

Escola de Sociologia e Políticas Públicas
Departamento de Sociologia

Um olhar sobre o acesso à saúde pelas populações imigrantes.
O projeto “Saúde sem Barreiras”

Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação
Escola de Sociologia e Políticas Públicas

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre
Por: Marina Bento Bertolami

Orientadora: Professora Doutora Rita Cachado, Investigadora Integrada (CIES-IUL),
Professora Auxiliar Convidada (Departamento de Métodos de Pesquisa Social).

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Setembro de 2019

A todos aqueles que, oriundos de tantos lugares,
me confiaram as suas histórias, os seus saberes,
as suas lutas.
Às três Marias, que me ensinaram o que é cuidar.

Resumo

Em Portugal, os fluxos migratórios têm assumido um lugar relevante no debate das políticas públicas nacionais e têm gerado debate acerca do acolhimento das populações migrantes e do seu processo de integração, nos seus diversos âmbitos. O acesso aos cuidados de saúde previstos no Serviço Nacional de Saúde é um tema que suscitou a necessidade de uma recolha de dados e análise mais aprofundadas, em Portugal, mas também no contexto europeu. A garantia do acesso à saúde enquanto direito humano, e por parte de cidadãos imigrantes que buscam cuidados e tratamentos nos serviços públicos é muitas vezes dificultada por um conjunto de obstáculos no acesso aos mesmos, seja por falta de domínio da língua, por situação documental irregular ou por desconhecimento do funcionamento destes sistemas. Esta investigação procura identificar e retratar as barreiras vivenciadas na utilização do Serviço Nacional de Saúde como fator limitativo e determinante no processo de integração destas populações e comunidades.

Palavras-Chave: imigração, integração, saúde, acesso.

Abstract

In Portugal, the migration fluxes have assumed a relevant position in terms of national politics in the public sphere, also have been generating debate on the welcome of migrant populations, as well as their integration processes, in its various domains. The access to healthcare, predicted by the Health National Service is a matter that stirred up the necessity of a more profound data collection and analysis, in Portugal, but also in the European context. The assurance of healthcare as a Human Right by immigrant citizens, who seek in public services care and treatment, is very often limited or hampered by a set of obstacles faced in the access to these services or even in its use. Whether this is due to a lack of domain of the Portuguese language; by an irregular documental situation; or by unfamiliarity with the functioning of these systems. This investigation intends to identify and to portray the barriers experienced on the access to the National Health Service as a restrictive and determinant factor on the process of integration of immigrant populations and communities.

Keywords: immigration, integration, health, access.

Índice

Resumo	ii
Abstract	ii
Índice	iii
Índice de Figuras	iv
Siglas	v
1. Introdução	1
2. Processo Metodológico	4
3 - Populações imigrantes e integração no contexto Nacional e Europeu	7
3.1. Breve apresentação sobre migrações na Europa	7
3.2 . Contexto social e político da imigração em Portugal.	11
4- Imigração e acesso aos serviços de saúde primários	19
4.1. Considerações gerais	19
4.2. Saúde dos Imigrantes e Oferta de Serviços de saúde - Direitos, Deveres e Constrangimentos	21
5. Estudo de caso: o Projeto “Saúde sem Barreiras”	28
5.1. Enquadramento do estudo de caso “Saúde sem Barreiras”	28
5.2. Análise dos dados recolhidos	31
6. Conclusões e reflexões	50
Referências Bibliográficas	55
Fontes	57
ANEXOS	I

Índice de Figuras

Capítulo 5	Páginas
Figura 5.1.	32
Figura 5.2.	33
Figura 5.3.	34
Figura 5.4.	35
Figura 5.5.	36
Figura 5.6.	37
Figura 5.7.	38
Figura 5.8.	39
Figura 5.9.	40
Figura 5.10.	41
Figura 5.11	48

Siglas

ACIME - Alto Comissariado para as Migrações e Minorias Étnicas
ACIDI - Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
ACM - Alto Comissariado para as Migrações
AR - Autorização de Residência
CS - Centro de Saúde
DGS - Direção-Geral da Saúde
ERS - Entidade Reguladora para a Saúde
FRA - European Union Fundamental Rights Agency
GAT - Grupo de Ativistas de Tratamentos
GABIP - Grupo de Apoio aos Bairros de Intervenção Prioritária
GTO Lx - Grupo de Teatro Oprimido de Lisboa
LBS - Lei de Bases da Saúde
NISS – Número de Identificação da Segurança Social
OIM - Organização Internacional para as Migrações
ONG - Organizações Não Governamentais
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAAI - Programa de Apoio à Integração de Imigrantes
RF - Reagrupamento Familiar
RNU - Registo Nacional de Utentes
SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SOLIM - Associação Solidariedade Imigrante
UE - União Europeia
USF - Unidade de Saúde Familiar
VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

1. Introdução

O desenvolvimento deste trabalho de investigação na área das Ciências Sociais e no âmbito do Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação procura ser uma contribuição para os estudos sobre a imigração em Portugal e, mais concretamente, sobre o acesso ao Serviço Nacional de Saúde, e respetiva procura de cuidados de saúde por parte das populações imigrantes.

Tendo-se partido da intenção de abordar esta temática, esta pesquisa focou-se numa situação concreta, o atendimento de imigrantes na Associação Solidariedade Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa. Para isso, procurou-se fazer um estado da arte sobre saúde e a imigração em Portugal. Para este fim, revelou-se importante compreender as diversas dimensões do processo de integração destas populações, após o trajeto migratório. A busca pela integração no país de acolhimento enquanto processo multidimensional envolve numerosos esforços por parte dos recém-chegados, não só para compreenderem os meandros burocráticos das diversas instituições que procuram, mas também para aceder às mesmas. Estas populações procuram garantir condições indispensáveis à sua fixação e adaptação ao novo país, nomeadamente através da inserção no mercado laboral, a sua regularização no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), acesso aos serviços saúde, educação, habitação, sistema financeiro e tributário, segurança social e ainda a aprendizagem da língua.

A crescente mobilidade das populações cuja diversidade de origens culturais, populacionais, religiosas e geográficas, bem como a sua busca por melhores condições de vida, tem contribuído para uma transformação da paisagem social, política e económica por toda a Europa nas últimas décadas. O tema das migrações tem acrescentado desafios aos processos de negociação nas políticas públicas, nas instituições e Organizações Não Governamentais que trabalham pela defesa dos direitos das populações migrantes, com o intuito de promover a integração destas populações.

Embora esta mobilidade se direcione tendencialmente para os centros das grandes cidades, a heterogeneidade dos fluxos migratórios e a sua compreensão são exercícios exigentes. Considerando que a definição de “imigração” varia de país para país (OIM 2010), esse aspeto dificulta o rastreio desses fluxos e a comparação de dados entre diferentes países (Rechel *et al.* 2011), e o conhecimento sobre a condição de “ser imigrante”, nas diversas dimensões.

Tendo em conta o fluxo de imigrantes que chegam atualmente à Europa recorrendo a variados trajetos, via terrestre, marítima ou aérea, é comum a entrada irregular de imigrantes no continente Europeu, o que impossibilita uma contabilização eficaz destas populações e dos seus trajetos. Os cidadãos originários doutros continentes, que chegam à Europa sem visto de entrada, permanecem indocumentados por consideráveis períodos de tempo e por isso ficam particularmente vulneráveis no que toca à sua capacidade de integração. Face à indefinição do seu estatuto legal, o acesso a assistência médica nos serviços públicos de saúde é muitas vezes limitado.

As pessoas imigrantes que não detêm autorização de permanência na Europa, como vistos de trabalho, título de residência ou passaporte, não são formalmente consideradas residentes. Ainda que cumpram os mesmos deveres que os demais cidadãos europeus, os seus direitos nem sempre lhes são garantidos. Este estado de indefinição coloca-os numa posição de suscetibilidade, sujeitos a maiores constrangimentos e barreiras no acesso a diversos serviços públicos, nomeadamente às unidades de saúde e centros hospitalares. Importa notar que Portugal é um dos cinco países (Portugal, Espanha, França, Itália, Holanda) dos 27 Estados-Membros que não restringe ao nível da lei o acesso de imigrantes indocumentados aos serviços de saúde, permitindo-lhes a utilização dos cuidados primários e de emergência (Rechel *et al.* 2011).

Apesar do SNS se cimentar no princípio da universalidade, e embora tenham ocorrido mudanças estruturais no acesso aos serviços nos últimos anos por parte das populações imigrantes, são ainda recorrentes as inconsistências nalgumas práticas deste sistema e na execução dos seus procedimentos face à lei, contrariando em diversas ocasiões o elemento de universalidade que o caracteriza.

Este trabalho procura aprofundar as questões que se referem à utilização dos serviços de saúde estatais por parte destas populações, baseando-se no trabalho de uma associação local no centro de Lisboa, que atua na defesa dos direitos e deveres das populações imigrantes em Portugal, a Solidariedade Imigrante. O capítulo que se segue relata os procedimentos metodológicos seguidos, tanto ao nível empírico como ao nível da recolha bibliográfica; depois os capítulos 3 e 4, como se verá, procuram partir de uma lente mais alargada, falando das migrações na Europa e em Portugal, e do acesso dos imigrantes à saúde em Portugal. No capítulo 3 focamos as migrações e as principais iniciativas europeias e portuguesas no que toca à integração dos imigrantes, permitindo mapear os esforços institucionais. No capítulo 4 focam-se os principais desafios na integração dos imigrantes, tendo em conta o direito à

saúde, incluindo a temática da mediação como resposta importante às dificuldades encontradas. No capítulo 5 irei concentrar-me na análise dos dados recolhidos na SOLIM que, como veremos, revelam as dificuldades no acesso à saúde pelos imigrantes que procuram a associação.

2. Processo Metodológico

Esta dissertação de Mestrado procura abordar o tema da integração dos migrantes em Portugal e analisar as respostas disponíveis, no contexto nacional, em termos de cuidados de saúde. Esta investigação tem como objetivo reconhecer a importância do acesso efetivo aos cuidados e serviços de saúde primários por parte das populações imigrantes no país de acolhimento. Focando-se no contexto português, a vontade de aprofundar conhecimentos acerca deste objeto de estudo surgiu no contexto do trabalho de mediação sociocultural, desenvolvido ao longo de dois anos, na Associação Solidariedade Imigrante - Associação para a Defesa dos Direitos dos Imigrantes (SOLIM). Foi a partir de um projeto multidisciplinar designado a uma equipa de mediadoras da organização, que lá se encontravam a exercer funções, que surgiu a oportunidade de aprofundar esta temática.

A fragilidade inerente à condição de muitos imigrantes, considerando a amplitude de aspetos que englobam o processo de integração, tendo em conta os seus diversos contextos, realidades sociais, culturais, étnicas e religiosas, revelaram-se, no contato com as diferentes populações, um fator decisivo para o estado de saúde dos utentes que recorreram à SOLIM. Em simultâneo, as populações imigrantes que procuravam regularizar a sua situação documental demonstravam maior vulnerabilidade no acesso e utilização dos serviços públicos, na sua generalidade.

O projeto que decorreu na SOLIM denominava-se “Saúde Sem Barreiras”, e foi desenvolvido nesta organização em conjunto com o Grupo de Teatro do Oprimido de Lisboa (GTO Lx) e financiado pelo Alto Comissariado para as Migrações (ACM). Decorreu durante um ano, de janeiro a dezembro de 2018. É importante por isso clarificar que este exercício de investigação tem também como base a experiência empírica obtida na atividade profissional exercida enquanto mediadora sociocultural da Associação Solidariedade Imigrante. O trabalho realizado no contexto do projeto, que se realizou a partir do Programa de Apoio ao Associativismo Imigrante (PAAI), produziu resultados próprios, mas além disso, a intervenção no terreno permitiu conhecer de perto a heterogeneidade das situações vividas pelas populações imigrantes nos seus processos de integração em Portugal.

Tendo em conta o trabalho desenvolvido neste contexto, tinha já um conjunto de dados disponíveis e úteis para serem trabalhados no âmbito de um trabalho académico sobre

saúde e imigração em Portugal, dados que estão patentes sobretudo no capítulo 5 da tese, com a devida autorização das minhas colegas¹.

Cabe ainda mencionar que a concretização desta investigação não decorreu linearmente (projeto SOLIM, pesquisa bibliográfica, escrita da tese), começou antes do projeto “Saúde sem Barreiras”. O projeto inicial da tese visava igualmente questões relacionadas com a integração de imigrantes, mas estava focada nas políticas de multiculturalidade. Contudo, como se sabe, as dinâmicas sobre este aspeto na cidade de Lisboa sofreram alterações radicais nos últimos anos e, mesmo concretizando ao nível de um bairro, não foi possível acompanhar devidamente um processo circunscrito, dada a rapidez e complexidade das transformações observadas em determinados territórios da cidade. Deste modo, atendendo à experiência profissional adquirida no exercício de funções na associação e no projeto já referidos, aproveitei esse conhecimento do terreno e da sua realidade, para a concretização desta dissertação de mestrado.

Ao nível da pesquisa empírica qualitativa, para conseguir enriquecer os dados obtidos no decorrer do projeto “Saúde sem Barreiras”, foi necessário procurar aprofundamento por parte de atores chave nesta área, nomeadamente cidadãos imigrantes, técnicos de saúde e mediadores que possuíssem experiências nos enquadramentos relacionados com a saúde e com estas populações concretamente. Foram conduzidas algumas entrevistas semi-dirigidas a técnicos de saúde e mediadores locais que atuam na área da saúde, de modo a obter um olhar mais “técnico” do estado de saúde dos imigrantes e dos cuidados que lhes são prestados no Serviço Nacional de Saúde na região de Lisboa, considerando a sua experiência e contato direto com as populações imigrantes.

A metodologia levada a cabo para esta tese incluiu uma pesquisa bibliográfica específica. Após a seleção mais circunscrita do caso empírico, mais do que procurar fazer uma síntese teórica das inúmeras questões relacionadas com a integração dos imigrantes, detive-me, também por questões de tempo, mas sobretudo para manter o foco em compreender melhor o meu objeto de estudo, na leitura de trabalhos que focam a questão da saúde na imigração. Não me querendo dispersar, concentrei-me na (já vasta) biblioteca online

¹ Os elementos que integraram esta equipa foram fundamentais em todas as fases de investigação deste projeto e ainda no desenvolvimento de ideias e dinâmicas, que visaram a concretização de um produto final que retratasse os resultados obtidos no âmbito deste estudo. Esta equipa foi constituída pelas mediadoras socioculturais Raquel Froes, Teresa Mamede, a coordenadora do projeto Filipa Pereira e ainda, em representação do Grupo de Teatro Oprimido de Lisboa (GTO Lx), também mediadora na Solidariedade Imigrante, Anabela Rodrigues.

do Alto Comissário para as Migrações. Também a biblioteca do ISCTE-IUL foi um local onde obtive informação complementar e de fundo. O cerne mais teórico desta dissertação de mestrado é no fundo um mapeamento do olhar sobre a saúde e imigração em Portugal no contexto atual.

Portanto, revelou-se importante explorar conceitos como integração, imigração, e acesso à saúde. Foram analisados uma série de artigos da Revista Migrações, conteúdos da publicação “imigração em números”, entre outras. De forma mais aprofundada, entre os textos lidos e analisados, destacaram-se o livro *Saúde e Imigração: utentes e serviços na área de influência do centro de saúde da Graça*, de Maria Lucinda Fonseca e Sandra Silva (2010); *Geografia da saúde da população imigrante na área metropolitana de Lisboa*, de Inês Martins Andrade (2008), publicado pelo Alto Comissariado para as Migrações; e ainda *Migrantes e Saúde Mental: a construção da competência cultural*, um estudo realizado por Chiara Pusseti em colaboração com Júlio F. Ferreira, Elsa Lechner e Cristina Santinho (2009), entre outros. Os sítios online da Organização Internacional para as Migrações (OIM) e do Alto Comissariado para as Migrações (ACM) foram também relevantes para compreender melhor a temática da imigração em Portugal e na Europa.

Esta dissertação pretende assim, através de um olhar focado num projeto particular, mas com um vasto conjunto de dados significativos, contribuir para melhor compreender as situações relatadas por indivíduos de diversificadas origens, contextos culturais e sociais, no acesso ao Serviço Nacional de Saúde, fundamentalmente nas suas perspetivas e experiências de utilização. Ao mesmo tempo, procura estabelecer uma relação entre o processo de integração e o estado de saúde dos imigrantes em Portugal.

3 - Populações imigrantes e integração no contexto Nacional e Europeu

3.1. Breve apresentação sobre migrações na Europa

Este capítulo não pretende fazer uma apresentação exaustiva da problemática das migrações, antes procura tecer as linhas gerais para, posteriormente, fazer o enfoque no nosso universo de estudo que, como já referido antes, se concentra na população imigrante que acede aos serviços da Associação Solidariedade Imigrante, e cujos atendimentos foram tratados de forma sistemática no projeto “Saúde sem Barreiras”.

Nas últimas décadas, a Europa tem assistido a transformações significativas em termos demográficos, sociais, políticos e económicos, derivadas em parte do crescimento e complexidades dos fluxos migratórios.

A diversidade de origens geográficas, culturais, étnicas e sociais das populações migrantes que se concentram particularmente nas grandes cidades Europeias tem criado a necessidade de compreender melhor os efeitos que os movimentos das populações causam no seu próprio estado de saúde quando chegam ao país de acolhimento e onde se procuram estabelecer. No caso de Portugal, existe um conjunto de obras publicadas no contexto das ciências sociais que se debruçam sobre a questão da saúde imigrante em contexto nacional e que têm contribuído para o mapeamento da situação atual.

No século XX uma parte importante das migrações para a Europa foi caracterizada pela ruralidade, carência económica e escassez de oportunidades, à semelhança do que vinha acontecendo no século XIX (Nolasco, 2016: 16, com Ravenstein 1885). Já nas últimas décadas, este fenómeno sofre uma intensificação que altera a paisagem social, demográfica e económica da Europa, marcada agora pela diversidade e heterogeneidade dos seus habitantes.

Ainda que as necessidades e motivações dos processos de migração tenham sofrido alterações associadas às rápidas mudanças ambientais, demográficas, socioeconómicas e políticas (Levvit e Jaworsky, 2007, *apud* Sónia Dias e Aldina Gonçalves, 2007: 16), os fatores que levam à deslocação das populações migrantes são diversos e mutáveis de indivíduo para

indivíduo, sendo que as generalizações que se podem tecer não dão conta dos processos mais particulares, igualmente importantes para a compreensão do fenómeno.

Ainda assim, cabe ressaltar alguns dos principais fatores, como catástrofes naturais, conflitos bélicos, a busca por melhores condições de trabalho e de vida, pobreza, aspirações académicas e a globalização económica, que têm levado à deslocação de populações, sobretudo africanas e sul-asiáticas, para a Europa e outros continentes, com melhores perspetivas.

Observando o perfil demográfico das populações europeias “autóctones”, tendencialmente envelhecidas e com baixos níveis de natalidade, a intensificação das migrações tem surgido como uma resposta para as carências de trabalhadores sobretudo do sector primário na generalidade da Europa (Dias e Gonçalves, 2007: 16).

Após o trajeto migratório, a integração no país de acolhimento implica desafios que influenciam e determinam a sua integração no país de chegada. Desafios estes que passam não só pela entrada no mercado de trabalho, mas também pelo domínio da língua, a obtenção do visto de trabalho ou título de residência, pela perceção dos contornos da cultura vigente, o acesso aos serviços públicos como a Segurança Social e as instituições de Educação e Saúde.²

Cada Estado-Membro tem, por sua vez, desafios no que toca à integração das comunidades migrantes que se diversificam face às tendências migratórias de cada Estado. No capítulo V do relatório “World Migration Report 2018” desenvolvido pela Organização Internacional para as Migrações (OIM), intitulado “Global Migration Governance: Existing Architecture and Recent Developments” pode ler-se que o tema das migrações é um tópico que naturalmente causa contestação por parte das políticas domésticas de cada país, nomeadamente na Europa.

“O público está dividido, se de facto a migração é um problema ou uma oportunidade. Grupos interessados tendem a posicionar-se de forma mais consistente a favor, ou em oposição, a ampliar ou contrair o tema da migração, podendo anular-se no debate público acerca da imigração. Além disso, mesmo entre aqueles que vêm a migração como uma oportunidade,

² A este respeito, é importante ressaltar uma clara explicação destas situações no contexto de um *podcast* em que os convidados eram Cristina Santinho, especialista na temática dos refugiados, e Diaby Abdourahmane, um cidadão imigrante que relata as dificuldades vividas e as suas implicações. Os *podcast* “Entrecampos” são uma produção do CRIA (Centro em Rede de Investigação em Antropologia, disponível em <https://soundcloud.com/podcast-entrecampos/orefugioemportugal>.

existem preocupações que os governos estão progressivamente impossibilitados de gerir de forma positiva no contexto aprofundado da globalização”. (Martin e Weerasinghe, 2018, OIM)³

Por esta razão, em junho de 2016 foi adotada pela Comissão Europeia o “Plano de Ação para a Integração de Nacionais de Países Terceiros” com o objetivo de “promover um contexto compreensivo que apoie os Estados Membros nos esforços para o desenvolvimento e reforço das suas políticas de migração e integração” (Eurostat, 2019).

Este plano de ação, resultante do grande número de chegadas à Europa, que em 2015 contabilizou cerca de um milhão de migrantes⁴ de países terceiros e requerentes de asilo, incluiu medidas de todas as esferas políticas. Focadas em melhorar o processo de integração das populações radicadas, estas medidas abrangeram os campos da educação, do acesso ao mercado de trabalho, inclusão social, participação ativa e acesso aos serviços fundamentais como os Sistemas de Saúde e Habitação. Segundo Rob Bilj e Arjen Verweij (2012) a relação entre imigração e integração é causal e biunívoca, usando como exemplo o caso dos imigrantes que conseguem regularizar a sua situação em termos de autorização de residência num determinado país e garantir uma certa estabilidade económica, acabando por servir de exemplo de sucesso aos seus conterrâneos, que veem uma oportunidade para “ganhar acesso ao mesmo país” (Bilj Verweij, 2012: 16). Esta “imigração em cadeia” (idem, ibidem) é muitas vezes composta não só pelos familiares destes indivíduos, mas também por outros, que ao partilharem redes sociais com *background culturais* comuns usam-nos como ferramenta para expandir as suas possibilidades de sucesso no país para o qual imigram.

Este fenómeno que se tem verificado na Europa explica em parte os elevados números de imigrantes que se deslocam para determinados países com a qual não têm qualquer relação histórica (Bilj e Verweij 2012: 16). Ou seja, nas últimas décadas a diferença relativamente a anteriores cursos migratórios para a Europa, é que enquanto estes se realizavam, sobretudo de países outrora colonizados para as ex-metrópoles, os atuais percursos ocorrem sem que exista uma relação histórica prévia com o país de acolhimento, o que leva a um desconhecimento das dimensões políticas, económicas, sociais e culturais que configuram o “caráter” do país de acolhimento (Ferin *et al.* 2008: 19)

³O referido relatório publicado pela OIM pode ser consultado aqui: <https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>. O excerto retirado do capítulo V deste relatório é uma tradução livre.

⁴Dado proveniente da seguinte fonte: <https://www.bbc.com/news/world-europe-44660699>, consultado em 27/06/2019.

É, no entanto, claro que no caso da Europa, a intensificação das migrações tem sido impulsionada por fatores de cariz também político como a globalização económica, a livre circulação entre fronteiras, o desenvolvimento das redes de comunicação e de transportes. Embora este crescimento tenha trazido novas relações socioeconómicas e interculturais aos países europeus, implicou também o reconhecimento de novas limitações e situações de exclusão social, assim como reforçou antigas (Scaglione, 2016).

As disparidades sociais e económicas cresceram na Europa no século XX e XXI a um ritmo análogo ao dos fenómenos migratórios, agravando a “distância” entre as classes sociais, bem como a vulnerabilidade das populações em desvantagem socioeconómica, cultural, religiosa e/ou étnica (Góis e Marques, 2018)

Ainda que os fluxos de migração para a Europa tenham decaído após uma grande vaga identificada nas estatísticas no ano de 2015,⁵ é difícil determinar quantos migrantes chegam e partem, pelo facto de não ser consensual quem é que constitui um migrante (Rob Bilj e Arjen Verweij, 2012), como é o exemplo dos imigrantes indocumentados, ou das segundas gerações (filhos de imigrantes) que, de acordo com os mesmos autores, muitas vezes não são considerados na contabilização das populações migrantes nos estudos quantitativos. Considerando ainda a diversidade das origens dos imigrantes, das suas culturas, linguagens e referências simbólicas, a categoria de “imigrante” comporta em si vários significados (Crawley, Heaven; Skleparis, Dimitris, 2018).

Em consequência, compreender os fluxos de migração bem como os processos de integração de migrantes torna-se uma missão mais complexa, já que não são conceitos lineares.

De acordo com Bilj e Verweij, já referidos anteriormente, o debate público e político em torno da massificação das migrações e dos processos de integração provoca aquilo a que se tornou comum chamar de choque de ideologias e visões por parte de governos Europeus e Estados Membros, que em vários âmbitos generalizam os retratos feitos em torno do tema, deixando de fora os imigrantes nos seus contextos individuais, na diversidade dos pontos de partida, aspirações e necessidades (Bilj e Verweij, 2012: 31).

As perceções negativas e estereotipadas (Bilj e Verweij, 2012: 31) face à condição de ser imigrante, particularmente a imigração dita “ilegal”, dificulta a integração em todos os aspetos que a envolvem, exacerbando assim problemas e preconceções.

⁵ Ver nota anterior.

Por estas razões, a integração social é raramente um processo facilitado e para muitos impossível (Carballo e Nerurkar, 2001). O desafio da integração no país de chegada e a rutura vivencial face ao país de origem provoca muitas vezes nos imigrantes um sentimento de desenraizamento, face à descontinuidade dos laços familiares, do contacto com os seus valores tradicionais e religiosos, e, por conseguinte, com os seus códigos identitários.

3.2 . Contexto social e político da imigração em Portugal.

É comum referir que Portugal foi mais caracterizado pelo fenómeno da emigração (e.g. Oliveira, 2012) durante grande parte do século XX, à semelhança de outros países do Sul da Europa, nomeadamente Espanha, Itália e Grécia. As fragilidades políticas, as desigualdades económicas e a carência de recursos levaram as populações mediterrânicas a procurarem nos países mais industrializados do Norte e Centro da Europa melhores condições de vida e de trabalho (Oliveira, 2012: 292).

Foi a partir dos anos 70 do século XX, após o fim do Estado Novo e com a independência das ex-colónias portuguesas - Cabo-Verde, Angola, Guiné-Bissau e Moçambique - que se começou a assistir a transformações no paradigma migratório português (Pires, 2003). A emigração decaiu significativamente após 1974. Com o fim do regime colonial português em África, regressam os repatriados e centenas de milhar de imigrantes das ex-colónias, trazendo uma vaga de nacionais e imigrantes de países anteriormente dominados política e economicamente pelo regime salazarista para Portugal (Oliveira, 2012: 292).

Uma das autoras que mais se tem dedicado à compreensão dos fenómenos migratórios em Portugal é Catarina Reis Oliveira. De resto, esta socióloga é também editora da *Revista Migrações* e do Caderno Estatístico Temático: Migrações em números. Por isso, convocamos as suas principais análises, como se perceberá nos parágrafos seguintes. Entre 1960 e 1981 a população estrangeira em Portugal aumentou 269% (Oliveira, 2012); no início do século XXI os residentes estrangeiros representavam já cerca de 2% da população residente. Esta foi considerada a primeira grande vaga de imigração para Portugal, em que imigrantes da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)⁶ vieram para preencher postos de trabalho no mercado português sobretudo nos sectores da construção civil, do trabalho doméstico e do sector das limpezas (Oliveira 2012: 292).

Uma segunda vaga de imigração em Portugal decorreu de 1980 até cerca de 1999, a partir da integração de Portugal na então chamada Comunidade Económica Europeia (CEE),

⁶ Expressão que substitui a de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

atualmente designada União Europeia (UE) em 1986 e caracterizou-se pela diversificação de países de origem que caracterizavam as migrações para Portugal (Góis e Marques, 2018: 6) Continuou a assistir-se a um aumento da chegada de populações africanas, de países como Angola, Cabo-Verde e Guiné Bissau, mas em menor proporção comparativamente a outros países de origem e continentes (idem, ibidem), como pode ser constatado no Anexo A⁷, como é o caso do Brasil e da China, para referir os países asiáticos e sul-americanos com maior relevância. Já a presença de sul-asiáticos na Europa se deve também a anteriores contextos coloniais (britânico e português), mas o seu aumento em Portugal dá-se a partir de finais dos anos 90 com contextualizações diversas.

Aumentou ainda a percentagem de migrantes que vinham de outros países europeus, nomeadamente de países de Leste como a Moldávia e Ucrânia, só para referir os países com mais cidadãos emigrantes no início do século XXI para a Europa ocidental.

Importa também constatar que o início do século XXI foi marcado pela implementação do Tratado Schengen⁸ - assinado em 1985 mas com efeitos mais prementes na viragem do século - que significaria para a Europa e Portugal inclusive, a abolição de fronteiras em grande parte do território europeu e a livre circulação de pessoas, situação que se tornou mais alargada a partir de 2004, com o aumento do número de países da União Europeia.

Por isso, o paradigma das migrações na Europa e em Portugal altera-se. As populações migrantes tornam-se mais heterogéneas e os percursos migratórios mais difíceis de rastrear para quem se dedica ao estudo e análise dos fenómenos migratórios.

No início deste século, a imigração em massa para Portugal foi então caracterizada por novos fluxos do Leste da Europa e de imigrantes oriundos da Ásia do Sul. Esta mudança implicou uma série de desafios a nível de legislação e procedimentos para a gestão dos fluxos de entrada em território nacional e regularização dos imigrantes. Entre 1992 e 2007 foram criados um conjunto de Decretos Legislativos⁹, com o intuito de tecer novos enquadramentos

⁷ Esta tabela foi retirada do artigo desenvolvido por Góis e Marques (2018), podendo ser consultado em: <https://journals.openedition.org/eces/3307>.

⁸ O Tratado Schengen foi assinado pelos cinco países que fundaram a União Europeia (UE) - Luxemburgo, Alemanha, Bélgica, Holanda e França. Este Tratado foi assinado no Luxemburgo, tendo suprimido inicialmente 26 fronteiras entre países europeus.

⁹ Os Decretos e Leis aprovados neste período de tempo abrangeram diversas esferas no âmbito do tema da imigração em Portugal. Alguns deles são mencionados em seguida e mais profundamente desenvolvidos no capítulo 4. O enquadramento jurídico destes Decretos e leis, aprovados em Assembleia da República), dizem respeito a questões como o regime

na regularização de imigrantes, inclusive de cariz extraordinário ou excecional. O principal motivo de entrada em Portugal consistia essencialmente no exercício de atividades profissionais ditas subordinadas ou trabalho por conta de outrem, no entanto novos fluxos de entrada para efeitos de acesso ao ensino superior e reagrupamento familiar foram ganhando relevância. De acordo com Góis e Marques (2018: 11):

“Se até meados da década passada as principais razões de entrada ou de solicitação de entrada no país, eram (...) laboralmente induzidas (e, sobretudo, para o exercício de uma atividade profissional subordinada), nos últimos anos os fluxos de entrada passaram a estar associados principalmente ao estudo (no ensino superior) (SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2012) e ao reagrupamento familiar” (Marques *et al.*, 2014 *apud* Góis e Marques, 2018: 11).

Simultaneamente, a distribuição das populações imigrantes a nível geográfico foi-se diversificando, inclusive por áreas rurais como o Alentejo e o Algarve, para o exercício de atividades agrícolas.

Esta nova realidade exigiu a adaptação de políticas públicas e iniciativas de integração por parte de órgãos estatais e Organizações Não Governamentais (ONG) (Oliveira, 2012: 294).

Para este efeito foi criado um organismo governamental centralizado de resposta multidisciplinar para questões relacionadas com a integração de migrantes em Portugal, inicialmente chamado ACIME - Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, que se viria a tornar em 2007 o ACIDI - Alto Comissariado para as Migrações e Diálogo Intercultural - com o objetivo de fomentar “políticas públicas, que privilegiam a inclusão social, a igualdade de oportunidades e a valorização da diversidade entre culturas, etnias e religiões” (RCC¹⁰) Este organismo transformou-se no atual ACM – Alto Comissariado para as Migrações, não deixando de ter as competências anteriormente definidas, mas adaptando-se a uma terminologia mais atual, tal como a mudança verificada em 2007.

de entrada, permanência, saída e expulsão de estrangeiros em Portugal (Decreto-Lei n.º 59/93, de 3 de Março, Lei n.º 8/98, de 13 de Fevereiro, Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho.), regularização extraordinária de migrantes (Lei n.º 17/96), reestruturação do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (Decreto-Lei n.º 120/93, de 16 de Abril.) e o regime jurídico das associações de imigrantes (Lei n.º 115/99, de 3 de Agosto). Todos estes dados podem ser consultados em Diário da República.

¹⁰ A Rede de Conhecimento Comum (RCC) é uma plataforma digital de boas práticas identificadas na Administração Pública em Portugal. O conteúdo referente ao ACIDI pode ser consultado aqui: <http://www.rcc.gov.pt/Paginas/Home.aspx>

É também em 2007 que surge o primeiro Plano para Integração de Imigrantes (PII), com a resolução do Conselho de Ministros nº 6 A/2007 de 3 de maio, com uma série de objetivos de intervenção nas áreas de atuação mais relevantes para a integração das diferentes populações a nível nacional.

Este plano estabelece um conjunto de 120 medidas de sectores verticais e transversais que se relacionam com a integração dos imigrantes em Portugal em diversos objetivos e linhas orientadoras. Este conjunto de medidas teve como intuito alcançar:

“um consenso social alargado na concepção e avaliação das políticas de acolhimento e integração, assente na participação de portugueses e de imigrantes, na sensibilização da opinião pública, na desmistificação de estereótipos e no reforço de plataformas de negociação e envolvimento dos parceiros sociais” (ACM, 2007)¹¹.

Entre os vários temas destacaram-se as áreas do Acolhimento; Trabalho, Emprego e Formação Profissional; Habitação; e Saúde. Questões relativas à saúde das populações migrantes e o acesso aos cuidados de saúde já integrava os campos de intervenção das instituições e órgãos governamentais. Resumindo o Plano para a Integração do Imigrante patente no site do ACM, os principais desígnios do plano foram: a promoção da realização de ações de formação, educação e de comunicação para o combate à falta de informação dos imigrantes relativamente aos serviços de saúde, através do incentivo à utilização do SNS - Serviço Nacional de Saúde; a dinamização regional de ações promotoras de informação; a garantia de acesso a cidadãos estrangeiros em situação irregular aos serviços de saúde através da apresentação de uma credencial pelo ACIDI¹², como alternativa aos atestado de residência emitidos pelas Juntas de Freguesia.

Do lado das instituições de saúde e dos seus profissionais, o Plano de Integração de Imigrantes procurou desenvolver um plano de formação para a interculturalidade, no sentido de melhorar as competências interculturais e linguísticas dos prestadores de cuidados de saúde. Neste sentido, os dados que irão ser analisados no capítulo 5 podem constituir-se como um contributo para essa formação.

¹¹ Esta consulta ocorreu no seguinte endereço digital:

https://www.acm.gov.pt/documents/10181/222357/PII_2007_pt.pdf/f9ffc855-fae3-4acb-8ddb-3d00b6af0635.

¹² Esta credencial seria uma forma de agilizar o Despacho nº 25/360/2001 no Ministério da Saúde que permitia a inscrição esporádica de imigrantes indocumentados nos Centros de Saúde da sua área de residência, através da apresentação de um comprovativo de morada.

Outras medidas relevantes neste ramo e referidas no PII, articuladas com o ponto anterior, passaram pela intenção de desenvolver programas de formação para mediadores socioculturais, transculturais e linguísticos nas redes hospitalares e unidades de saúde em Portugal, em áreas urbanas cuja presença de imigrantes se revelasse significativa. A mediação sociocultural em Portugal surge muito ligada aos contextos da imigração, exclusão social e multiculturalidade (Oliveira *et al.*, 2005). No estudo desenvolvido pelo Observatório da Imigração “Mediação sociocultural: um puzzle em construção”¹³ e editado pelo ACIME, a é descrita como:

“uma prática informal e como modalidade de resolução de conflito, de reapropriação deste pelos sujeitos implicados, de reativação da comunicação (...) Neste sentido a mediação social nasce como uma modalidade de resolução de conflitos entre uma ou mais partes, onde teria de existir um elemento que ajudaria na sua resolução)” (Oliveira *et al.*, 2005: 21).

Em termos dos serviços de saúde, a mediação comporta mais do que um campo de intervenção e negociação, nomeadamente a nível da sensibilidade cultural e apoio linguístico, pelo que constitui um catalisador de compreensão mútua na interação entre paciente, neste caso migrante e técnico de saúde (e.g. interação primária, compreensão e análise de sintomas, atribuição de diagnóstico, adesão a tratamentos).

Ainda, a 27 e 28 de setembro de 2007, no contexto da saúde das populações imigrantes e minorias étnicas, foi realizado o primeiro Congresso em Portugal sob o tema da “Saúde e Migrações na Europa” em Lisboa e subordinado ao subtema “Melhor Saúde para Todos numa Sociedade Inclusiva”¹⁴, no âmbito da Presidência portuguesa na União Europeia. Este congresso contou com a participação de vários representantes dos Estados Membros e viria a produzir recomendações e conclusões para políticas comuns passíveis de ser aplicadas nos diversos Estados-Membros. Markos Kyprianou, à data a exercer funções como Comissário europeu da Saúde, no decorrer deste congresso, alertou para a “importância que o investimento na saúde dos imigrantes representa para a Europa” e ainda que o acesso aos cuidados de saúde públicos deveriam ser garantidos “aos imigrantes que se encontrem em

¹³ Pode ser consultado em: <https://www.om.acm.gov.pt>.

¹⁴ Este congresso foi à data da sua concretização divulgado pela Rádio Televisão Portuguesa (RTP), o artigo referente a este evento pode ser consultado em: https://www.rtp.pt/noticias/presidencia-uniao-europeia/comissario-europeu-da-saude-defende-maiores-cuidados-para-imigrantes-na-europa_n50346.

situação irregular na Europa”¹⁵. As conclusões obtidas neste Congresso viriam a servir de referência para os princípios da Declaração sobre a Imigração, Saúde e Direitos Humanos (Fonseca e Silva 2010: 32).

A Declaração, acima mencionada, reconheceu o processo de imigração, mesmo na melhor das circunstâncias, como “um acontecimento exaustivo, que põe os migrantes em risco de se tornarem vítimas de doença”; reconheceu ainda que “pessoas internamente deslocadas estão em maior risco de contrair doenças mentais ou outras doenças tendo em conta os período de longo prazo de desespero e a falta de serviços de saúde adequados” (Conselho da Europa, 2007)¹⁶.

O site do Observatório das Migrações ajuda-nos ainda a refletir sobre a Resolução 61.17 da Assembleia Mundial de Saúde sobre Migrações e Saúde de 2008, como fruto dos trabalhos desenvolvidos na Conferência Europeia em Lisboa “Health and Migration: better Health for all in an inclusive society”. Esta resolução tem em conta as dimensões do processo de migração e como este influencia o estado de saúde dos migrantes, tendo como objetivo fundamental “reconhecer a necessidade de dados adicionais acerca da saúde dos imigrantes e no acesso que fazem aos serviços de saúde de modo a fundamentar políticas baseadas em dados concretos”. Em simultâneo, a Resolução 61.17 procurou ter em conta os determinantes de saúde dos migrantes para o desenvolvimento de políticas intervencionadas, de modo não só a proteger a sua saúde como a garantir a inclusão social dos migrantes na Europa.

Portugal estabeleceu ainda acordos de cooperação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, nos finais da década de 70, com países como Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau e São Tomé e Príncipe¹⁷. Em resultado destes acordos foram definidas quotas anuais para doentes passíveis de receber cuidados de saúde no Serviço Nacional Português, com

¹⁵ As citações referidas pelo Comissário europeu da saúde foram retiradas de um artigo redigido pela RTP em 2007 e pode ser consultado em:
https://www.rtp.pt/noticias/presidencia-uniao-europeia/comissario-europeu-da-saude-defende-maiores-cuidados-para-imigrantes-na-europa_n50346.

¹⁶ Este documento pode ser consultado em:
https://www.coe.int/t/dc/files/ministerial_conferences/2007_health/20071123_declaration_en.asp.

¹⁷ Os acordos estabelecidos com os países mencionados entram em vigor de acordo com o Decreto nº 39/84, 18 de julho, Decreto nº 129/80 de 18 de novembro, Decreto nº 44/92 de 21 de outubro, Decreto nº 35/84 de 12 de julho e ainda o Decreto nº 25/77 de 3 de março, respetivamente.

responsabilidades financeiras compartilhadas entre governo português e os Ministérios de Saúde dos países mencionados¹⁸.

Embora o desafio da integração das populações migrantes em Portugal, bem como nos restantes Estados membros da Europa, seja reconhecido pelos governos e na aplicação de políticas públicas, constitui-se como ferramenta fundamental nas sociedades modernas para a promoção da cidadania ativa e da inclusão social. Os investigadores ainda colocam questões de relevo no que toca à sua mensurabilidade, como veremos de seguida.

O fenómeno da integração é desde há várias décadas considerado um processo multidimensional (Oliveira, 2017: 16), pelo que continua a ser difícil de investigar e comparar dados quantitativos e qualitativos, entre diferentes países europeus no que toca às políticas de integração e linhas orientadoras. A necessidade de criar indicadores comuns de integração para nesse sentido facilitar a recolha e comparação de dados levou a que em 2010, fosse criada a Declaração de Saragoça¹⁹. Esta viria a consolidar entre os Estados-membros indicadores comuns de integração em quatro domínios: emprego, educação, inclusão social e cidadania ativa. Com a Declaração de Saragoça, os ministros representantes dos Estados Membros participantes comprometeram-se a:

“reforçar iniciativas locais e participação cívica investindo em distritos com elevada concentração de imigrantes de modo a criar um sentido de pertença, como um aspeto vital para a participação dos imigrantes em todos os aspetos da vida social, económica e cultural” (Saragoça, 2016)²⁰.

Em Portugal desde 2014, na sequência da Declaração de Saragoça, e da Agenda Comum para Integração de Nacionais de Países Terceiros, o ACM tem sugerido aos municípios a construção dos seus próprios Planos para Integração de Migrantes. A intenção do ACM relativamente aos municípios é precisamente que estes planos estratégicos sejam adaptados às áreas de intervenção com mais elevada presença de migrantes, focando-se no

¹⁸ Informação retirada da plataforma digital do Serviço Nacional de Saúde:

<http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoeFinanciamentoPrestSaude/AcordosInternaceCuidadosSaudeTransfront/Acordos/tabid/398/language/pt-PT/Default.aspx>.

¹⁹ Esta informação foi consultada no website do Alto Comissariado para as Migrações, sob o tema “Operacionalização do conceito de Integração”, poderá ser consultado no seguinte endereço eletrónico: <https://www.om.acm.gov.pt/-/conceptualizacao-da-integracao-e-suas-dimensoes-analiticas>.

²⁰ As resoluções da Declaração de Saragoça podem ser consultadas em: <https://ec.europa.eu/migrant-integration/librarydoc/eu-Zaragoza-integration-indicators-italy>.

desenvolvimento das comunidades locais e interseccionalidade de dados e fluxos de migração, nomeadamente no que toca ao tema do acesso à saúde e utilização dos serviços públicos.

4- Imigração e acesso aos serviços de saúde primários

4.1. Considerações gerais

Como referido no capítulo anterior, desde o final de década de 1970, os fluxos migratórios para Portugal delinearão uma nova paisagem demográfica que viria a influenciar os contornos sociais, culturais e económicos. Com uma afluência bastante significativa na cidade de Lisboa, diversas comunidades imigrantes fixaram-se em eixos como a Avenida Almirante Reis, Alfama, Mouraria e Martim Moniz na busca de oportunidades laborais e implementação dos seus próprios negócios, zonas que, por isso mesmo, têm sido objeto de estudo em várias ciências sociais, contribuindo para dar conta das práticas culturais diversificadas que em Lisboa e do seu papel na capital (Menezes 2010, Frangella 2013, Mapril 2013, Cachado 2017). Estas comunidades foram-se aglomerando e estabelecendo nestes eixos da cidade, bem como nas zonas suburbanas. Em resultado, um conjunto de problemáticas surgiram da necessidade de garantir que os processos de integração fossem apoiados de forma mais sólida, e incluídos nas agendas políticas, sobretudo no contexto do município.

Dos maiores desafios identificados ao nível concelhio foi o impacto que os fluxos migratórios e o processo de integração surtiram na saúde dos imigrantes e ao nível do acesso aos serviços de saúde. Estes desafios estenderam-se à atualidade, agravando a problemática e os obstáculos enfrentados por estas populações, quando recorreram às unidades de saúde e/ou centros hospitalares em Portugal, mais precisamente na cidade de Lisboa.

A maior vulnerabilidade socioeconómica das populações migrantes, traduz-se em condições de trabalho precárias, frágeis condições de habitação, situação documental irregular, limitações na comunicação e falta de informação acerca do funcionamento das instituições, nomeadamente para a saúde, são fatores que têm assumido repercussões no estado de saúde dos imigrantes.

Gomes e Oliveira (2018), no estudo que desenvolveram sob o tema “Migrações e Saúde em números: O caso Português”, referem que:

“Há que considerar a interferência das desigualdades que podem existir entre as populações e as suas condições de vida e que intervêm também no estado de saúde das populações. Neste âmbito deve considerar-se que a vulnerabilidade à doença associa-se também a situações socioeconómicas mais desfavorecidas e que podem refletir piores condições de trabalho e maior exposição à sinistralidade laboral (trabalhos mais arriscados, exigentes e precários), ou

piores condições de habitabilidade e alojamento, pior alimentação e nutrição piores dificuldades de comunicação e compreensão dos sistemas de saúde dos países de acolhimento” (Gomes e Oliveira 2018: 17).

Estes fatores são os que Oliveira e Gomes (2018) definem como determinantes sociais e individuais de saúde, já que se caracterizam pelo perfil sociodemográfico dos indivíduos e das suas comunidades.

Com a mesma relevância, são as condições legislativas e institucionais que determinam o acolhimento que é feito aos imigrantes, que Gomes e Oliveira classificam de “determinantes estruturais de saúde” (2018: 18).

Carballo e Nerurkar (2001), ao se referirem ao processo de imigração e integração, falam da relação de causalidade que a natureza da instabilidade associada à saúde dos imigrantes tem como consequência a suscetibilidade dos indivíduos às dinâmicas sociais e aos ambientes em que vivem, especialmente quando há pouco ou nenhum apoio que compense as atitudes de exclusão, fracas condições de trabalho e de vida (2001: 557).

Em 2015, a Entidade Reguladora para a Saúde (ERS) publicou o estudo “Acesso aos cuidados de saúde por imigrantes” para a compreensão do tema da proteção da saúde dos imigrantes, tendo em conta o enquadramento legal e jurídico em Portugal, fazendo uma análise da concretização do acesso por parte das populações e dos seus direitos e deveres.

Este estudo tem em conta os termos da Constituição da República Portuguesa e a Lei de Bases da Saúde (LBS), que pretende garantir os interesses dos utentes na prestação dos cuidados de saúde de qualidade, tendo como base o artigo 12º dos Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde que assegura a universalidade e equidade no acesso aos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (ERS, 2015: 4).

Em simultâneo, reconhece as variantes que caracterizam as populações imigrantes em Portugal, a diversidade das suas patologias e a necessidade de cuidados individualizados, ainda que seja mencionada:

“A falta de dados sobre acessibilidade, a utilização e a adequação dos serviços de saúde, bem como sobre a satisfação por parte das populações de imigrantes nos serviços e sobre os possíveis problemas no sistema de saúde no contexto nacional e Europeu” (ERS, 2015: 15).

Padilla e Portugal (2007), no artigo “Saúde e migrações: boas práticas na União Europeia” referem também a escassez de informação a este nível, nomeadamente “no que se

refere à epidemiologia como a outros aspetos relevantes da saúde, o estado de saúde e o acesso aos cuidados de saúde” (2007: 145).

4.2. Saúde dos Imigrantes e Oferta de Serviços de saúde - Direitos, Deveres e Constrangimentos

Em Portugal, a criação de bases do Sistema Nacional de Saúde publicada a 29 de Julho de 1978, com o “Despacho Arnaut”²¹ vem oferecer um Serviço Nacional de Saúde acessível a todos os cidadãos, garantindo a aplicação dos fundamentos da universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, bem como comparticipação de medicamentos (SNS, 2016).

Em resultado do Despacho, é publicada em Diário da República a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que viria a cimentar o SNS e a garantia de prestação de cuidados de saúde globais, a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade de contribuir para o sistema da Segurança Social, ou da sua condição socioeconómica. As conceções basilares da prestação de serviços do SNS (2017)²² baseiam-se fundamentalmente nos seguintes princípios, que passo a citar:

- “- Livre acesso e circulação no SNS observados os princípios definidos para a rede de referenciação técnica em articulação com os cuidados de saúde primários;
- Promoção da qualidade dos cuidados de saúde num contexto da humanização e de respeito pelos direitos dos utentes;
- Garantia dos direitos de acesso dos utentes a cuidados de saúde de qualidade em tempo adequado;
- Cumprimento das normas de ética e deontologia profissionais.
- Valorização da educação para a saúde, a literacia e os autocuidados, de forma a permitir que os cidadãos tenham um papel cada vez mais ativo na gestão da sua saúde.”

Embora o princípio da universalidade, previsto pela Constituição da República Portuguesa, para o usufruto do Serviço Nacional de Saúde garantisse a igualdade de acesso a

²¹ O “Despacho Arnaut” consagra “a garantia de cuidados de saúde, em todas as valências, a todos os portugueses independentemente da sua situação económica, social ou geográfica, dando assim cumprimento ao imperativo institucional traçado no artº 64 da Lei Mestra e ao imperativo moral de não permitir que ninguém, dentro dos recursos disponíveis, sofresse ou morresse por falta de assistência médica”. Oliveira e Gomes (2016) *apud* Arnaut, 2015: 4-5.

²² Pode ser consultado no site do SNS: www.sns.gov.pt/reforma-faq/principios-gerais-na-prestacao-de-cuidados-de-saude-enquadramento.

todos os cidadãos nacionais, e que este acesso fosse também aplicável “aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal” (Constituição da República, 1979)²³, não previa o direito formal de proteção da saúde de cidadãos migrantes de países extracomunitários fora do regime de reciprocidade em situação regular ou irregular, em território nacional.

Só no início do século XXI, “com o aumento substantivo da imigração em Portugal, crescimento da diversidade de nacionalidades e do número de residentes estrangeiros no país” (Oliveira e Gomes, 2018), foi necessário reconsiderar as condições que permitiam às populações migrantes em Portugal receber cuidados de saúde através do SNS, nomeadamente no caso dos imigrantes oriundos de países terceiros. Estando a universalidade do sistema de saúde intimamente ligado à equidade, já que se refere à igualdade de utilização dos serviços e direito a tratamentos em condições análogas para todos os cidadãos, ainda persistem situações de desigualdade consideráveis. Estas são mais patentes entre as populações migrantes, as minorias étnicas e outros grupos vulneráveis devido às fragilidades do sistema (Padilla, 2013: 51).

É com o Despacho n.º 25360/2001 de 12 de Dezembro, que fica definido, mediante apresentação de um comprovativo de residência (contrato de arrendamento ou Atestado da Junta de Freguesia emitido pelas juntas de freguesia), que os imigrantes portadores de Autorização de Residência ou visto de trabalho em Portugal passam a ter acesso ao Serviço Nacional de Saúde, em igualdade de direitos ao dos outros utentes do SNS, bem como aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa prestada pelas instituições e serviços que constituem o SNS (Diário da República, 2001)²⁴.

As mesmas condições de acesso abrangem também os imigrantes em situação irregular que possam comprovar a sua permanência no país há pelo menos 90 dias (mediante apresentação de Atestado da Residência), ainda que fiquem sujeitos ao pagamento das despesas efetuadas e respetivas taxas moderadoras e não sejam integrados no SNS como utentes com um número de identificação. Mesmo em situação irregular, ficam isentos de pagamento de despesas os imigrantes portadores de doenças ou condições físicas que constituam risco para a saúde pública. De acordo com o Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros (2014) ainda em vigor, constituem-se as

²³ A Lei n.º 56/79 de setembro de 1979 é criada em resultado do “Despacho Arnaut” (ver nota 8).

²⁴ Pode ser consultado no Diário da República Eletrónico: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/3622857/details/normal?q=Despacho+n.%2025360%2F2001>.

seguintes situações: prestação de cuidados de saúde vitais, doenças transmissíveis que representem perigo para a saúde pública (como nos caso de portadores de VIH e tuberculose), vacinação (em concordância com o Programa Nacional de Vacinação), casos de exclusão social ou carência económica, sendo comprovado por entidades competentes, cuidados na saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, inclusive consultas de planeamento familiar, acompanhamento da mulher durante a gravidez, no pós parto e puerpério e interrupção voluntária da gravidez.

Ficaram ainda albergados pelo Despacho nº 25360/2001 os estrangeiros a residir em Portugal por via de Reagrupamento Familiar, caso o requerente contribua para a Segurança Social e menores residentes em Portugal, mesmo que não sejam portadores de Autorização de Residência²⁵.

A concessão do Número de Utente do Serviço Nacional de Saúde para estrangeiros passa a ser possível para aqueles que possuam uma autorização de residência e uma inscrição temporária ou esporádica para aqueles que não se encontrem em situação irregular.

Após o encerramento do período extraordinário de regularização de imigrantes em Portugal em 2001 e dos “Processos dos CTT” em 2005, referido por exemplo por Padilla e Ortiz no estudo “Fluxos Migratórios em Portugal: *Do Boom migratório à desaceleração no contexto de crise. Balanços e Desafios*” (2012), em 2007 é aprovado um novo regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros em Portugal que prevê a regularização de imigrantes em situações de permanência específicas, como no caso de Reagrupamento Familiar.

Ainda ao abrigo da Lei nº 23/2007²⁶, com carácter excecional e oficioso, entram em vigor as alíneas n.º 2 do artigos 88º e 89º da Lei de Estrangeiros (Autorização de Residência para o exercício de atividade profissional subordinada e Independente, respetivamente), de modo a enquadrar juridicamente, o processo de regularização de imigrantes que trabalhavam em Portugal, mas que se encontravam em situação irregular, sujeitos a trabalhos precários e à exploração pelas entidades patronais, por falta de garantia de direitos laborais e de benefícios por parte do sistema da Segurança Social, para o qual contribuíram. Estas circunstâncias ainda são identificáveis na atualidade, sobretudo na agricultura, construção, trabalho doméstico, restauração e hotelaria.

²⁵ Nos termos definidos pelo Decreto Lei nº67/2004, de 25 de março.

²⁶ Lei nº 23/2007, de 4 de julho.

A fragilidade inerente à condição de ser imigrante não é somente resultado da experiência migratória mas está relacionada também com uma situação socioeconómica mais precária, à marginalização, à ilegalidade e à falta de apoio social adequado: condições que, na perspectiva de Chiara Pussetti *et al.* (2009) causam pressão psicológica, além de constituírem fatores de risco sanitário no seu sentido amplificado (como por exemplo altas taxas de traumatismos e incidentes de trabalho) (Pussetti *et al.* 2009: 30).

Embora o acesso à saúde em Portugal, como em grande parte dos Estados Membros da Europa, garanta a universalidade, proteção à saúde e acessibilidade a cuidados de saúde, como já foi dito, muitas vezes as populações de imigrantes não usufruem dos sistemas disponíveis, nem de tratamentos adequados, seja por desconhecimento relativamente aos seus direitos, seja por desconhecimento dos pormenores legislativos por parte dos profissionais que recebem os imigrantes nas instituições de saúde (hospitais e centros de saúde), seja ainda por medo de represálias no caso de se encontrarem irregulares, nomeadamente o receio de expulsão do país de acolhimento (FRA, 2011)²⁷.

Em Portugal, quando não são portadores de Autorização de Residência, as populações imigrantes ficam sujeitas ao pagamento total das taxas moderadoras²⁸ para o acesso aos cuidados de saúde primários, seja na solicitação de uma consulta no Centro de Saúde (na área de residência), seja no atendimento e observação nos serviços de urgência. Ou seja, além do pagamento comum a todos os cidadãos das taxas normais, os cidadãos que não estão inseridos no SNS ou que não possuem número de utente, ficam sujeitos a taxas moderadoras elevadas²⁹.

²⁷ Este relatório da European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) adereça questões relacionadas com a dignidade humana e cuidados de saúde em 10 países membros da União Europeia. Pode ser consultado em: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1771-FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf.

²⁸ De acordo com o Administração Central do Sistema de Saúde relativamente às taxas moderadoras estas "devem ser pagas no momento da apresentação do utente na consulta, admissão na urgência ou realização da sessão de hospital de dia ou, ainda, no momento da realização de atos complementares de diagnóstico e terapêutica. A taxa moderadora devida pela realização da consulta no domicílio deve ser paga no momento em que a entidade responsável pela cobrança considerar mais adequada ao seu funcionamento interno". Informação consultada em acss.min-saude.pt a 20/06/2019.

²⁹ Para fundamentar as despesas elevadas associadas a cuidados de saúde e cobrança de taxas moderadoras, pode ser lida numa recomendação da Provedoria de Justiça, a Recomendação n.º 11 /B/2012 (art.º 20.º, n.º 1, b), da Lei n.º 9/91, de 9 de abril) assinala que "(...) Num contexto de grandes dificuldades económicas e de redução dos rendimentos, as quantias ora estabelecidas, embora sempre abaixo do limite abstrato acima enunciado, têm no mínimo elevado potencial de se constituírem como demasiado elevados numa miríade de situações, constituindo um impedimento ou restrição do acesso

Os indivíduos que necessitam de cuidados de saúde e respetivos tratamentos, muitas vezes não possuem disponibilidade económica para o pagamento destes serviços devido à situação de precariedade laboral, consequência do seu estatuto legal em Portugal, e considerando o salário mínimo laboral estipulado por lei, que, uma grande amostra dos imigrantes recebe no exercício das suas atividades laborais.

Uma vez que o pagamento da taxa moderadora é muitas vezes cobrado no ato do pedido de observação, por exemplo nos Serviços de Urgência, os imigrantes, que se encontram em situação irregular, confrontados com o valor inicial para poder dar entrada ao procedimento de triagem e diagnóstico num ato de urgência Polivalente ou Médico - Cirúrgica, acabam por desistir de prosseguir com o ato médico e abandonar o serviço, recorrendo a medicinas ditas “alternativas” que já conheciam e recorriam nos países de origem, situação que foi encontrada junto da população estudada e também referida por exemplo, por Dias e Gonçalves (2007).

No estudo desenvolvido em 2011 pela European Union Agency For Fundamental Rights (FRA) sob o tema “ Migrantes em situação irregular: Acesso à Saúde em 10 Países da União Europeia”³⁰ e assente nos contextos da saúde materna, da saúde infantil, saúde mental e tratamento de doenças crónicas, em resultado das 221 entrevistas conduzidas a imigrantes em situação irregular, profissionais de saúde, autoridades públicas e sociedade civil de saúde, foram identificadas cinco grandes desafios na prestação e obtenção de cuidados médicos.

Os custos associados aos cuidados prestados e a complexidade dos procedimentos no que toca a reembolsos; desconhecimento de direitos que assistem aos imigrantes por parte dos mesmos e dos profissionais e dos técnicos de saúde; a insegurança associada ao medo de detenção pela informação que pode ser disponibilizada aos serviços de imigração; a qualidade e continuidade dos cuidados de saúde; e ainda o poder discricionário exercido pelas autoridades de saúde públicas. Estes desafios foram identificados na generalidade dos serviços de saúde dos países em questão.

Sónia Dias e Aldina Gonçalves (2007) no artigo “Migração e Saúde” publicado no 1º número da *Revista Migrações*, sublinharam desafios similares no acesso aos serviços de saúde públicos àqueles identificados pelo relatório anteriormente referido, de que é exemplo o desconhecimento da legislação aplicável por parte dos profissionais de saúde que se traduz na

ao SNS por parte de determinados utentes que se encontrem, por vezes por pouco, acima da condição de insuficiência económica.”

³⁰ O estudo desenvolvido pela European Union Fundamental Rights Agency (FRA) identificou práticas e procedimento exercidos nos sistemas nacionais de saúde dos seguintes países: Bélgica, Alemanha, Irlanda, Grécia, Itália, Polónia, Espanha, Hungria, Suécia e França.

exclusão dos imigrantes deste sistemas, as limitações financeiras associadas às Instituições de saúde públicas nos países de acolhimento, bem como a escassez de recursos disponíveis que podem no pior dos casos:

“Condicionar a adequação e/ou eficácia das respostas às necessidades de saúde das populações imigrantes. Um dos aspetos a referir diz respeito às infraestruturas e funcionamento dos serviços de saúde nomeadamente a distância, o horário e os tempos de espera. O comportamento dos administrativos e profissionais de saúde é outro dos fatores que pode ser determinante no uso dos serviços.” (Dias e Gonçalves, 2007: 20)

No mesmo artigo, as autoras citam Wolffers *et al.* (2003), para descrever a experiência de “discriminação e estigmatização” a que as populações imigrantes estão sujeitas e que são “socialmente produzidas e associadas à situação de imigrante (sobretudo irregular)” podendo “condicionar o acesso à informação e à utilização dos serviços de saúde” (2007: 20).

Noutras análises desenvolvidas no mesmo enquadramento, como é exemplo o estudo “Atitudes e Representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes” de Sónia Dias *et al.* (2018), com foco nas comunidades migrantes residentes em Portugal são reconhecidas barreiras relevantes que condicionam o usufruto destes serviços em igualdade de direitos e a prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde e que se agravam pelas dissemelhanças socioculturais entre pacientes e/ou profissionais de saúde.

As características socioculturais das diversas comunidades migrantes exigem algum conhecimento e sensibilidade para os seus códigos culturais. Para que a prestação de cuidados médicos seja otimizada e respeite o *background* cultural, sem assunções preconcebidas, é importante a adoção de um atendimento transcultural que atue como metodologia de aproximação, de encontro entre ambas as partes. Essa atitude deve apresentar-se como procedimento para a otimização dos serviços que ofereçam este tipo de resposta aos utentes imigrantes (Silva e Martingo, 2007: 156).

Silva e Martingo (2007), referem ainda que:

“Ter consciência que o outro será necessariamente diferente de nós, ter a abertura para o ouvir e ver através de umas lentes destituídas de preconceitos, será o primeiro passo para a vivência da interculturalidade quer nos serviços de saúde, quer noutros serviços que lidam com populações migrantes.”

Inerente a este aspeto é o papel que a comunicação representa na relação entre paciente imigrante, técnico ou profissional de saúde e na qualidade dos serviços/tratamentos prestados. As barreiras linguísticas têm sido associadas a constrangimentos no acesso aos serviços de saúde. Vários estudos reportam associações negativas que persistem na barreira linguística e no número de visitas aos serviços de saúde (Derose e Baker, 2000; Feinberg et al., 2002; Jacobs et al., 2001 *apud* Yeo, 2014: 64).

Deste modo, revela-se novamente importante a mediação entre os prestadores destes serviços e os seus pacientes, para colmatar os possíveis desentendimentos linguísticos que possam surgir tanto na informação relativa ao funcionamento dos serviços fornecidas pelos técnicos de saúde, numa primeira fase de utilização, como também em termos de perceção mútua, de sintomas expressos, de patologias diagnosticadas e adesão a tratamentos. Ainda sob este argumento, a mediação sociocultural, linguística e transcultural, pode ser nestes casos determinante para a forma como os pacientes imigrantes utilizam os serviços, confiando nos meios de que dispõem. Também, estes tipos de mediação podem atuar de forma positiva para a qualidade da saúde destes pacientes e desbloquear constrangimentos burocráticos, já que promove uma comunicação clara entre ambas as partes. Tanto a nível linguístico, como a nível de apreensão de tradições e costumes culturais, o impacto que um atendimento transcultural pode ter na experiência que o paciente imigrante tem dos serviços é determinante para que o acesso e utilização dos serviços seja mais inclusivo.

5. Estudo de caso: o Projeto “Saúde sem Barreiras”

5.1. Enquadramento do estudo de caso “Saúde sem Barreiras”

O estudo de caso “Saúde sem Barreiras”, é resultado de um projeto promovido pelo Alto Comissariado para as Migrações e desenvolvido por uma associação local focada no apoio sociocultural e integração de imigrantes em Portugal. Localizada no centro da capital e tendo como eixo de atuação toda a Área Metropolitana de Lisboa, a Associação Solidariedade Imigrante - Associação para a defesa dos Direitos dos Imigrantes - desenvolveu este estudo no decorrer do ano de 2018, tendo tido a duração de 12 meses consecutivos. Este estudo teve como objetivo promover uma das principais causas da organização, isto é, de defesa dos direitos fundamentais dos imigrantes em território nacional, de fomentação da igualdade de oportunidades, assim como de combate e denúncia de situações de discriminação baseadas na etnia, nacionalidade, género e religião, tendo particular enfoque nas questões de acesso à saúde. Esta organização procura também proporcionar a integração multidisciplinar de migrantes recém-chegados a Portugal, assim como pessoas com períodos mais longos de permanência, prestando apoio em diversas áreas.

Este projeto abrangeu imigrantes de diversas nacionalidades, sobretudo africanos, asiáticos e sul-americanos (quase exclusivamente Brasileiros), com percursos migratórios diferenciados, numa grande maioria em processo de regularização da permanência em Portugal. Muitas vezes indocumentadas, estas pessoas encontravam-se impossibilitadas de exercer os seus direitos na sociedade de acolhimento e nos sistemas em que estão inseridas; estão concentradas na sua subsistência económica e das suas famílias, já que não podem exercer uma cidadania plena e se vêm muitas vezes excluídas no acesso a bens, serviços e recursos fundamentais.

Exercem na grande maioria das vezes trabalhos precários e encontram-se sujeitos a situações de exploração laboral, discriminação, xenofobia e violação de direitos fundamentais.

Existe uma clara falta de informação por parte das pessoas que procuram a Associação Solidariedade Imigrante (SOLIM) acerca dos seus direitos e deveres, em vários aspetos do processo de integração, inclusive nas questões que se referem ao acesso à saúde.

São comuns os casos de isolamento social e cultural, escassez de recursos e falta de qualificações profissionais. A falta de conhecimento da língua portuguesa também representa um entrave no processo de adaptação e compreensão da informação que lhes é prestada nos

serviços públicos, assim como a compreensão dos processos burocráticos e do funcionamento dos equipamentos institucionais a que podem recorrer. A Associação Solidariedade Imigrante apresenta-se como uma organização que presta apoio nestes processos de integração e capacita as diferentes populações na compreensão dos mecanismos públicos nacionais, dos seus acessos e ainda dos procedimentos burocráticos inerentes à sua inserção, quer seja no mercado de trabalho, a nível de regularização no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), na área do acesso à saúde e educação, segurança social, finanças, entre outros aspetos. Para além do concelho de Lisboa, a Solidariedade Imigrante recebe utentes de outros concelhos e distritos de Portugal, como da Amadora, Loures, Odivelas, Oeiras, Cascais, Sintra e ainda do distrito de Setúbal como de Almada, Barreiro, Montijo, Seixal e Moita, e ainda pessoas que residem em áreas como o Porto, Braga, Santarém, Alentejo e Algarve.

No domínio da saúde, e no decorrer dos atendimentos prestados ao público na SOLIM, são muitos os relatos sobre a dificuldade de aceder ao SNS, em muitos casos por não serem portadores de uma Autorização de Residência. Sendo a saúde uma questão primária no que toca à garantia dos Direitos Humanos, e considerando um conjunto de questões que se colocavam no âmbito dos atendimentos prestados pela associação, por mediadores socioculturais, mostrou-se relevante fazer um levantamento de problemáticas que os utentes desta ONG enfrentavam no recurso ao sistema público de saúde.

Para que fosse possível reconhecer as situações mais recorrentes e apresentar possíveis soluções que permitissem um acesso pleno das populações imigrantes aos sistemas de saúde nacionais, foi submetida, em finais de 2017, uma candidatura ao Programa de Apoio ao Associativismo Imigrante (PAAI), com a finalidade de obter uma verba que permitisse à organização desenvolver um projeto com duração de um ano, com enfoque nas questões de saúde dos imigrantes.

Este projeto, que viria a ser designado de “Saúde sem Barreiras”, comprometeu-se a identificar as principais problemáticas de teor legal e/ou administrativo que os imigrantes utentes da Associação Solidariedade Imigrante enfrentam no acesso aos serviços e cuidados vitais, capacitando-os com informação útil para o exercício pleno dos seus direitos e deveres, e ainda a sensibilizar os diferentes *stakeholders* para as questões que viriam a ser identificadas no decorrer do projeto.

O “Saúde sem Barreiras” foi estabelecido em parceria com o Grupo de Teatro Oprimido de Lisboa (GTO Lx) e promovido pelo ACM em três fases e atividades distintas que se complementaram entre si. Numa primeira fase, que teve início em fevereiro de 2018,

procedeu-se ao atendimento individualizado a cidadãos imigrantes, concomitantemente ao atendimento geral, ajustado a cada caso e focando-se no estado de saúde dos utentes da associação, prestando informação básica de como aceder ao Serviço Nacional de Saúde e ainda reconhecer problemáticas identificadas por estes e pelos mediadores, no caso de o acesso já ter sido tentado anteriormente ao atendimento na associação. A segunda fase corresponde ao inquérito. No atendimento geral, foram contabilizados 3.586 atendimentos a cidadãos de 54 nacionalidades distintas e de 4 continentes, de fevereiro a novembro de 2018. Dos atendimentos prestados, procedeu-se à aplicação de um inquérito a 300 indivíduos imigrantes e foram estes os dados que foram analisados no final do projeto e que analisaremos em seguida, tal como referido na metodologia. A intenção, por parte da equipa, na aplicação destes inquéritos foi a de reconhecer se ocorriam práticas de exclusão dos cidadãos ao direito de acesso à saúde ou se existia de facto uma prática de equidade na prestação destes serviços e respetivos cuidados, do ponto de visto do setor público. Silvestre (2010) menciona no seu estudo acerca da equidade na saúde que:

“A abordagem da Organização Mundial de Saúde do conceito de equidade em saúde assenta nos princípios de justiça e dos direitos humanos, enaltecendo que o Direito à Saúde é um dos direitos fundamentais definidos pela OMS desde 1946” (Silvestre 2010: 6).

Refere ainda, que de acordo com a OMS (2006):

“não existem razões biológicas para a existência de desigualdades em saúde e é evidente que, mesmo as diferenças sistemáticas nos estilos de vida entre os diversos grupos socioeconómicos são principalmente derivadas de fatores culturais ou sociais.”

Foi nesta lógica de reconhecer desigualdades na saúde, e de que modo os aspetos sociais e culturais das comunidades influenciavam a prestação dos atendimentos e cuidados de saúde que colocámos algumas possibilidades de partida. As hipóteses colocadas inicialmente foram fruto de um *focus group* constituído por 11 elementos de diferentes faixas etárias e de nacionalidades distintas (Cabo Verde, Bangladesh, Nepal, São Tomé e Príncipe, Índia, Paquistão, Argélia e Brasil). A criação deste grupo de foco revelou-se necessária numa fase inicial do projeto, para que fosse feito um apuramento de problemáticas e das suas circunstâncias, relatadas por utentes no decorrer dos atendimentos. Para este efeito, e sendo relevante convocar um grupo de pessoas heterogéneo, que efetivamente tivessem manifestado algum tipo de barreira ao tentar integrar e/ou usufruir do Serviço Nacional de Saúde, convidaram-se também alguns técnicos na área da mediação sociocultural, da prevenção, dos

cuidados de saúde e da medicina, para pudessem ser esclarecidos e solucionados obstáculos numa dinâmica de bi-unicidade.

Estando definidas as hipóteses iniciais, fruto do diálogo entre elementos do *focus group* e técnicos convidados, surgiu, numa terceira fase, a ideia de criar uma plataforma que permitisse às populações imigrantes aceder a informação fidedigna e dela pudessem fazer uso para reafirmar os seus direitos e deveres em matéria de acesso e utilização dos serviços de saúde.

5.2. Análise dos dados recolhidos

Como já referido, os inquéritos foram aplicados entre fevereiro e outubro de 2018 a exatamente 300 indivíduos. Deste universo, 72% dos inquéritos foram aplicados a indivíduos do sexo masculino e 27% do sexo feminino³¹ (estes dados podem ser verificados na figura 5.1). A razão pela qual grande parte da amostra é constituída por homens, deve-se ao facto de no processo de imigração, de modo geral e para Portugal, os homens (em idade ativa) serem os primeiros do agregado familiar a imigrar do país de origem para o país de destino³² para garantir algumas condições básicas de subsistência (regularização, trabalho e habitação) para que *a posteriori* reunifiquem as suas famílias.³³

³¹ 1% da amostra não preencheu a secção do inquérito que definia o género.

³² Embora num relatório da Cáritas International “The Female Face of Migration”, defenda o crescimento do peso das mulheres nos fluxos migratórios globais. Baseado nos dados da International Migration and Human Rights ressalta que “Homens e Mulheres demonstram comportamentos migratórios diferenciados, diferentes oportunidades e têm de lidar com diferentes riscos e desafios, nomeadamente vulnerabilidade de direitos humanos, abusos, exploração, discriminação e risco específicos para a saúde. Por conseguinte, tem-se tornado evidente que a migração não é um fenómeno neutro em relação ao género.”

³³ A Lei de Estrangeiros prevê o direito ao Reagrupamento Familiar, para aqueles que se encontram em situação regular e a residir em Território Nacional e queiram reunificar familiares com quem detenham laços sanguíneos em linha reta, de forma ascendente ou descendente, através do artº 98 alínea 1 ou 2. Lê-se na legispédia do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, no que se refere à alínea 1: “O cidadão com autorização de residência válida tem direito ao reagrupamento familiar com os membros da família que se encontrem fora do território nacional, que com ele tenham vivido noutra país, que dele dependam ou que com ele coabitem, independentemente de os laços familiares serem anteriores ou posteriores à entrada do residente.” A alínea 2 do artº 98 refere-se ao mesmo direitos, para familiares que já se encontram em Território Nacional.

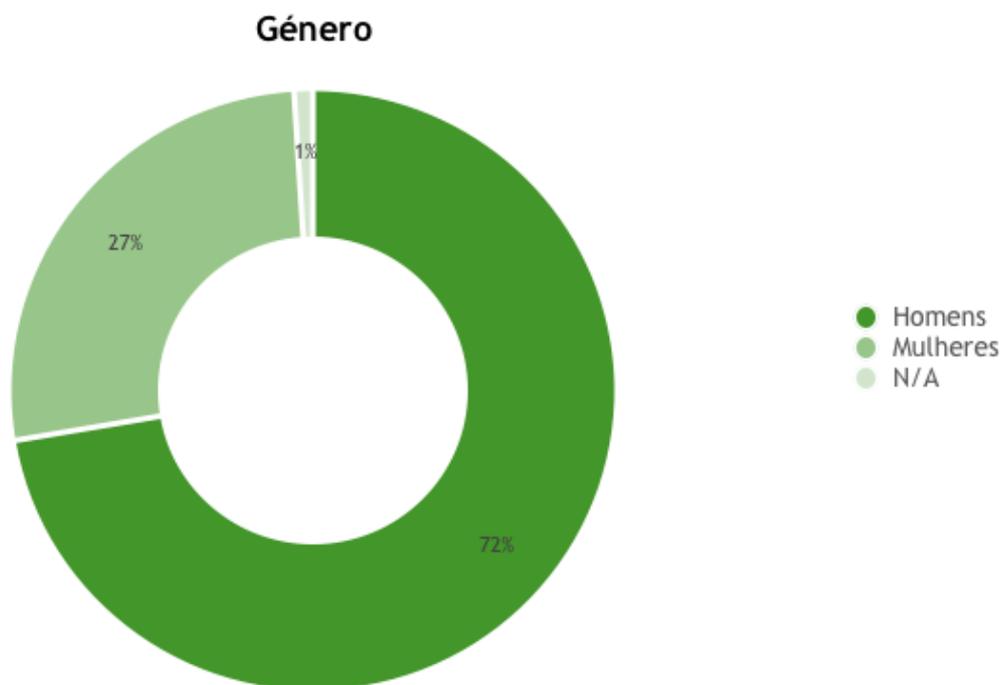


Figura 5.1. Universo dos inquiridos em função de género. Fonte: dados do projeto produzidos para a SOLIM

Em termos de países de origem e nacionalidades, como pode ser observado na Figura 5.2, a maior parte da amostra de indivíduos entrevistados é de nacionalidade indiana (cerca de 21%), seguindo-se cidadãos nepaleses (18%), bangladeshianos (16%), cabo-verdianos (13%) e guineenses (12%). Numa amostra mais diminuta, mas ainda assim representativa, responderam a este inquérito indivíduos de nacionalidade paquistanesa (4%), brasileira (4%) e angolana (4%).

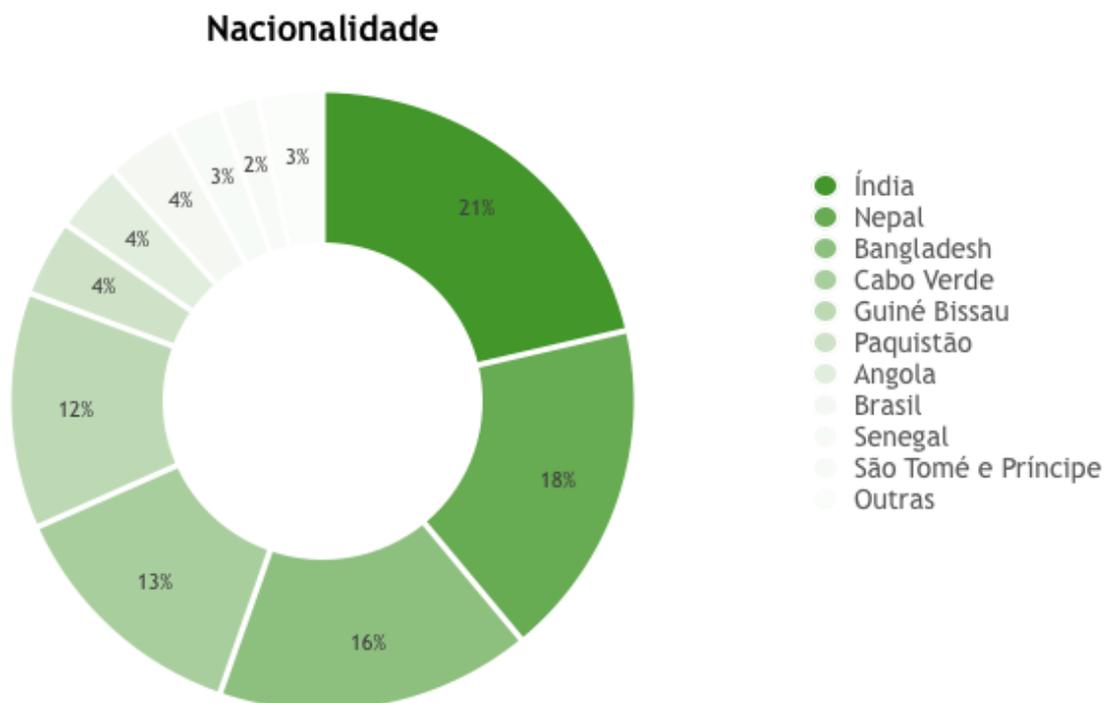


Figura 5.2. Percentagem de inquiridos em função do seu país de origem. Fonte: dados do projeto produzidos para a SOLIM

Cerca de 85% dos inquiridos tinham chegado a Portugal há menos de 5 anos, sendo que 13% teriam chegado num período compreendido entre 5 e 10 anos. Apenas 2% tinham chegado e se estabelecido em Portugal há mais de uma década (Figura 5.3). Neste caso é importante esclarecer que aqueles que se encontram em Portugal há mais de 5 anos, recorrem à Solidariedade Imigrante em menor percentagem, uma vez que muitas destas pessoas já obtiveram o seu título de residência ou até passaporte português, pelo que se encontram em igualdade de direitos com os cidadãos nacionais. Os desafios no âmbito da saúde não são tão comuns entre indivíduos que já se encontram cá há pelo menos cinco anos.

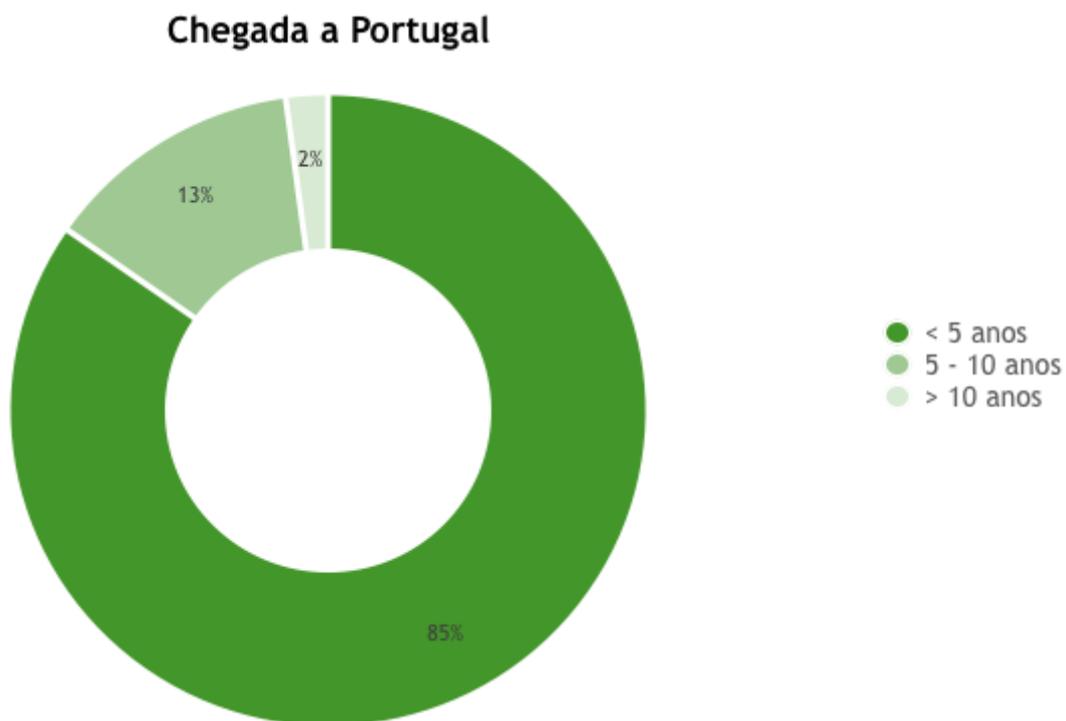


Figura 5.3. Imigrantes em função do período de chegada a Território Nacional. Fonte: dados do projeto produzidos para a SOLIM

A Figura 5.4. refere-se a um fator que considerámos determinante no livre acesso ao Serviço Nacional de Saúde e na qualidade dos serviços prestados, que se trata do facto de os indivíduos serem portadores, ou não, de Autorização de Residência. Caso não o fossem, no Serviço Nacional de Saúde, como em vários outros serviços do sector público, o seu acesso tendeu a ser condicionado e determinado pelo seu estatuto de “irregular” ou de “indocumentado”. No total, 92% dos inquiridos disseram não ser titulares de Autorização de Residência em Portugal (embora praticamente todos exerçam algum tipo de atividade profissional, ainda que este dado não tenha sido contabilizado quantitativamente) e apenas 9% encontravam-se de facto com a sua documentação regularizada.

Autorização de Residência

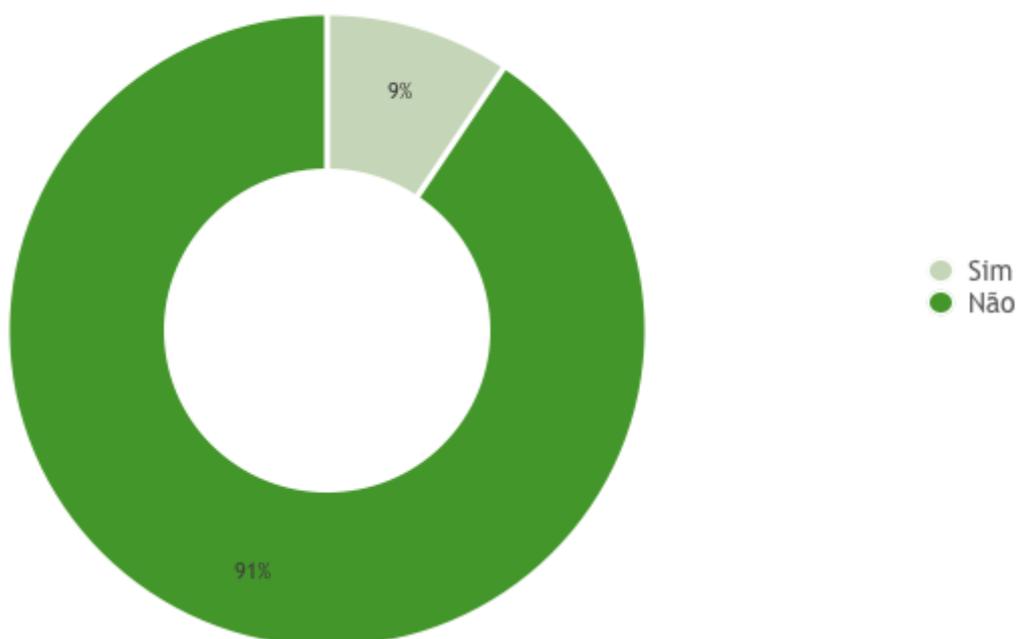


Figura 5.4.: Gráfico representativo dos imigrantes portadores de autorização de residência e daqueles que ainda se encontram em situação irregular.

Fonte: dados do projeto produzidos para a SOLIM

Do total de indivíduos, 78% (Figura 5.5.) sentiu a necessidade de recorrer aos serviços médicos ao dispor, nos equipamentos de saúde designados às suas áreas de residência, enquanto que os restantes 22% não procuraram qualquer cuidado até à data de aplicação do inquérito, o que não implica que não tenham necessitado. No entanto nunca se dirigiram a qualquer unidade de saúde. Em determinadas situações, tivemos conhecimento de que, embora algumas pessoas sentissem sintomas de doença e algum tipo de desconforto físico, não consideraram a possibilidade de se dirigir a algum centro de saúde ou unidade hospitalar da sua área de residência, recorrendo a medicinas alternativas, que tinham por hábito recorrer nos países de origem e no seio das suas comunidades, em alternativa à medicina convencional.

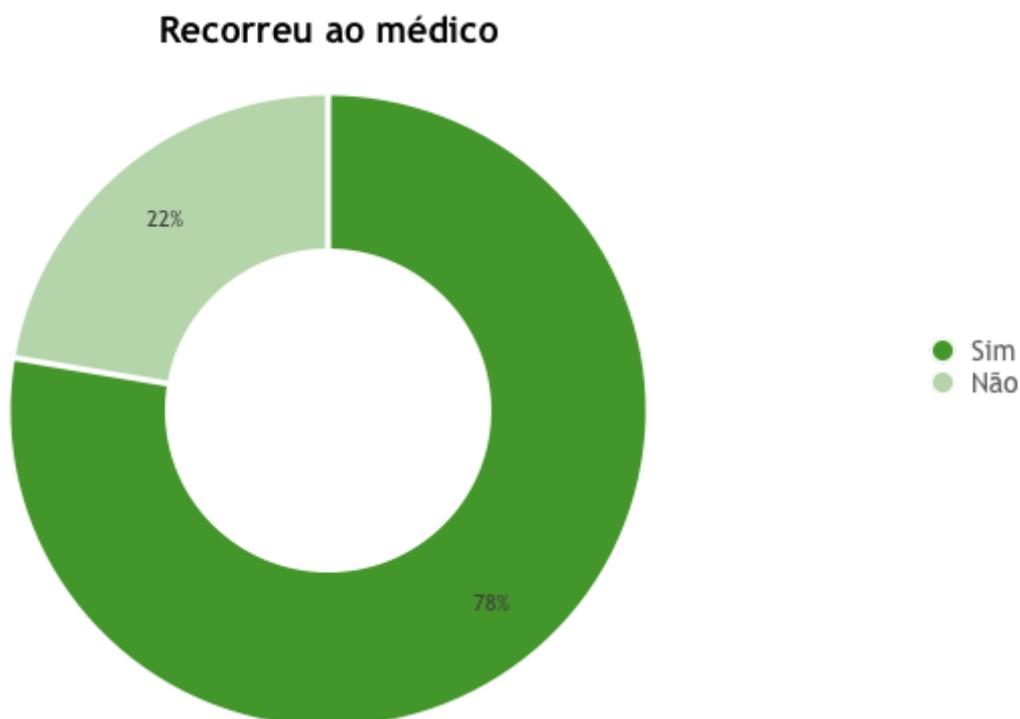


Figura 5.5. Percentagem de indivíduos imigrantes, que procuraram cuidados de saúde em Portugal, de modo geral. Fonte: dados do projeto produzidos para a SOLIM

Em referência às condições socioeconómicas da população em causa, 83% das pessoas recorreram ao Serviço Nacional de Saúde (Figura 5.6.) à procura de cuidados médicos, 11% tanto recorreram ao SNS como a instituições privadas e apenas 3% recorreu apenas a clínicas privadas. Estes 3% dos inquiridos, em muitos casos, foram utentes que vieram para Portugal com um programa de seguro de saúde feito antes da chegada ao país de acolhimento, o que lhes permitiu a utilização e usufruto de cuidados de saúde, diagnósticos, tratamentos e exames complementares em instituições privadas predefinidas pelos planos de seguro em Portugal.

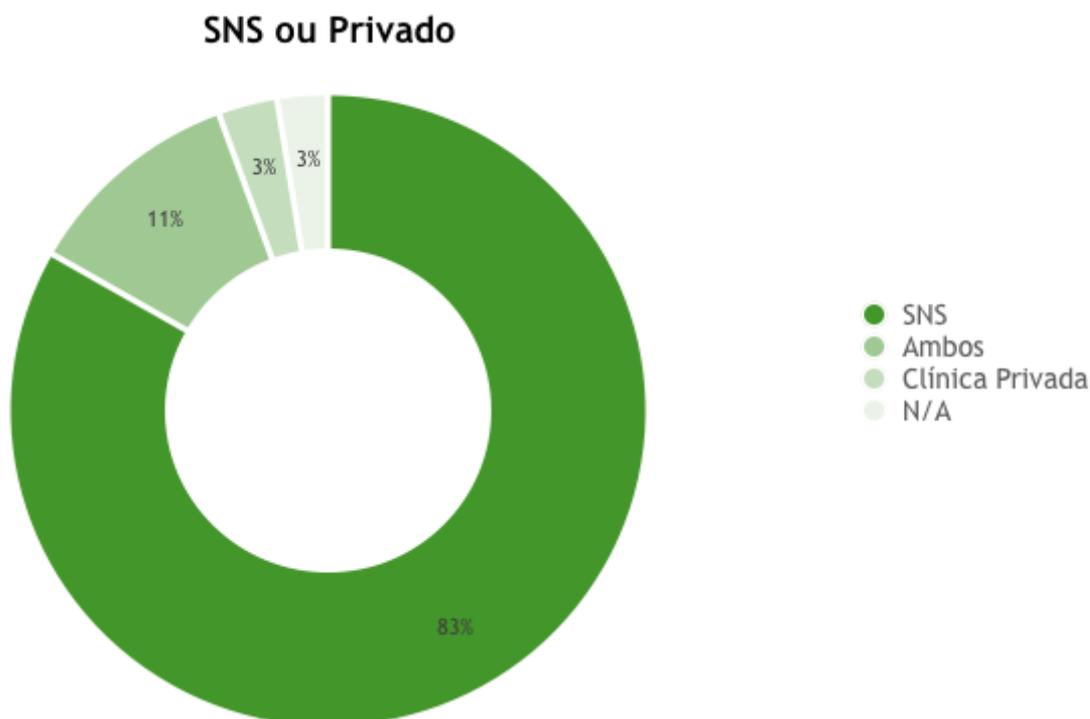


Figura 5.6. Indivíduos (%) que sentiram a necessidade de recorrer a serviços de saúde públicos, privados ou a ambos. Fonte: dados do projeto produzidos para a SOLIM

Dos quase 300 cidadãos imigrantes em causa neste estudo e que responderam “sim”, relativamente a terem procurado algum cuidado médico (Figura 5.5.), 56% optaram por ir ao Centro de Saúde (Figura 5.7.), isto porque é no Centro de Saúde que se podem registar no Serviço Nacional de Saúde e obter o seu nº de utente, caso a ele tenham direito, de acordo com a legislação em vigor. Quase um terço, 30%, recorreu aos serviços de urgência de um Hospital. A situação que explica mais vezes este recurso, é que verificámos uma amostra significativa de pessoas que tentaram fazer o seu registo no Centro de Saúde e fazer um pedido de consulta, mas pelo facto de não lhes ser atribuído o número de identificação de utente (por não serem portadores de título de residência ou visto de trabalho), eram “alocados” no sistema de pacientes “sem médico” e por isso, sujeitos a longos tempos de espera (meses) para atribuição de uma consulta. Dirigiram-se então aos serviços de urgência hospitalar em busca de diagnóstico e cuidados. Ainda assim, houve casos em que os cidadãos imigrantes relataram que, ao chegar aos serviços de urgência eram-lhes cobradas taxas moderadoras no valor aproximado de 100 euros. Em muitos destes casos, as pessoas desistiram de procurar assistência médica e abandonaram as instalações, mantendo os sintomas e patologias que careciam de vigilância e acompanhamento, sendo que houve

situações que se agravaram e outras que as pessoas acabaram por procurar novamente assistência médica.

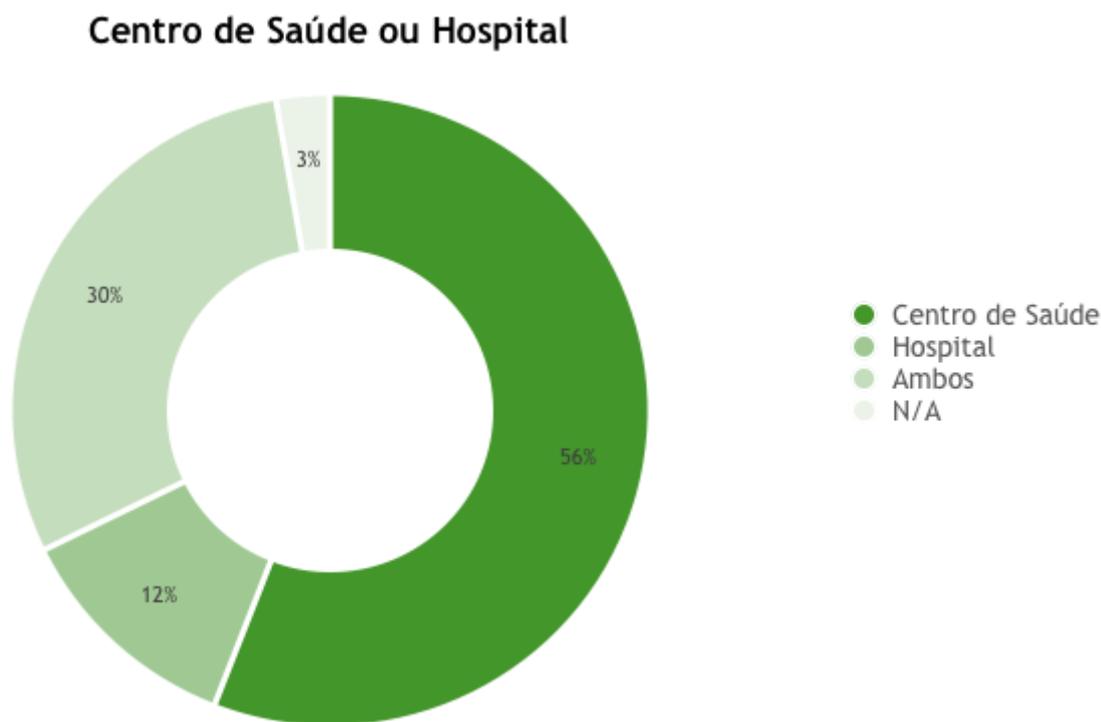


Figura 5.7. As instituições de saúde estatais a que os indivíduos recorreram em função das suas necessidades. Fonte: dados do projeto produzidos para a SOLIM

Na Figura 5.8. podemos verificar que 63% dos inquiridos não detinham um número de identificação de utente, sendo que 36% efetivamente possuíam esse número. Este aspeto despertou uma questão fundamental relativamente ao fator de discricionariedade dos serviços de saúde primários. Se inicialmente se verificou que 91% dos inquiridos não detinham uma autorização de residência, pelo que lhes era privado o direito de atribuição de um registo de utente no Serviço Nacional de Saúde, esperava-se que 91% dos inquiridos não fossem portadores deste número de identificação. No entanto não foi o que se verificou, considerando que 9% dos inquiridos eram detentores de Autorização de Residência e que por este motivo estão incluídos nos 36% de portadores de um número de identificação de utente, desta percentagem 26%³⁴ tratavam-se de cidadãos imigrantes que, embora não se encontrassem em situação regular, tinha-lhes sido atribuído um nº de utente.

³⁴ Estimamos 26%, tendo em conta a margem de erro de 1% representativa dos indivíduos que não responderam à questão.

Tem nº de utente do SNS

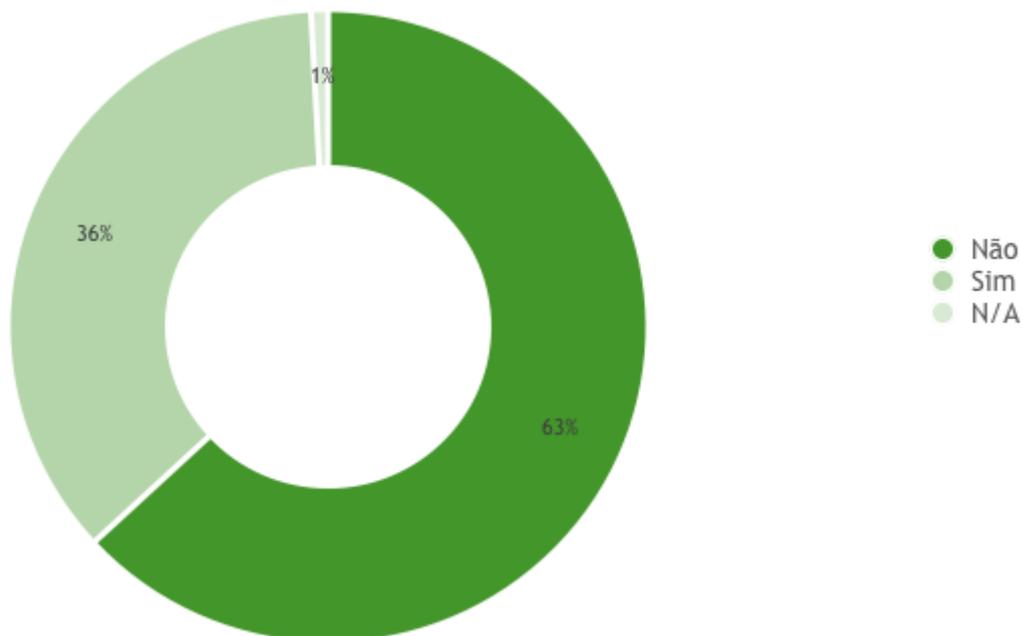


Figura 5.8. Universo dos inquiridos portadores, ou não, de nº de Identificação de Utente do SNS. Fonte: dados do projeto produzidos para a SOLIM

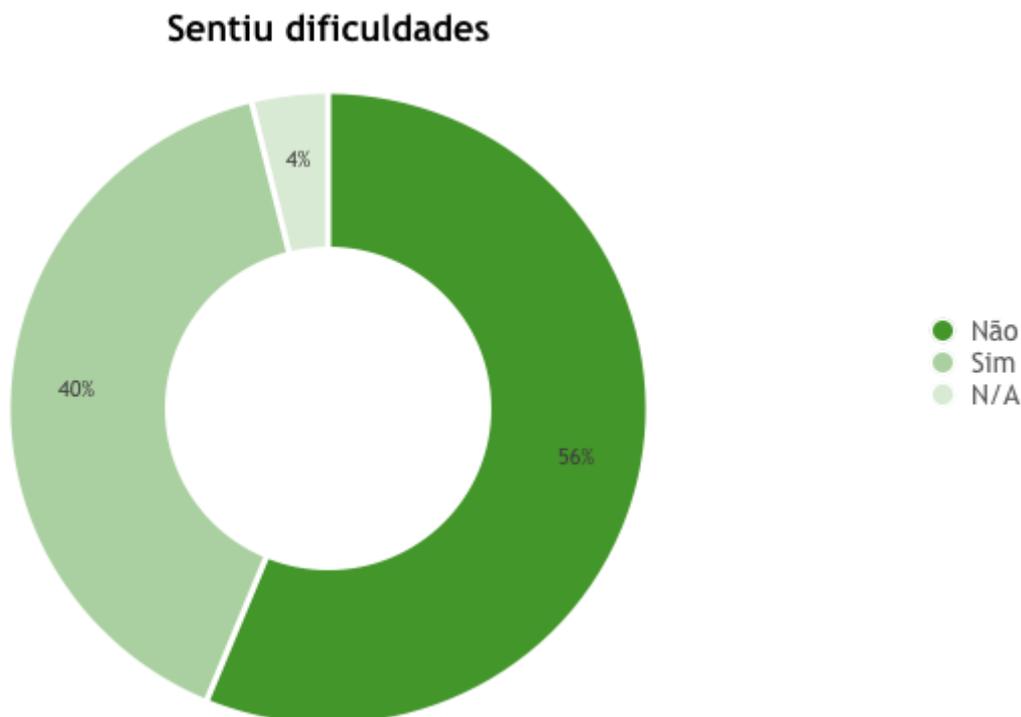
O mesmo fator de discricionariiedade verificou-se em outras fases de atendimentos nos serviços primários de saúde, seja na tentativa de aceder ao Centro de Saúde através do registo, seja na cobrança de taxas moderadoras. Entrevistada para esta tese, a consultora e mediadora do Grupo de Ativistas de Tratamentos (GAT), no espaço Intendente, Laetitia explica que:

“Ocasionalmente os lapsos administrativos favorecem as pessoas (atribuindo indevidamente número de utente, por exemplo), o que contribui para aumentar a confusão das comunidades sobre as regras de acesso e, face à aparente discricionariiedade com que são aplicadas, a desconfiança relativamente ao “sistema”. (Laetitia, 27/05/2019).

O elemento da discricionariiedade é de facto recorrentemente verificado na utilização dos serviços públicos no âmbito da saúde, e noutros serviços do setor público, quando utilizados por cidadãos imigrantes. As tomadas de decisão, de que são exemplo, a atribuição de Números de Identificação de Utentes no Serviço Nacional de Saúde, por parte da Administração pública no setor da saúde, utilizando-se dos limites da lei e da Constituição,

embora demonstre “favorecer” determinados indivíduos, possibilitando-lhes o pagamento de taxas moderadoras reduzidas, comparticipação em medicamentos e usufruto de acordos com organizações privadas para realização de exames médicos, provoca também um elemento de “desconfiança”, mencionado por Laetitia, por parte de outros indivíduos que veem nos seus semelhantes as mesmas circunstâncias, embora em situação “privilegiada”. São estas circunstâncias que podem provocar a descrença no sistema e alimentar a sua incompreensão.

Por fim, foi colocada a questão aos inquiridos se tinham ou não enfrentado dificuldades no acesso a estes serviços e quais as condicionantes experienciadas, oferecendo um conjunto de opções predeterminadas que pudessem, ou não, descrever de forma sintética os episódios que enfrentaram, dando-lhes a opção de descrever o seu caso, caso este não se identificasse com nenhuma das hipóteses predefinidas³⁵. Na maioria dos casos não foram identificadas dificuldades no acesso aos serviços, 56% responderam que os procedimentos do SNS foram respeitados (Figura 5.9.). Já 40% revelou ter-se deparado com algum tipo de entrave ou obstáculo, seja no acesso ao serviço, seja numa segunda fase de utilização e assistência médica propriamente ditas³⁶.



³⁵ As hipóteses predefinidas foram determinadas em função do *focus group* criado, antes da aplicação dos inquéritos.

³⁶ Os restantes 4% optaram por não responder à questão colocada.

Figura 5.9. Resposta dos inquiridos (por %) em função das dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde do SNS. Fonte: dados do projeto produzidos para a SOLIM

Das principais condicionantes manifestadas (Figura 5.10.) pelos utentes da Associação Solidarieidade Imigrante, destacam-se: recusa no atendimento por não serem portadores de Autorização de Residência (27%); o preço das consultas (23%); e a dificuldade na comunicação com os profissionais de saúde em diferentes fases de utilização do SNS (21%), esta última particularmente relevante para a temática em discussão nesta tese. A maioria de inquiridos que mencionou a recusa no atendimento por não serem portadores de Autorização de Residência já se encontravam registados no SNS, ou seja, esse desafio inicial já teria sido ultrapassado e a inscrição esporádica ou provisória ter-lhes-ia sido garantida. Uma das utentes da SOLIM, que se encontrava em Portugal há menos de cinco anos, que respondeu a este inquérito e procurou nesta organização orientação de como aceder ao SNS descreveu que ao se dirigir ao CS da sua área de residência, encontrando-se inscrita neste local, e com a intenção de marcar uma consulta médica, a rececionista deste serviço a descreveu como “clandestina”, e deste modo não teria direito à atribuição de um médico.

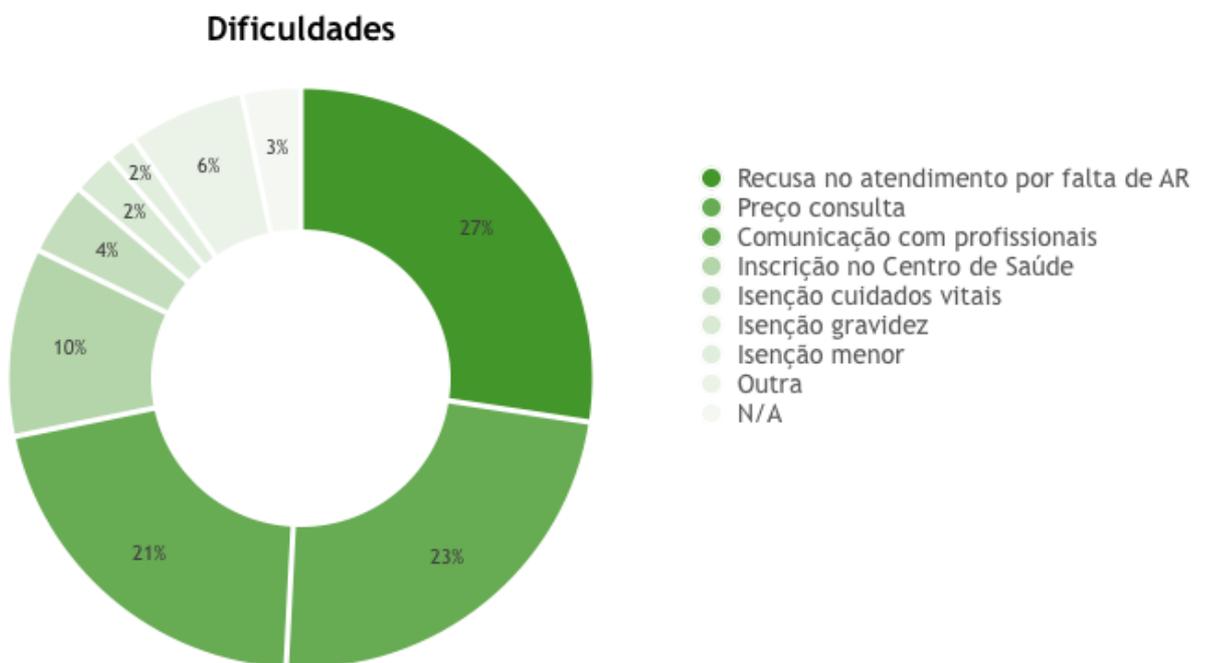


Figura 5.10. Dificuldades sentidas por parte dos imigrantes que recorreram ao SNS, em diversas fases da sua utilização. Fonte: dados do projeto produzidos para a SOLIM

A recusa do atendimento pode também referir-se a uma segunda fase em que os inquiridos tentaram fazer a marcação de uma consulta médica, dirigindo-se aos Centros de Saúde das suas áreas de residência. Outro utente que correu à SOLIM, descreveu que num CS em Lisboa lhe exigiram um “comprovativo de agendamento no SEF” para que fosse efetuada a sua inscrição nesta unidade de saúde, não constituindo isto, de modo algum, um requisito para o registo.

Também, foi descrita a situação em que um indivíduo, de nacionalidade cabo-verdiana, se dirigiu ao CS, nas proximidades de Lisboa, para marcar uma consulta médica (era titular de nº de utente), e por não ser portador de Número de Identificação de Segurança Social (NISS), não lhe permitiram a marcação de uma consulta, nem mesmo recorrendo ao SNS 24. Sendo uma situação de emergência, por motivo de acidente de trabalho, acabou por se dirigir às urgências do Hospital. Não sendo portador de NISS, não lhe foi ativado o seguro de trabalho e assim, teve de se responsabilizar por todas as despesas médicas referentes a este e posteriores atos médicos.

Tendo em conta que no núcleo dos 27%, nenhum dos inquiridos é portador de AR, nem de um Número de Utente, o que não lhes permitiu a atribuição de um médico de família. Neste caso, os Serviços Administrativos do SNS incluíram estes cidadãos na categoria de “sem médico”, ficando sujeitos a tempos indeterminados de espera para obter uma consulta de medicina geral e por conseguinte, de especialidade se fosse o caso.

Relativamente aos preços das consultas, 23% dos inquiridos manifestaram preocupações a nível de pagamento para obtenção deste tipo de assistência e cuidados nos serviços primários. Verificou-se em diversos casos, que essa inabilidade de pagamento era agravada nas fases posteriores ao momento de consulta médica, nomeadamente no pagamento de exames e compra de medicação. Foram, por exemplo, observados diversos casos de pacientes de diabetes tipo I ou II, cujo cumprimento do tratamento ficou condicionado e os seus estados de saúde deteriorados por falta de poder de aquisição de medicamentos à base de insulina. Por não estarem registados no Registo Nacional de Utentes (RNU), a sua medicação não era comparticipada e consequentemente, muitos pacientes tinham de optar por abdicar do tratamento ou fazê-lo de forma desfasada e “adequada” à sua disponibilidade financeira para aquisição de medicamentos.

Foram detetadas outras situações, embora não possamos contabilizar o número ou percentagem de pessoas no universo dos inquiridos, que relataram episódios de urgência em Hospitais públicos, no entanto foi do nosso conhecimento que, após o pagamento das taxas

moderadoras e de assistência médica, envolvendo exames médicos e ministração de medicamentos, pacientes que recebiam notas de cobrança em valores que rondavam os 200 e 300 euros. Nestes casos surgia muitas vezes a pergunta por parte destes pacientes aos mediadores da Solidariedade Imigrante: “Mas eu pago descontos à Segurança Social mensalmente, porque é que tenho de pagar valores tão elevados para obter assistência médica?”.

Procurámos obter respostas a esta questão junto dos técnicos administrativos de saúde, que afirmaram não existir nenhuma relação entre as contribuições para a Segurança Social e o pagamento de consultas e tratamentos médicos no SNS. Ao consultar o Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros, nomeadamente nos subcapítulos que se referem aos Cidadãos Nacionais de Países Terceiros em situação regular e irregular (3.1 e 3.2 respetivamente) não foi encontrado nenhum esclarecimento neste âmbito.

No que concerne à dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde do SNS, foram 21% os inquiridos que manifestaram este aspeto como um obstáculo de acesso e de utilização dos serviços. As barreiras linguísticas, embora neste inquérito não se verifiquem ser as problemáticas mais prevalentes, relativamente a outros obstáculos no acesso ao SNS, constituem um entrave significativo aos cidadãos imigrantes e aos técnicos e profissionais de saúde, revelado de forma recorrente nos atendimentos. Esta barreira verifica-se não só a nível do acesso, mas também em todo o ato e acompanhamento médico, criando em determinadas situações de constrangimentos a nível de diagnósticos e tratamentos. O facto de haver pacientes que não têm domínio da língua portuguesa e em muitos casos da língua inglesa, proporciona em diversas situações mal-entendidos a nível de conhecimento das normas de acesso aos serviços de saúde públicos, mas também a nível de diálogo entre paciente/médico no ato de consulta, diagnóstico e tratamento.

Laetitia, anteriormente referida como consultora do GAT no Espaço Intendente, explica que as barreiras linguísticas não são simplesmente uma questão adversa para os cidadãos imigrantes, mas também do ponto de vista de interpretação dos procedimentos e regras aplicáveis em questões de saúde por parte dos técnicos de saúde e mesmo dos juristas:

“Na prática as barreiras linguísticas e culturais, aliadas à iliteracia funcional de um número ainda significativo de funcionárixs administrativxs, ainda determinam desconhecimento ou lapsos de interpretação ou aplicação das regras e, conseqüentemente, dificuldades quer no atendimento, quer no acesso.

“Mesmo no universo dxs juristas não é incomum encontrar leituras erradas das regras, tanto do ponto de vista linguístico como do Direito (que deveria ser sempre interpretado numa leitura principalista das normas e nunca numa leitura literalista “míope” da norma isolada). Este fenómeno origina orientações incorretas aos serviços, contrárias às emanadas do “topo” da Administração Central; estas últimas, por força da falta de recursos humanos e consequente organização dos serviços, frequentemente não são lidas pelxs funcionárixs.” (Laetitia, 27/05/2019).

Por outro lado, o fator da comunicação é determinante na qualidade e prestação do serviço ou cuidados de saúde a que os utentes recorrem. Se a comunicação entre técnicos de saúde e/ou profissionais de saúde e utentes migrantes é condicionada pela falta de códigos de linguagem comuns, a qualidade do serviço prestado é mais pobre, podendo até coartar diagnósticos, adesão a tratamentos, bem como medidas preventivas em determinadas condições de saúde. No caso da saúde infantil, o desconhecimento de qual o plano de vacinação de uma criança no país de origem, por falta de documentação útil ou barreira linguística com o paciente ou mesmo os pais, significa um poder de decisão limitado por parte de um profissional de saúde no sentido de prescrever determinada vacinação ou excluir um diagnóstico. No pior dos casos, a barreira linguística pode influenciar a saúde futura do paciente ou pôr em risco a saúde pública. O mesmo se pode constatar nos casos de pacientes migrantes que revelam um estado da saúde mental vulnerável e recorrem aos serviços do SNS na procura de apoio psicológico ou psiquiátrico e têm dificuldade na expressão dos seus sintomas ao médico, pelo que a perceção da sua condição de saúde pode ser limitada ou condicionada.

Em simultâneo, tendo em conta todo os desafios a que os imigrantes estão sujeitos a nível de adaptação ao país de acolhimento, integração, absorção de vivências distintas das do seu país de origem, distanciamento dos laços familiares, códigos culturais e linguísticos distintos, podem influenciar a condição de saúde mental dos imigrantes, levando-os a estados de desespero, depressão e descrença pela nova vida no país de acolhimento.

O Doutor Cristiano Figueiredo, médico de família na Unidade de Saúde Familiar da Baixa (USF Baixa), especialista no tema da saúde mental por parte das populações migrantes refere que:

“o número de indivíduos migrantes que procuram os nossos serviços em situação de depressão e ansiedade é crescente, pelo facto de estarem a ultrapassar o processo moroso de

se legalizarem durante vários anos, estando longe da família e desconectados dos seus códigos culturais (...). Muitas pessoas procuram-nos também no sentido de tentar obter o seu título de residência através de um artigo da lei de Estrangeiros que prevê o cuidado médico a doentes cujas patologias obstam o retorno ao país de origem. No entanto esta lei não é nada clara.³⁷ (...) O acompanhamento que providenciamos exige muitas vezes que, no caso de não encontrarmos uma linguagem comum com o paciente, adotarmos métodos menos convencionais para que os possamos compreender e eles nos possam compreender a nós. Por vezes vejo-me obrigado a recorrer ao *google translator*, tentar algum tipo de linguagem gestual ou comunicar de forma muito simples para o paciente me compreender. É claro que a comunicação fica sempre prejudicada quando existe esta barreira. Uma consulta com um migrante é sempre mais exigente que uma consulta com um nacional, pela barreira da língua. Por outro lado, temos a problemática dos tempos de consulta, naturalmente precisamos de mais tempo de consulta com um migrante do que com um nacional, para que tenhamos tempo de compreender os seus sintomas de acordo com a sua linguagem, diagnosticá-lo e tratá-lo, mas isto não é uma prática comum. Os tempos de consulta devem ser iguais para todos e por isso muitas vezes o nosso trabalho com o paciente migrante fica condicionado. Esta é uma realidade muito local aqui do centro de Lisboa, do ponto de vista médico e dos serviços de saúde, há sem dúvida questões que devem ser repensadas de modo a melhor servir as comunidades migrantes. Noutras regiões do país, com certeza isto não será necessário tendo em conta os números diminutos de populações migrantes. Aqui no centro de Lisboa é uma questão fundamental.” (Doutor Cristiano Figueiredo, em entrevista 14/06/2019).

Associado à barreira linguística, a falta de sensibilidade por parte dos técnicos e profissionais de saúde relativamente ao *background* cultural dos pacientes migrantes, providenciando cuidados que respeitem a sua individualidade, podem proporcionar constrangimentos. A falta de conhecimento das práticas culturais dos pacientes, nomeadamente no que concerne à saúde, pode representar um distanciamento significativo entre médico/paciente, bem como desconfiança e falta de adesão a tratamentos. De acordo com Brooks *et al.* (2018), relativamente à análise do conceito de sensibilidade cultural na comunicação pelos serviços de saúde, uma vez que este tipo de comunicação é aplicado, os

³⁷ O Artigo 122 n.º1, alínea g) prevê a atribuição de título de residência temporária àqueles que “sofram de uma doença que requeira assistência médica prolongada que obste o retorno ao país de origem, a fim de evitar risco para a saúde do próprio”. Este art.º da Lei de Estrangeiros pode ser consultado em: <https://sites.google.com/site/leximigratoria/artigo-122-o-autorizacao-de-residencia-com-dispensa-de-visto-de-residencia>.

pacientes têm maior probabilidade de experienciar uma melhor relação com os técnicos e clínicos e terem resultados benéficos no seu estado de saúde. Ainda, se é utilizada a comunicação verbal e não verbal para que um profissional de saúde consiga identificar as questões de cariz patológico de cada paciente e as suas necessidades, a sensibilidade cultural na comunicação, implica por parte dos profissionais clínicos serem capazes de refletir criticamente sobre os seus próprios valores, crenças, preferências e cultura, bem como compreender as tradições, perspetivas e práticas de indivíduos culturalmente diversos, famílias e comunidades. (Douglas *et al.*, 2011 *apud* Brooks *et al.*, 2018).

Serve de exemplo, no âmbito da saúde materna e obstetrícia, e em termos da pré-maternidade no caso das mulheres migrantes de religião Hindu, a prática de uma alimentação vegetariana é comum. Foi observado que em certos casos, foi aconselhado a estas mulheres a inclusão de carne ou peixe. Não fazendo parte dos seus costumes, estas mulheres mantiveram uma alimentação à base de vegetais, prática que é vista como contraproducente no momento da gestação, por parte de muitos profissionais de saúde. Por outro lado, a adoção de novas práticas alimentares, implicou para estas mulheres uma quebra com os seus hábitos culturais e princípios religiosos.

Também, são comuns as situações em que mulheres muçulmanas recorrem a consultas de obstetrícia e ginecologia e são atendidas por médicos do sexo masculino. Nestes casos, tendo em conta o constrangimento adicional da barreira linguística, algumas mulheres não conseguem expressar a sua intenção de reagendar a consulta ou requererem outro médico do sexo feminino, acabando por abandonar as instalações ou nem sequer comparecer à consulta médica. Em resultado, uma certa “insensibilidade” cultural na resposta a estas pacientes condiciona-lhes o usufruto dos serviços durante a gravidez. Neste âmbito, cabe citar Brooks *et al.*, que se serve da conclusão de Claramita: “o ambiente e a cultura das enfermarias têm um impacto na experiência comunicativa dos clínicos, pacientes e famílias” (Claramita *et al.*, 2016 *apud* Brooks *et al.*, 2018).

Voltando às barreiras identificadas pelos inquiridos, em casos esporádicos, mas ainda com percentagens relevantes, foram verificadas na Figura 5.10, no universo total de questionados, que 10% dos inquiridos mencionaram episódios de recusa da inscrição esporádica ou provisória no Centro de Saúde por parte dos serviços administrativos.

Alguns casos relatados descreviam que foram exigidos por técnicos administrativos de determinados serviços de saúde documentos do SEF, que pudessem comprovar a data de agendamento para se apresentar neste Serviço e dar entrada ao processo de regularização, e

uma vez que não os possuíam consigo lhes teria sido negada a inscrição esporádica para que pudessem usufruir de cuidados de Saúde. Houve ainda relatos de quem, embora conseguisse provar a sua Manifestação de Interesse ao SEF ou datas de agendamento neste serviço, lhes teria sido recusado o acesso à inscrição no Registo Nacional de Utentes (RNU).

Importa lembrar que o artigo n.º 4 do Despacho 1774-A/2017³⁸, que define “as regras de organização e mecanismos de gestão referentes ao Registo Nacional de Saúde (RNU) e que determina ainda os critérios e procedimentos de organização e atualização das listas de utentes nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACes) e as suas unidades funcionais” define que as inscrições provisórias se aplicam a “cidadãos sem residência permanente em Portugal e aos cidadãos que não reúnam à data da inscrição os elementos mínimos necessários para terem uma inscrição ativa nos termos do artigo 3º”. Este artigo prevê a tipologia de inscrição a que cidadãos que não são portadores de títulos de residência em Portugal, ou seja, em situação regular têm direito. Este elemento legislativo vem eliminar a possibilidade de recusa de acesso ao SNS, embora sejam verificados casos de procedimentos administrativos que não se regulam pelo Artigo 4º do Despacho n.º 1774-A/2017.

Ainda, ocorreram episódios em que cuidados vitais (6%) foram negados a pacientes, bem como a atribuição da isenção de pagamento de taxas moderadoras em casos de mulheres grávidas (4%) e crianças menores de idade (3%).

Uma utente da SOLIM de nacionalidade brasileira, que em 2018 se encontrava grávida de 27 semanas, descreveu todo o processo de tentar aceder aos cuidados de saúde e usufruir de acompanhamento médico, sem ter de efetuar o pagamento de taxas moderadoras. Este processo demorou cerca de cinco meses até ser efetivamente acompanhada Este processo pode ser conferido na seguinte cronologia (Figura 5.11):

³⁸ Diário da República n.º 40/2017, 1º Suplemento, Série II de 2017-02-24. Pode ser consultado aqui: <https://dre.pt/home/-/dre/106531278/details/maximized>.

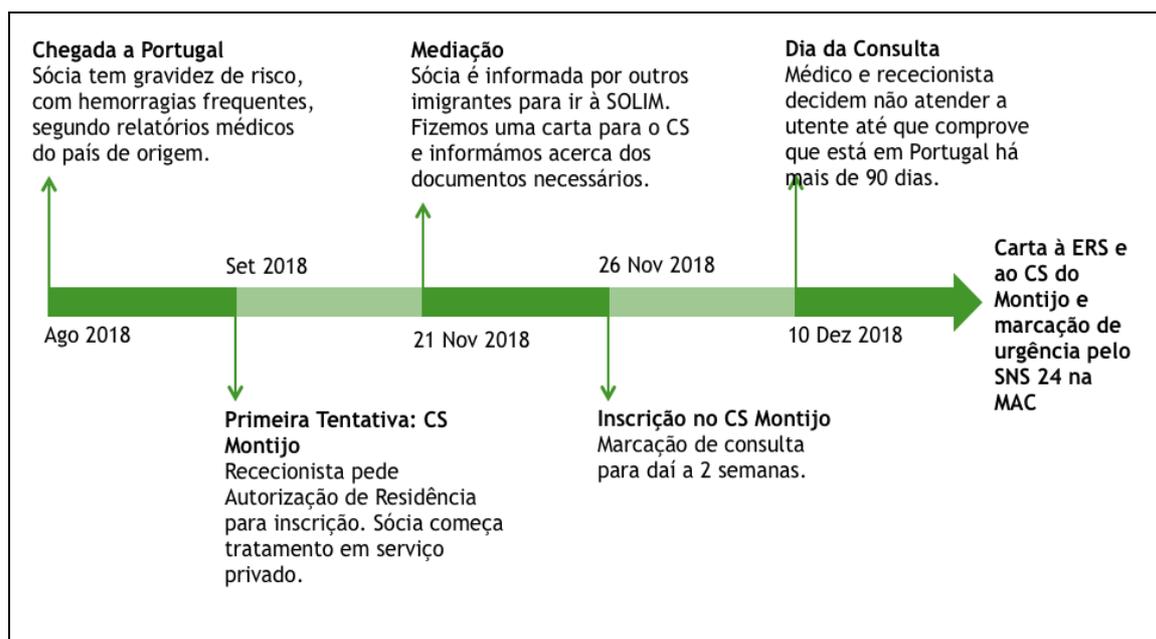


Figura 5.11. Situação contada em atendimento e transformada em cronologia do tempo de espera e barreiras enfrentadas no acesso aos cuidados de saúde.

Fonte: dados do projeto produzidos para a SOLIM

De acordo com o Despacho nº 25 360/2001, do Ministro da Saúde e ainda da Circular da Direção-Geral de Saúde (DGS), de 7 de Maio de 2009 que clarifica o direito de isenção atribuídos, no caso dos migrantes, quer estes apresentem ou não um Atestado de Junta de Freguesia que comprove que estão em Portugal há mais de 90 dias, é-lhes assegurada a isenção médica em casos de perigo para a saúde pública e de saúde materno-infantil, reprodutiva, consultas de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, parto e puerpério, acompanhamento de mulheres grávidas e a recém-nascidos. Esta isenção pode ser também atribuída àqueles que comprovem situação de carência económica ou exclusão social.

Na aplicação dos inquéritos aos utentes da SOLIM foi dada a possibilidade, para aqueles que respondessem que efetivamente teriam vivido alguma espécie de obstáculo nos serviços de saúde, de mencionar em que Instituição de Saúde decorreu o episódio descrito. Concluímos que existia uma diversidade geográfica nas Instituições de Saúde referidas pelos imigrantes inquiridos³⁹.

³⁹ Foram mencionadas pelos inquiridos que manifestaram ter vivenciado obstáculos no acesso a unidades de saúde e centros de saúde, as seguintes instituições: Centro de Saúde dos Anjos, da Penha de França, da Graça, da Alameda, da Pontinha, de Odivelas, de Marvila, de Cascais, de Tavira, de Armação de Pêra, de Corroios, de Quinta da Lomba, da Charneca da Caparica, de Faro, da Brandoa, da Amadora, de Monte Abrão e de Queluz.

Em resultado deste trabalho quantitativo, tendo em consideração os resultados obtidos no *focus group* acima referido, procedeu-se à construção de um *website* com o mesmo nome do projeto, “Saúde Sem Barreiras”, bem como um vídeo informativo. Este *website*⁴⁰, teve o objetivo servir de plataforma para as populações imigrantes que procuram obter informação no contexto do acesso aos serviços de saúde, prestando informação acerca de Direitos e Deveres dos cidadãos para acesso ao SNS, através de um sistema de perguntas e respostas, e ainda disponibilizar os acordos na área da saúde estabelecidos entre diversos países e Portugal. A realização do vídeo informativo⁴¹ foi pensada de forma a que fosse um processo conjunto com aqueles que integraram o *focus group*, desafiando os participantes a serem protagonistas deste produto digital, de modo a proporcionar informação que fosse representativa dos dados obtidos pelos inquéritos aplicados. Procurámos fundamentalmente que a participação neste vídeo fosse diversificada do ponto de vista linguístico, etário e de género.

O vídeo e o *website* foram exibidos na apresentação final do projeto, que decorreu a 18 de dezembro de 2018, CNAIM. Este encontro serviu para demonstrar o trabalho desenvolvido pela SOLIM, sob o tema das populações migrantes e o acesso aos serviços públicos de saúde, e para sensibilizar atores chave neste terreno, *stakeholders* e académicos para a criação de respostas a estes impedimentos, que recorrentemente as populações migrantes enfrentam. O encontro foi encerrado com uma peça de teatro desenvolvida pelo Grupo de Teatro Oprimido de Lisboa (GTO Lx), que contou com a participação de atores de nacionalidades diversas, inspirada nas situações relatadas pelos utentes.

As unidades Hospitalares referidas foram: Hospital Garcia da Horta, do Montijo, São Francisco Xavier, Amadora Sintra, Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar do Algarve, do Oeste e de Lisboa, Hospital de Vila Franca de Xira e de Loures.

⁴⁰ Pode ser consultado aqui: <http://www.saudesembarreiras.com/pt/project>.

⁴¹ Pode ser visualizado aqui : <https://www.youtube.com/watch?v=cLdsQFIwiZo>.

6. Conclusões e reflexões

O tema dos fluxos migratórios tem ganho terreno em termos de investigação e do ponto de vista da agenda política no contexto nacional e internacional, vivido na Europa e no mundo.

Pensar o tema das migrações é um exercício complexo que implica reconhecer o impacto que a geopolítica internacional tem nas dinâmicas dos fluxos migratórios. O fenómeno das migrações não se caracteriza apenas pelas suas motivações e pelo processo de diáspora das populações, a chegada ao país de acolhimento não é o fim do caminho. É apenas o início de uma nova fase do processo migratório que acarreta grandes desafios, nomeadamente o da integração. A integração, embora tenha sido um conceito já extremamente estudado e analisado, e mesmo pelos decisores políticos governamentais, é ainda um conceito de difícil compreensão para todas as partes envolvidas neste processo. A garantia dos Direitos Fundamentais do Homem é de facto implícita ao processo de integração de migrantes ou pessoas com o estatuto de asilo - frequentemente caracterizadas como “refugiados”. A conceção do eu nacional e o outro migrante/refugiado cimentam frequentemente a distância entre indivíduos, que embora possam não partilhar qualquer tipo de valor cultural, social, étnico ou religioso, são parte do mesmo espaço e tempo, e por isso da mesma realidade existencial. A ideia de que a integração de cidadãos originários de um país de origem distinto do de acolhimento deve ser feita de acordo com os ideais, realidades políticas, culturais, ideológicas e sociais do país de acolhimento, torna-se um propulsor de incompreensão e de desconfiança perante o “outro”. O facto de não serem partilhados os mesmos códigos entre cidadãos migrantes e profissionais de saúde, não deve implicar o sentimento de descrédito ou ceticismo, mas sim de curiosidade e consciência dos aspetos que os trazem ao país de acolhimento e o porquê dos seus comportamentos, tradições, condutas, costumes e vontades. E vice-versa.

A migração é estudada na Antropologia, Sociologia e Psicologia, mas também nas áreas da História, da Economia e Política. O fenómeno da migração e os seus fluxos tem-se intensificado, e a sua rastreabilidade torna-se mais difícil. No caso de Portugal, um país que se reconhece como sendo caracterizado fundamentalmente pela emigração, viu o seu paradigma sofrer mudanças significativas. Tornou-se um país atrativo para a imigração, tanto de

imigrantes originários de outros Estados-Membros europeus, bem como de outros continentes e de países sem relação histórica ou linguística com o nosso país.

O fenómeno migratório para Portugal tem significado uma expansão da economia portuguesa em diversas áreas do setor primário (como a agricultura e a pesca), do setor secundário (atividades fabris e de construção civil), mas também do terciário (na área da investigação, do turismo, restauração e dos negócios). Por outro lado, tem representado um desafio no que toca ao acolhimento, integração e compreensão face ao multiculturalismo e à diversidade. A garantia dos direitos fundamentais destes cidadãos, com a sua situação documental regularizada ou não, deve ser uma questão integral na agenda política do estado português e dos municípios cuja massa populacional é mais expressivamente caracterizada por cidadãos imigrantes. O acesso aos serviços públicos é uma das matérias que mais tem levantado questões no processo de integração. Serviços como os de saúde, de educação, segurança social e finanças são os mais procurados pelos migrantes, uma vez que constituem um dever em termos de procedimentos relacionados com o processo de regularização. No que toca ao tema da saúde e da sua perceção por parte das populações imigrantes, há que ter em consideração que as perceções tidas relativamente ao sistema de saúde, a sua utilização e benefício, no espectro destas populações, é inerente às experiências e cuidados de saúde obtidos no passado, podendo ser remontadas para o país de origem ou de acolhimento (Oliveira e Gomes, 2018 p.300). Vale a pena citar as autoras:

“Por via da recolha e sistematização de dados neste domínio, pode auxiliar os decisores políticos na identificação e compreensão da complexidade dos determinantes de saúde que induzem à heterogeneidade no estado de saúde das populações, no acesso e utilização dos serviços de saúde, e nas necessidades, seja das populações residentes seja dos sistemas de saúde. Este conhecimento pode orientar no desenvolvimento ou aprofundamento de políticas e de medidas orientadas que se adequem à promoção do acesso e utilização dos serviços de saúde por imigrantes em Portugal” (Oliveira e Gomes 2018, p. 304).

Por outro lado, é também desejável a participação dos cidadãos migrantes na definição, acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde, seus mecanismos e procedimentos. Laetitia, cuja entrevista já referimos antes, defende ainda a ideia de que:

“Este tipo de participação - de que o Conselho Nacional de Saúde e outros órgãos consultivos são exemplo, perspetivam um melhor controlo da aplicação dos normativos vigentes. Muitas pessoas migrantes, contudo, por desconhecimento dos mecanismos formais de participação por barreiras linguísticas, ou simplesmente por indisponibilidade pessoal, não exercem esse

direito, nem mesmo à escala do seu Agrupamento de Saúde ou Centro Hospital”. (Laetitia, 27/05/2019).

A recolha de dados como a que foi feita no projeto onde trabalhei foi fundamental não só no sentido de permitir aos decisores políticos tomarem decisões mais ilustradas relativamente às necessidades de saúde das populações migrantes, como para melhor compreender a heterogeneidade dos determinantes de saúde destas populações. A uma escala mais local, é ainda relevante incluir cidadãos nas colaborações com associações locais, redes e entidades, aprofundando assim o seu poder participativo e influenciando com maior sensibilidade para as necessidades das populações imigrantes no acesso e utilização dos sistemas de saúde. Também se torna importante do ponto de vista da informação, prestar conhecimento a estes cidadãos de como registar reclamações nos serviços que não cumpram as normas e regulamentos previstos pelas leis gerais da saúde, permitindo às entidades que tutelam e fiscalizam esses serviços obter conhecimento nesta matéria.

Em simultâneo, a formação e trabalho pedagógico dos diversos agentes dos sistemas de saúde, relativamente aos procedimentos previstos e a serem aplicados em casos de utilização dos serviços por parte de migrantes, em situação regular e irregular, nas suas diversas dimensões. Para além deste tipo de formação, a instrução para a sensibilidade cultural e atendimento transcultural é de facto, uma necessidade imprescindível, com particular enfoque nos Agrupamentos de Saúde ou Centros Hospitalares que recebam um maior fluxo de populações migrantes. Em Lisboa, no eixo da Almirante Reis, Pena, Arroios, Mouraria, Martim Moniz e Baixa-Chiado, os centros de saúde afetos a estas freguesias devem investir neste tipo de atendimento, de modo a facilitar para ambas as partes (Utente - Técnico/Profissional de saúde), as idiossincrasias inerentes à condição de saúde e necessidades do paciente, de modo a proporcionar um atendimento mais humanitário, orientado e inclusivo.

Neste âmbito, e no eixo da Baixa-Chiado/Mouraria/Martim Moniz, a Unidade de Saúde Familiar da Baixa (USF Baixa) é um exemplo de boas práticas no atendimento às comunidades imigrantes. A equipa médica e técnicos de saúde que integram esta unidade, da qual o médico de família Doutor Cristiano Figueiredo, citado anteriormente, faz parte, procuram reconhecer não só o contexto migratório dos seus pacientes, bem como os seus códigos linguísticos, culturais e religiosos, mas também das populações afetas à região onde a USF Baixa se insere. Isto para melhor compreender as necessidades das populações migrantes que nestas áreas residem, a nível social e de saúde. Para este efeito, estabeleceram uma

colaboração com os Serviços Sociais, de modo a fazer um encaminhamento/acompanhamento mais eficaz de cidadãos migrantes em situações de vulnerabilidade ou exclusão social e, assim, apoiar no processo de melhoria do paciente, não só a nível de saúde, mas também das suas condições de vida. Do mesmo modo e no que toca às questões linguísticas foi criada uma plataforma digital interna da USF Baixa, em parceria com o Gabinete de Apoio ao Bairro de Intervenção Prioritária da Almirante Reis (GABIP Almirante Reis) e um conjunto de migrantes de diversas nacionalidades para proporcionar apoio linguístico complementar em versão áudio a cidadãos que não dominem nenhuma língua, que não a sua língua materna. Deste modo, o atendimento médico pode ser apoiado por esta plataforma, facilitando a comunicação entre paciente e médicos.

Desta forma, é garantido pelo USF Baixa um atendimento transcultural e sensível às capacidades comunicativas dos imigrantes e dos profissionais de saúde. Este tipo de atendimento permite encontrar um meio termo entre as capacidades comunicativas de uns e outros, assegurando melhor cuidado médico, melhor adesão a tratamentos e ainda uma mais profunda compreensão da realidade do estado de saúde dos que recorrem a esta Unidade de saúde. A nível dos serviços e unidades de saúde públicas, Portugal tem ainda um longo percurso a percorrer no sentido de permitir às populações aceder plenamente aos serviços de saúde e assegurar a universalidade do SNS, inclusive para os imigrantes em situação irregular, de carência económica ou exclusão social. Para este efeito, organizações e associações locais de migrantes têm feito um trabalho bastante significativo, trazendo-o para a agenda política em matéria de migrações, e assegurando que as diversas populações imigrantes são envolvidas neste processo de evidenciar as problemáticas vividas no acesso e utilização dos serviços e a influência que estas limitações têm no seu processo de integração e, no pior dos casos, no seu estado de saúde. Também, num futuro próximo, incluir nas equipas médicas dos serviços de saúde e hospitalares mais médicos de nacionalidades diversas, que possam trazer diversidade cultural para os próprios sistemas de saúde, enriquecendo-os em matéria de códigos linguísticos e receptividade perante os códigos identitários dos pacientes.

É importante continuar a abordar este tema e a difundir informação fidedigna que permita a estas populações não só perceber os procedimentos inerentes à utilização dos serviços de saúde em Portugal, mas incluí-los no processo de reorganização destes sistemas, que se querem mais tolerantes, inclusivos e transculturais. A prestação de cuidados de saúde, onde quer que seja, em Portugal ou no mundo, não se prende unicamente pelo ato de estabelecer diagnósticos, administrar medicação e analisar dados clínicos, é fundamentalmente,

o ato de cuidar. Tratar da saúde de quem recorre às suas instituições e unidades hospitalares, públicos ou privados, requer também uma relação de respeito e confiança mútua, que só é possível uma vez que se estabelecem elos de aproximação entre técnicos e/ou profissionais de saúde e pacientes. Esta dissertação procurou ser representativa destas conclusões e acima de tudo, dar voz a todos aqueles que, em situação de vulnerabilidade, fragilidade física, psicológica ou emocional, procuraram em Portugal, nas suas instituições de saúde públicas, apoio, orientação e sobretudo cuidados.

Referências Bibliográficas

Andrade, Inês de Jesus Martins (2008), *Geografia da saúde da população imigrante na área metropolitana de Lisboa*, Lisboa Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, vol.21.

Brooks, Laura A. et al. (2018), “Culturally sensitive communication in healthcare: A concept analysis”, *Collegian* 26 (3), 383–391.

Cachado, Rita, (2017), “Beyond Martim Moniz. Portuguese Hindu Gujarati merchants in Lisbon”, *Etnográfica*, 21 (1), 203-220.

Carlos da Silva, António e Carla Martingo (2007), “Unidades de saúde amigas dos migrantes – Uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal”, in Dias, Sónia (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, Setembro 2007*, n.º 1, Lisboa, 155-159.

Dias, Sónia; Gonçalves, Aldina (2007), “Migração e Saúde”, *Revista Migrações* 1, 15-22.

Carballo, Manuel e Aditi Nerurkar (2001), “Migration, Refugees and Health Risks”, *Vernier, International Centre for Migration and Health*, 7 (7).

Claramita, M. et al. (2016), “Comparison of communication skills between trained and untrained students using a culturally sensitive nurse–client communication guideline in Indonesia”, *Nurse Education Today*, 36, 236–241.

Crawley, Heaven e Dimitris Skleparis (2017), “Refugees, migrants, neither, both: categorical fetishism and the politics of bounding in Europe’s ‘migration crisis’”, UK, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44 (1), 48-64.

Derose, K.C e D.W. Baker (2000), “Limited English proficiency and Latinos’ use of physician services”, Universidade da Califórnia, Los Angeles RAND Health, EUA

Dias, Sónia e Aldina Gonçalves (2007), “Migração e Saúde”, *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, Setembro 2007*, n.o 1, Lisboa: ACIDI, pp. 15-26

Douglas, Marylin K et. al (2011), “Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update”, in *Journal of Transcultural Nursing* 22 (4):317-33.

Ferin, Isabel et al. (2008), *Media, Imigração e Minorias Étnicas*, Lisboa, Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, vol. 38.

Scaglione, Maria Alejandra Ortiz (2016), *A saúde das mulheres imigrantes: uma questão de cidadania e inclusão*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, ISCTE-IUL.

Frangella, Simone (2013), *Fomos conhecer um tal de Arroios»: Construção de um lugar na imigração brasileira em Lisboa*, in Nuno Domingos e Elsa Peralta (org.), *Cidade e Império. Dinâmicas coloniais e reconfigurações pós-coloniais*, Lisboa, Edições 70: 463-502.

Fonseca, Maria Lucinda e Sandra Silva (2010), *Saúde e Imigração: utentes e serviços na área de influência do centro de saúde da Graça*, Lisboa, Alto Comissariado para as Migrações, Estudos OI, vol.40.

Góis, Pedro e José Carlos Marques (2018), *Retrato de um Portugal migrante: a evolução da emigração, da imigração e do seu estudo nos últimos 40 anos, e-cadernos CES* [Online], 29 | 2018, colocado online no dia 15 junho 2018, consultado a 24 Junho 2019. URL: <http://journals.openedition.org/eces/3307> ; DOI : 10.4000/eces.3307.

Gomes, Rute *et. al* (2017), “Tuberculose e imigração em Portugal: características sociodemográficas, clínicas e fatores de risco”, *Migrações* 14, 9-20.

Lechner, Elsa (2007), “Imigração e Saúde Mental”, *Migrações* 1, 81-101.

Machado, Maria do Céu *et al.* (2007), “Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes”, *Migrações* 1, 105-127.

Mapril, José (2013), “Um lugar estrutural? Legados coloniais e migrações globais numa rua em Lisboa”, in Nuno Domingos e Elsa Peralta (org.), *Cidade e Império. Dinâmicas coloniais e reconfigurações pós-coloniais*, Lisboa, Edições 70: 503-52.

Menezes, Marluci (2009), “A Praça do Martim Moniz: Etnografando lógicas socioculturais de inscrição da Praça no mapa social de Lisboa”, *Horizontes Antropológicos*, 32: 301-328.

Machado, Maria do Céu *et al.* (2007), “Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes”, *Migrações* 1, 105-127.

Mendes, Maria Manuela *et al.*, “Imigração, Diversidade e Convivência Cultural”, Porto, *Sociologia*, N° temático.

Martin, Susan e Sanjula Weerasinghe (2017) “Global Migration Governance: Existing Architecture and Recent Developments” OIM (2017) World Migration Report 2018, IOM: Geneva.

Nielsen S.S. e Krasnik A. (2010), *Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. International Journal of Public Health* 55: 357–371.

Nolasco, Carlos (2016), “Migrações Internacionais: Conceitos, Tipologia e Teorias”, Coimbra, n° 434, Oficina do CES.

Oliveira, Catarina Reis e Natália Gomes (2018), *Migrações e saúde em números: o caso Português*, Lisboa, Alto-Comissariado para as Migrações, Estudos OI, vol.2.

Oliveira, Ana *et al.* (2005), *A Mediação Sócio-Cultural: um puzzle em construção*, Lisboa, Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, vol.14.

Oliveira, Catarina Reis e Natália Gomes (2016), *Indicadores de Integração de Imigrantes: Relatório Estatístico Anual*, Lisboa, Alto-Comissariado para as Migrações.

Padilla, Beatriz (2013), “Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal”, *REMHU, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana* 21 (40).

Padilha, Beatriz e Rui Portugal (2007), “Saúde e Migrações: boas práticas na União Europeia”, *Migrações* 1, 147-153.

Padilla, Beatriz e Alejandra Ortiz (2012), “Fluxos Migratórios em Portugal: Do boom migratório à desaceleração em contexto de crise. Balanços e Desafios”, *REMHU, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana* 39, 159-184.

Pires, Rui Pena (2003), *Migrações e Integração. Teorias e aplicações à sociedade portuguesa*, Oeiras, Celta.

Pusseti, Chiara *et al.* (2009), *Migrantes e Saúde Mental: a construção da competência cultural*, Lisboa, Alto Comissariado para a Migração e Diálogo Intercultural, Estudos OI.

Ravenstein, E.G. (1885), “The Laws of Migration”, *Journal of the Statistical Society of London*, 48 (2), 167-235.

Rob, Bilj e Arjen Verweij (2012), *Measuring and monitoring immigrant integration in Europe : integration policies and monitoring efforts in 17 European countries*, The Hague, The Netherlands Institute for Social Research.

Rechel, Bernd *et al.* (2011), *Migration and Health in the European Union*, Berkshire, Open University Press.

Silvestre, Tatiana Filipa Palão (2010), *A saúde dos imigrantes em Portugal: que necessidades em saúde? Que utilização dos cuidados de saúde?*, Tese de Mestrado em Gestão da Saúde, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.

Silva, António Carlos e Carla Martingo (2007), “Unidades de saúde amigas dos migrantes – uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal”, *Migrações* 1, Lisboa: ACIDI, 155-159.

Yeo, Seonae (2004), “Language barriers and access to care”, *Carolina do Norte, Annual review of nursing research* 22 (1): 59-73.

Fontes

Sites consultados

Alto Comissariado para as Migrações- <https://www.acm.gov.pt/68>

Serviço Nacional de Saúde - <https://www.sns.gov.pt/>

Organização Internacional para as Migrações - <http://www.retornovoluntario.pt/>

Organização Mundial de Saúde - <https://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>

European Union Agency for Fundamental Rights -<https://fra.europa.eu/pt>

Nações Unidas - <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/health/>

Diário da República - <https://dre.pt/>

Procuradoria Geral Distrital de Lisboa - <http://www.pgdlisboa.pt>

Endereços eletrónicos

<https://soundcloud.com/podcast-entrecampos/orefugioempportugal>

(Consultado a 01/05/2019)

<https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018>. (Consultado a 05/05/2019)

<https://www.bbc.com/news/world-europe-44660699> (Consultado a 5/05/2019)

<https://journals.openedition.org/eces/3307> (Consultado a 07/05/2019)

<http://www.rcc.gov.pt/Paginas/Home.aspx> (Consultado a 15/05/2019)

https://www.acm.gov.pt/documents/10181/222357/PII_2007_pt.pdf/f9ffc855-fae3-4acb-8ddb-3d00b6af0635 (Consultado a 21/05/2019)

<https://www.om.acm.gov.pt> (Consultado a 23/05/2019)

https://www.rtp.pt/noticias/presidencia-uniao-europeia/comissario-europeu-da-saude-defende-maiores-cuidados-para-imigrantes-na-europa_n50346 (Consultado a 24/05/2019)

https://www.coe.int/t/dc/files/ministerial_conferences/2007_health/20071123_declaration_en.asp (Consultado a 26/05/2019)

<http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestãoeFinanciamentoPrestSaúde/AcordosInternaceCuidadosSaúdeTransfront/Acordos/tabid/398/language/pt-PT/Default.aspx>
(Consultado a 27/05/2019)

<https://www.om.acm.gov.pt/-/conceptualizacao-da-integracao-e-suas-dimensoes-analíticas>
(Consultado a 09/06/2019)

<https://ec.europa.eu/migrant-integration/librarydoc/eu-Zaragoza-integration-indicators-italy>
(Consultado a 14/06/2019)

www.sns.gov.pt/reforma-faq/principios-gerais-na-prestacao-de-cuidados-de-saude-enquadramento (Consultado a 17/06/2019)

<https://dre.pt/pesquisa/-/search/3622857/details/normal?q=Despacho+n.º%2025360%2F200>
(Consultado a 21/06/2019)

https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1771-FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf (Consultado a 24/06/2019)

<https://sites.google.com/site/leximigratoria/artigo-122-o-autorizacao-de-residencia-com-dispensa-de-visto-de-residenci> (Consultado a 24/06/2019)

<https://dre.pt/home/-/dre/106531278/details/maximize> (Consultado a 25/06/2019)

<http://www.saudesembarreiras.com/pt/project> (Consultado a 26/06/2019)

<https://www.youtube.com/watch?v=cLdsQFIwiZo> (Consultado a 30/06/2019)

<https://www.caritas.org/what-we-do/migration/female-face-of-migration> (Consultado a 02/07/2019)

<https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018> (Consultado a 02/07/2019)

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migrant integration statistics introduced#Migrant integration in the EU](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migrant_integration_statistics_introduced#Migrant_integration_in_the_EU) (Consultado a 06/07/2019)

<https://www.om.acm.gov.pt/-/526664> (Consultado a 10/07/2019)

<https://publications.iom.int/system/files/pdf/gmdacbulletins.pdf>

(Consultado a 12/07/2019)

Decretos e Leis

- Decreto nº25/77 de 3 de março (Diário da República n.º 52/1977, Série I de 1977-03-03 - Presidência do Conselho de Ministros)
- Lei nº 56/79 de setembro de 1979. (Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15 - Assembleia da República)
- Decreto nº 35/84 de 12 de julho
- (Diário da República n.º 52/1977, Série I de 1977-03-03. Ministérios dos Negócios Estrangeiros, das Finanças e do Plano, da Educação e da Saúde)
- Decreto nº 39/84, 18 de julho (Diário da República n.º 165/1984, Série I de 1984-07-18. Ministérios dos Negócios Estrangeiros, das Finanças e do Plano, da Educação e da Saúde)
- Decreto nº 129/80 de 18 de novembro (Diário da República n.º 267/1980, Série I de 1980-11-18. Gabinete Coordenador para a Cooperação)
- Decreto nº 44/92 de 21 de outubro (Diário da República n.º 243/1992, Série I-A de 1992-10-21. Ministério dos Negócios Estrangeiros)
- Decreto-Lei nº 59/93, de 3 de março (Diário da República n.º 52/1993, Série I-A de 1993-03-03)
- Decreto-Lei nº 120/93, de 16 de abril. (Diário da República n.º 89/1993, Série I-A de 1993-04-16)
- Lei nº 8/98, de 13 de fevereiro. (Diário da República n.º 37/1998, Série I-A de 1998-02-13)
- Lei nº 115/99, de 3 de agosto 1999. (Diário da República n.º 179/1999, Série I-A de 1999-08-03. Assembleia da República)

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 6 A/2007 de 3 de maio (Diário da República, 1.ª série, N.º 85 de 3 de maio de 2007)
- Despacho n.º 25/360/2001 no Ministério da Saúde (Publicado no DR n.º286, II Série, de 12 de dezembro)
- Despacho n.º 25360/2001 de 12 de dezembro (Diário da República n.º 286/2001, Série II de 2001-12-12. Ministério da Saúde)
- Despacho n.º 25360/2001. (Diário da República n.º 286/2001, Série II de 2001-12-12. Ministério da Saúde)
- Lei n.º 23/2007, de 4 de julho de 2007. (Atualizada para Lei n.º 28/2019, de 29 de março)
- Decreto Lei n.º 67/2004, de 25 de março de 2004. (Diário da República n.º 72/2004, Série I-A de 2004-03-25)
- Despacho 1774-A/2017 (Diário da República n.º 40/2017, 1º Suplemento, Série II de 2017-02-24 - Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde)

ANEXOS

Anexo A – “População estrangeira em Portugal por continente de origem, 1980-2016”.

Ano	Total de Imigrantes	África	América do Norte	América do Sul	Ásia	Europa	Outro
1980	58 091	27 748	4 821	6 403	1 153	17 706	260
1985	79 594	34 978	7 987	11 567	2 564	22 060	438
1990	107 767	45 255	8 993	17 376	4 154	31 410	579
1995	168 316	79 231	10 853	25 867	6 730	44 867	768
1996	172 912	81 176	10 783	25 733	7 140	47 315	765
1997	175 263	81 717	10 573	25 274	7 192	49 747	760
1998	178 137	83 065	10 247	24 579	7 419	52 060	767
1999	190 896	89 516	10 171	25 818	7 871	56 731	789
2000	207 607	98 754	10 201	27 419	8 721	61 709	803
2001*	350 503	126 702	10 300	53 546	20 963	138 061	931
2002*	286 601	122 352	10 182	42 068	13 043	98 106	850
2003*	259 794	120 694	10 128	35 176	11 839	81 113	844
2004*	264 880	123 149	10 130	34 778	12 331	83 656	836
2005**	296 000	153 334	10 406	35 064	12 418	83 940	838
2006**	409 185	149 982	10 370	72 230	22 418	153 307	878
2007**	435 736	147 959	10 446	73 146	24 269	179 040	876
2008***	440 277	127 476	3 411	112 656	28 588	167 790	356
2009***	454 191	121 852	3 286	121 874	30 277	176 561	341

2010	445 262	108 671	3 273	124 844	31 252	176 911	321
2011	436 822	105 340	3 057	117 360	33 141	177 608	316
2012	417 042	102 389	3 175	111 577	35 246	164 335	320
2013	398 268	100 845	3 516	96 780	37 805	158 992	324
2014	390 113	98 948	3 553	90 839	42 492	153 936	339
2015	383 759	93 543	3 601	86 127	44 969	155 137	334
2016	392 969	88 157	3 791	85 671	48 563	166 414	360

Fonte: Góis e Marques (2018: 6), podendo ser consultado em:
<https://journals.openedition.org/eces/3307>.

“Fontes: 1980-1995: INE – Instituto Nacional de Estatística, Estatísticas Demográficas e SEF, Estatísticas, *apud* Baganha, 1996; 1996-2001: INE, Estatísticas Demográficas, 1996-2001; 2001-2012: SEF, Estatísticas [<http://sefstat.sef.pt/relatorios.aspx>]; 2013-2016: INE, População estrangeira com estatuto legal de residente.

“Notas: * Inclui autorizações de residência e autorizações de permanência; ** Inclui autorizações de residência, prorrogações de autorizações de permanência e prorrogações de vistos de longa duração; *** Inclui autorizações de residência e prorrogações de vistos de longa duração.”