibilidade dos financiamentos; b) existência duma fragmentação e falta de coordenação entre as entidades que desenvolvem intervenções e programas, sendo que frequentemente significa sobreposição e duplicação de esforços, e desperdício de recursos; c) vantagem do trabalho em rede e colaboração entre actores para solucionar tanto a duplicação de esforços assim como também para resolver os casos mais complicados e complexos; d) relevância dos serviços de proximidade por serem eficientes e eficazes quanto o alcance a populações específicas como imigrantes e grupos vulneráveis; f) o peso significativo dos Acordos de Cooperação com os países africanos de língua oficial portuguesa (Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Moçambique, Angola e Guiné Bissau) no relativo a saúde dos imigrantes em Portugal, já que a forma como são implementados determina o nível de (des)integração dessas populações extremamente vulneráveis, cuja causa de migração é mesmo a saúde,⁴⁴ entre outras.

⁴⁴ Ver HENRIQUES, Maria Adelina. A imigração PALOP em Portugal. O caso dos doentes evacuados.

Reflexões enquadradas na crise

Comparando a situação imperante em 2008 durante a realização do *workshop*, e o momento actual, ancorado numa das crises mais severas que tem afectado Portugal desde a Revolução do 25 de Abril de 1974, varias reflexões podem ser feitas. Há uns anos atrás, existiam barreiras e obstáculos que dificultavam o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, no entanto várias medidas por parte dos governos tinham sido aprovadas tendentes a melhorar a acessibilidade. A estas medidas, acrescentavam-se as várias práticas e intervenções da sociedade civil tendentes a resolver os problemas que persistiam. Ainda, várias parcerias formais e informais foram criadas entre o estado e a sociedade civil para emendar as lacunas remanescentes, muitas vezes baseadas no caso a caso, mas capazes de gerar respostas.

Todavia, em 2007, quando Portugal assumiu a Presidência do Conselho da União Europeia, escolhendo o tema da imigração como eixo de discussão, e acolhendo a conferencia intitulada “Saúde e Migrações na União Europeia: Melhor Saúde Para Todos numa sociedade inclusiva”, foi com o intuito de colocar o tema na agenda europeia e global. Esta decisão foi tomada, nas palavras do então Ministro de Saúde António Correia de Campos, por ser uma questão “indissociável de alguns dos maiores desafios que hoje se colocam à União Europeia: o desafio do desenvolvimento e do crescimento, no contexto de uma economia global e competitiva; o desafio demográfico e da sustentabilidade dos sistemas de saúde e de segurança social; o desafio da coesão social e do dialogo intercultural”.⁴⁵

Embora no presente os desafios permaneçam, as preocupações mudaram radicalmente, e a questão da imigração não perpassa o discurso nem o interesse político. Desde 2011, a situação geral de Portugal tem tendido a piorar. A taxa de desemprego aumenta todos os meses, os subsídios e benefícios diminuem, os serviços sofrem cortes, afectando o alcance e a efectividade. Em 2012, segundo os dados da OCDE, Portugal era o terceiro país com a taxa de desemprego mais elevada com quase 16%. Em Janeiro de 2013, a taxa atingiu o 17,6%, e especificamente em relação à população imigrante, o desemprego atingiu o 26%, conforme os dados do Instituto Nacional de Estatística. A regressão verificada no estado geral da economia tem consequências tangíveis na saúde.

No presente, a acessibilidade aos serviços de saúde tem-se deteriorado para todos, e muito mais para os imigrantes. As barreiras externas, internas e de auto-exclusão mencionadas ao longo do artigo tem-se agravado, e assumem

⁴⁵ CAMPOS, António C. de. Discurso de Abertura. *Saúde e Migrações na UE*. Conference Proceedings.

uma situação preocupante. Fome, falta de acesso aos medicamentos, aos tratamentos, aos meios complementares de diagnóstico, até dificuldades na marcação de consultas, fazem parte do dia a dia nos centros de saúde e nas associações que assistem aos imigrantes localizados na periferia da capital portuguesa, onde a maioria dos imigrantes reside.

Embora legalmente não houve mudanças e todos os imigrantes tenham o acesso “garantido” a saúde, na prática as limitações têm vindo a aumentar. Portugal nos últimos anos afastou-se dos *standards* internacionais de boas práticas e políticas amigas dos imigrantes que tanto defendeu, ao mesmo tempo que se aprofundou no caminho de aumento das desigualdades. Possivelmente em pouco tempo esta mudança de estratégia redundará em piores indicadores de saúde de portugueses e imigrantes, num retrocesso da literacia em saúde, e numa perda da cidadania intercultural de saúde.

Bibliografia

- ACUÑA, Cecilia; BOLIS, Mónica. Stigmatization and Access to Health Care in Latin America: Challenge and Perspectives. 2005. Disponível em: <<http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/leg-stigmatization-eng.pdf>>. Acesso em: 05.04.2012.
- AHONEN, Emily; BENAVIDES, Fernando G. Risk of fatal and non-fatal occupational injury in foreign workers in Spain. *J Epidemiol Community Health*, n. 60, 2006, p. 424-6.
- ALMEIDA, M.D.; THOMAS, J.E. Nutritional consequences of migration. *Scandinavian Journal of Nutrition*, n. 40, 1996, p. 119-121.
- AKHTAR, Salman. The Immigrant, the Exile, and the Experience of Nostalgia. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, v. 1, n. 2, 1999, p. 123-130.
- BACCICONI, Marina; PATUSSI, Valentino; BARBINA, Paolo; CALABRESI, Claudio; GALLIERI, Daniela; COPPOLA, Nora; SARTO, Franco; FALASCA, Pasquale; Di TOMMASO, Francesca; FALASCA, Giovanni. Occupational accidents among immigrant women in the Italian North-Eastern regions (Veneto and Friuli Venezia Giulia). *Epidemiol Prev*, v. 30, n. 1, 2006, p. 33-39.
- BACKSTROM, Bárbara; CARVALHO, Amélia; INGLÊS, Urbana. Imigração e saúde - O Gabinete de Saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. *Revista Migrações*, n. 4, Lisboa: ACIDI, 2009, p. 161-189.
- BERNARDO, Viegas Bernardo; NETO, Maria Virgínia. PROSAUDESC – Juntar as mãos para promover e defender a saúde pública. *Revista Migrações* n. 1, Lisboa: ACIDI, 2007, p. 187-194.
- BOLLINI, Paola; SIEM, Harald. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science and Medicine*, v. 41, n. 6, 1995, p. 819-828.
- BRAVEMAN, Paula; GRUSKIN, Sofia. Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin*

- of the World Health Organization, v. 81, n. 7, 2003, p. 539-545.
- CAMPOS, Antônio C. de. Discurso de Abertura. *Saúde e Migrações na UE*. Conference Proceedings. Instituto Nacional de Saúde: Gráfica Maiadouro, 2008.
- CARCHEDI, Francesco; PICCIOLINI, Anna. Migration and Health in Italia. In HUISMANN, Adrienne; WEILANDT, Caren; GEIGER, Andreas (eds). *Country Reports on Migration and Health in Europe*. Bona: WIAD, 1997.
- CARBALLO, Manuel; DIVINO, Jose Julio; ZERIC, Damir. Migration and health in the EU. *Tropical Medicine and International Health*, v. 3, n. 12, 1998, p. 936-944.
- CEC - *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Social Committee of the Regions – First Annual Report on Migration and Integration* COM/2004/0508 final, Commission of the European Communities, Bruxelas, 2004.
- DE FREITAS, Claudia. Cape Verdean's participation in mental health care in the Netherlands: Silent migrants? Trabalho apresentado Paper no 5th IMISCOE Cluster B5 Workshop: "Migration, Integration and the Internationalisation of Healthcare", Lisboa, 2008.
- DE JOND J.; WESENBACK R. Migration and health in Europe. In HUISMANN, Adrienne; WEILANDT, Caren; GEIGER, Andreas. *Country reports on migration and health in Europe*. Bonn: WIAD, 1997.
- DETERMINE CONSORTIUM. *Action Summary Improving Health Equity via the Social Determinants of Health in the EU*, First Year Report. Eurohealthnet, 2008.
- DIAS, Sonia; GONÇALVES, Aldina. Migrações e Saúde. *Migrações - Revista do Observatório da Imigração*, n. 1, Lisboa: ACIDI, 2007, p. 15-28.
- ELDERS, Leo A.; BURDORF, Alex; ORY, Ferko G. Ethnic differences in disability risk between Dutch and Turkish scaffolders. *J Occup Health*, v. 46, 2004, p. 391-397.
- FARCHI, Sara; GIORGI ROSSI, Paolo; CHINI, Francesco; BAGLIO, Giovanni; CACCIANI, Laura; LORI, Giuliano; BORGIA, Piero; GUASTICCHI, Gabriella. Injuries in immigrants from non-industrialized countries: analysis of emergency admissions in Lazio, Italy, in the year 2000. *Ann Ig*, v. 17, 2005, p. 335-342.
- FENNELLY, Katherine. Listening to the Experts: Provider Recommendations on the Health Needs of Immigrants and Refugees. *Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations*, 1/04, Malmö University: IMER/MIM, 2004.
- FERNANDES, Paula; PEREIRA, Ricardo; BLASQUES, João. A imigração e o acesso à saúde. Boas Práticas identificadas em dois projectos de intervenção na área da saúde. *Revista Migrações*, n. 1, Lisboa: ACIDI, 2007, p. 161-170.
- FISMAH, Amy; PEARSON, Karl; REICKS, Marla. Gathering Food and Nutrition Information from Migrant Farmworkers Children through in-Depth Interview. *Journal of Extension* v. 37, n. 5, 1999.
- FONSECA, Maria Lucinda; SILVA, Sandra; Esteves, Alina; Mc GARRIGLE, Jennifer. Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *Revista Migrações*, n. 1, Lisboa: ACIDI, 2007, p. 27-52.
- FONSECA, Maria Lucinda; SILVA, Sandra. *Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na*

- área de influência do Centro de Saúde da Graça. Lisboa: ACIDI, 2010.
- GASPAR, Olga Solas; SILES, D. Migration and Health in Spain. In HUISMANN, Adrienne; WEILANDT, Caren; GEIGER, Andreas (eds). *Country Reports on Migration and Health in Europe*. Bona: WIAD, 1997.
- GARDETE, Manuel Justo; ANTUNES, Maria. Tuberculose em imigrantes: estudo preliminar em sete serviços de tuberculose e doenças respiratórias dos Distritos de Lisboa e Setúbal. *Saúde em Números*, v. 8, n. 4, 1993.
- GLIBER, Martina. Migration and Health in France. In HUISMANN, Adrienne; WEILANDT, Caren; GEIGER, Andreas (eds). *Country Reports on Migration and Health in Europe*. Bona: WIAD, 1997.
- GUSHULAK, Brian. Monitoring migrants' health. In *Health of Migrants – The Way Forward*. Report of a global consultation. Madrid: 3–5 March 2010. Geneva: World Health Organization, 2010, p. 28-42.
- HENRIQUES, Maria Adelina. A imigração PALOP em Portugal. O caso dos doentes evacuados. *Forum Sociológico*, v. 22, n. 1, 2012, p. 53-62.
- HORTA, Rosário; CARVALHO, Amélia. O Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante: uma estratégia de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. *Revista Migrações*, n. 1, 2007, p. 179-186.
- INGLEBY, David. *European Research on Migration and Health*. Background Paper for the AMAC project. Brussels: OIM, 2009.
- _____. New perspectives on migration, ethnicity and schizophrenia. *Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations 4/07*, IMER/MIM, Malmö University: Suécia, 2008.
- INGLEBY, David; Chimienti, Milena; ORMOND, Meghann; DE FREITAS, Claudia. The role of health in Integration. In FONSECA, Maria Lucinda; MALHEIROS, Jorge (eds.). *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 State of the art report, Estudos para o Planeamento Regional e Urbano n. 67, Lisbon: Centro de Estudos Geográficos, 2005, p. 88-119.
- LI, Frederick P; PAWLISH, Karen. Cancers in Asian Americans and Pacific Islanders: Migrant Studies. *Asian American Pacific Island Journal of Health*, v. 6, n. 2, 1998, p. 123-29.
- MACKENBACH, Johan; BOS, Vivian; GARSSSEN, Joop; KUNST, Anton. Mortality among non-western migrants in The Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk*, n. 149, 2005, p. 917-23.
- MALHEIROS, Jorge; FONSECA, Maria Lucinda (orgs.). *Acesso à habitação e problemas residenciais dos imigrantes em Portugal*. Acidi: Lisboa, 2011.
- MASANET, Erika; HERNÁNDEZ-PLAZA, Sonia; PADILLA, Beatriz. A competência cultural dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: algumas notas preliminares. *Iberoamerican Journal of Health and Citizenship*, Janeiro-Junho 2012, v. 1, n. 1, p. 6-18.
- MLADOVSKY, Philipa. *Migration and health in the EU*. Research note for EC Directorate- General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Unit

E1 - Social and Demographic Analysis. 2007.

- MESSIAS, DeAnne K. H. Transnational health resources, practices, and perspectives: Brazilian immigrant women's narratives. *Journal of Immigrant Health*, v. 4, n. 4, 2002, p. 183-200.
- NEJMI, Slimane. Social and Health Care for Moroccan Workers in Europe. In COLLEDGE, Malcolm; GEUNS, H. U. Van; SVENSSON, Per Gunnar (eds.). *Migration and Health: Towards an Understanding of the Health Care Needs of Ethnic Minorities*. WHO Europe: Copenhagen, 1983.
- NYGREN-KRUG, Helena. *International Migration, Health and Human Rights*. WHO Health and Human Rights Publication Series, n. 4, 2003.
- OLIVEIRA, Catarina Reis; PIRES, Cláudia. *Imigração e Sinistralidade Laboral*. Coleção de Estudos do Observatório da Imigração, v. 41, Lisboa: ACIDI, 2010.
- PADILLA, Beatriz. Migraciones y cambio. Apresentado na VI Reunião de Antropologia do Mercosul, Montevideo, Uruguai, Novembro, 2005.
- PADILLA, Beatriz; HERNÁNDEZ-PLAZA, Sonia; ORTIZ, Alejandra. Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política. *Forum Sociológico*, v. 22, n. 1, 2012, p. 33-41.
- PADILLA, Beatriz; INGLEBY, David; DE FREITAS, Claudia; PORTUGAL, Rui; LEBAS, Jacques. Good Practices in Health and Migration in the EU. In FERNANDES, Ana; PEREIRA MIGUEL, José (eds.). *Health and Migration in the EU: Better Health for All in and inclusive society*. London: Pro-Book Publishing Limited, 2008.
- PADILLA, Beatriz; PEREIRA MIGUEL, José. Health and Migration in the EU: Building a shared vision for action. In FERNANDES, Ana; PEREIRA MIGUEL, José (eds.). *Health and Migration in the EU: Better Health for All in and inclusive society*. London: Pro-Book Publishing Limited, 2009, p. 15-22.
- PADILLA, Beatriz; PORTUGAL, Rui. Saúde e Migrações: boas práticas na União Europeia. *Revista Migrações - Revista do Observatório da Imigração*, n. 1, 2007, p. 143-159.
- PACE, Paola. The right to health of migrants in Europe. In RECHEL, Bernd; MLADOVSKY, Philipa; DEVILLÉ, Walter; RIJKS, Barbara; PETROVA-BENEDICT, Roumyana; MCKEE, Martin (eds.). *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: Open University Press, 2011, p. 55-66.
- _____ (ed.). Migration and the Right to Health: A Review of European Community Law and Council of Europe Instruments. *International Migration Law*, n. 12, 2007.
- PUSSETTI, Chiara. A patologização da diversidade. Uma reflexão antropológica sobre a noção de culture-bound syndrome. *Etnográfica*, v. X, n. 1, 2006, p. 5-40.
- RECHEL, Bernd; MLADOVSKY, Philipa; DEVILLÉ, Walter; RIJKS, Barbara; PETROVA-BENEDICT, Roumyana; MCKEE, Martin (eds.). *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: Open University Press, 2011.
- SCHPEPERS, Emmanuel; van DONGEN, Els; DEKKER, Jos; GEERTZEN, Jan; DEKKER Joost. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract.* 23, 2006, p. 325-48.

- SILVA, Antonio Carlos da; MARTINGO, Carla. Unidades de Saúde Amigas dos Imigrantes – uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal. *Revista Migrações*, n. 1, 2007, p. 155-159.
- SILVA, Antonio Carlos da; COSTA, Vitalina Gomes. AJPAS – Mais de uma década a promover saúde e a prestar cuidados em prol dos mais desfavorecidos. *Revista Migrações*, n. 1, 2007, p. 171-178.
- STAHL, Timo; WISMAR, Matthias; OLLILA, Eeva; LAHTINEN, Eero; LEPPÖ, Kimmo. *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs, 2006.
- STAMPINO, Valeria. Improving access to multilingual health information for newcomers to Canada. *Journal of the Canadian Health Libraries Association*, v. 28, 2007, p. 15-18.
- STRONKS, K., UNIKEN VENEMA, P., DAHHAN N.; GUNNING-SCHEPERS, L. Allochtoon, dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. *TSG*, n. 77, 1999, p. 33-40.
- UNAIDS. *Análisis comparativo: estudios de investigación de India y Uganda*. Best Practice Collection. Génèbra, 2000.
- VERTOVEC, Steven. Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*, v. 29, n. 6, 2007, p. 1024-1054.
- WATTERS, Charles. Migration and mental health care in Europe: report of a preliminary mapping exercise. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 28, 2002, p. 153-172.
- YING, Yu Wen. Migration and Cultural Orientation: An empirical Test of the Psychoanalytic Theory in Chinese Americans. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, v. 3, n. 4, 2001.

Abstract

Immigrant health: multidimensionality, inequality, and accessibility in Portugal

This article describes the multidimensional aspects of health care for immigrant populations and their descendants, taking as an example the Portuguese case. On the one hand, the importance of accessibility and the different barriers that condition it are emphasized, and on the other hand, the interventions of the State and civil society in defense of immigrant health are highlighted, in the current context marked by international crisis.

Keywords: *Immigrants; Health; Accessibility; Inequality; Barriers.*

Recebido para publicação em 05/03/2013.

Aceito para publicação em 04/05/2013.

Received for publication in March, 05th, 2013.

Accepted for publication in May, 04th, 2013.