



MIGHEALTHNET

Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa

Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal

Maria Lucinda Fonseca
Sandra Silva
Alina Esteves
Jennifer McGarrigle

Departamento de Geografia / Centro de Estudos Geográficos
Universidade de Lisboa
2009



Autores

Maria Lucinda Fonseca | Sandra Silva | Alina Esteves | Jennifer McGarrigle

Colecção

MIGRARE Working Papers

Título

MIGHEALTHNET - Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal

Edição

Centro de Estudos Geográficos

Design da Capa e Paginação

Ra Atelier

ISBN

978-972-636-189-3

As opiniões, interpretações e perspectivas apresentadas nesta publicação são da exclusiva responsabilidade das autoras e não reflectem necessariamente as opiniões da Comissão Europeia ou da Agência Executiva para a Saúde e para os Consumidores (PHEA). Nem a Comissão Europeia, nem a Agência Executiva para a Saúde e para os Consumidores (PHEA) ou qualquer pessoa em seu nome, é responsável pelo uso que possa ser feito da informação contida nesta publicação.

Copyright © 2009 Centro de Estudos Geográficos

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou transmitida, de qualquer forma ou por qualquer meio, sem referência ao seu título e autores.

Agradecimentos

As autoras agradecem a todos quantos contribuíram para o desenvolvimento do Projecto Mighealthnet e apoiaram a construção da WIKI portuguesa.

Um agradecimento particular é devido aos parceiros que partilharam as suas experiências e ideias, na reunião efectuada em Janeiro de 2008 e nos *workshops* que tiveram lugar ao longo desse ano, cujos nomes estão indicados no final deste relatório.

Finalmente, querem também expressar o seu reconhecimento ao David Ingleby e à Cláudia de Freitas, pela leitura da primeira versão deste relatório e pelos comentários e sugestões que permitiram melhorá-lo.

Nota de Apresentação

Para enfrentar, com êxito, as necessidades relacionadas com a saúde dos imigrantes e das minorias étnicas, e para salvaguardar a saúde pública, numa população europeia cada vez mais multicultural, é fundamental promover as “boas práticas” e o intercâmbio de informações e de conhecimentos especializados, dentro de cada país e entre países. É neste contexto que surge a rede **MIGHEALTHNET- *Information Network on Good practice in Health Care for Migrants and Minorities in Europe*** (Rede de Informação e Boas Práticas em Cuidados de Saúde para Imigrantes e Minorias na Europa).

A constituição da rede MIGHEALTHNET pretende responder à escassez de meios de contacto, ao nível europeu, proporcionando uma plataforma de comunicação e uma ferramenta facilitadora da transferência de saberes e competências no domínio da saúde dos imigrantes e minorias étnicas, para profissionais de saúde, decisores políticos, investigadores, educadores, representantes de imigrantes e grupos minoritários, através do desenvolvimento de *wikis* – uma rede virtual de conhecimentos e instituições especializadas, em que podem apoiar-se para implementar e desenvolver boas práticas.

Este projecto enquadra-se no Programa de Saúde Pública da DG SANCO 2003-2008, mas a sua concepção é fundamentalmente resultado do trabalho desenvolvido por um pequeno grupo de investigadores, liderado por David Ingleby, no âmbito das actividades do *cluster* de investigação B5 – Integração Social e Mobilidade: educação, habitação e saúde **da Rede Europeia de Excelência IMISCOE - Migrações Internacionais, Integração e Coesão Social** (<http://www.imiscoe.org/>).

O consórcio do Projecto MIGHEALTHNET compreende instituições académicas e de saúde de 12 países europeus, contando ainda com a colaboração, em regime de associação, de universidades, organizações não governamentais e departamentos públicos de mais cinco países (http://mighealth.net/index.php/Main_Page).

O projecto foi co-financiado pelas instituições promotoras e pela Comissão Europeia (DG da Saúde e Defesa do Consumidor) e recebeu ainda um subsídio da Fundação Stavros S. Niarchos. A coordenação geral esteve a cargo da Escola Médica de Atenas, sendo David Ingleby (Universidade de Utrecht), o investigador responsável pela coordenação científica. Em Portugal, o projecto foi desenvolvido no Departamento de Geografia e no Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa, por uma equipa liderada por Maria Lucinda Fonseca (<http://www.ceg.ul.pt/mcm/>).

As *wikis* foram desenvolvidas em 17 países europeus (Bélgica, Bulgária República Checa, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Hungria, Lituânia, Holanda, Noruega, Polónia, Portugal, Roménia, Suécia, Suíça, Turquia e Reino Unido).

A *wiki* portuguesa está disponível em www.mighealth.net/pt. Este relatório reflecte os conteúdos da *wiki*, apresentando uma síntese do estado da arte sobre imigração e saúde em Portugal.

O texto segue a estrutura inicialmente definida para a Wiki – Base de dados Interactiva. Inicialmente, apresenta-se alguma informação que contextualiza a população imigrante e as minorias étnicas em Portugal, bem como as políticas migratória e de integração. De seguida, faz-se uma análise do estado de saúde dos imigrantes e das minorias étnicas em Portugal e uma breve caracterização do Serviço Nacional de Saúde, destacando os direitos e as condições de acesso dos imigrantes e minorias aos cuidados de saúde. Finalmente, apresentam-se alguns exemplos de “Boas Práticas” e de medidas de promoção da mudança e melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados em Portugal.

1. Imigrantes em Portugal: caracterização geral

a. Notas sobre conceitos e fontes

Em Portugal as principais entidades que recolhem e tratam dados estatísticos sobre migrações, são o Instituto Nacional de Estatística, através dos *Recenseamentos da População e das Estatísticas Demográficas* e o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF). Além disso, existe ainda um conjunto de outros organismos da Administração Pública, tutelados pelos Ministérios do Trabalho, da Educação, da Saúde, dos Negócios Estrangeiros, da Administração Interna e da Justiça, que também produzem informação estatística relevante sobre migrações internacionais. Contudo, os registos existentes nestas instituições são muito selectivos e específicos das esferas de intervenção de cada uma. Os procedimentos de recolha também são diversificados, dificultando, por isso a compatibilização de dados provenientes de diferentes fontes nacionais e as comparações internacionais (Fonseca et al., 2008).

Nas principais fontes de informação estatística disponíveis em Portugal, a variável chave para definir a população imigrante é a nacionalidade. Deste modo, na caracterização geral da população imigrante que a seguir se apresenta, salvo indicação em contrário, a referência a imigrantes designa a população residente em Portugal que não tem nacionalidade portuguesa.

Os Recenseamentos da População e os Inquéritos ao Emprego têm também alguma informação reportada ao país de naturalidade. No entanto, a utilização deste critério é mais problemática, não só porque não é considerado pelo SEF, mas também porque, no caso de pessoas nascidas nas antigas colónias portuguesas em África, nomeadamente Moçambique e Angola, não permite diferenciar a população de ascendência portuguesa nascida naqueles territórios que veio para Portugal a seguir à independência desses países, dos imigrantes de origem étnica africana

b. População imigrante

Durante séculos Portugal foi um país de emigração, vendo muita da sua população partir em diáspora para outros países. Desde os anos 60 do século XX e com especial incidência a partir de 1974, Portugal começou a receber migrantes dos Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), com particular relevância para Cabo Verde. Durante a década de 80, particularmente desde a adesão de Portugal à Comunidade Europeia, este processo aumentou exponencialmente diversificando-se os fluxos de entradas, nomeadamente com a chegada de imigrantes laborais do Brasil e de outros países dos PALOP, tais como Angola e Guiné-Bissau. Os anos 90 do século XX caracterizam-se pela consolidação e crescimento da população imigrante residente em Portugal com destaque para as comunidades oriundas dos PALOP e do Brasil, assim como pela emergência gradual de novos fluxos migratórios vindos da Europa de Leste e dos países da Ex-URSS. Em Portugal os imigrantes oriundos do continente asiático são menos numerosos. Contudo, é importante notar o recente crescimento dos chineses, paquistaneses, indianos e bangladeshes. Também a chegada de cidadãos de todo um conjunto de países do continente africano, embora em número muito reduzido, é de realçar. Assim, devido a um contexto social, económico e político favorável, que proporcionou a chegada destes fluxos migratórios, no início do século XXI, Portugal passou a ser considerado um país não só de emigração mas também de imigração (Fonseca, 2008).

Em 2007, segundo os dados provisórios do Ministério da Administração Interna, residiam legalmente em Portugal 435.736 estrangeiros¹, o que corresponde a 4,1% da população residente em território nacional², confirmando um aumento sustentado destas populações desde 2003 (com excepção do ano 2005 em que houve um ligeiro decréscimo). Numa análise mais detalhada destes dados por nacionalidade, podemos verificar que os nacionais do Brasil e de Cabo Verde são os grupos de maior dimensão, representando, cada um, 15% do total da população imigrante a residir legalmente em território nacional. Os ucranianos (9%), seguidos dos angolanos (8%) e dos cidadãos oriundos da Guiné-Bissau (5%), ocupam a terceira, quarta e quinta posição respectivamente na lista dos principais países emissores.

Deve ainda salientar-se que, pela primeira vez, a nacionalidade brasileira passou a ser a mais representativa, em detrimento da cabo-verdiana, situação que já era previsível pela evolução crescente do fluxo de brasileiros, face a um crescimento sustentado da comunidade cabo-verdiana³.

Uma outra característica da imigração contemporânea em Portugal é a elevada presença de migrantes indocumentados. Tal como em Espanha, Itália e Grécia, a irregularidade provisória faz parte das histórias migratórias de uma parte significativa dos imigrantes e dos seus descendentes a viver em Portugal⁴. Hoje em dia é muito difícil quantificar o número de estrangeiros indocumentados a viver em Portugal. No entanto, segundo as estimativas de várias instituições, pode haver dezenas de milhares de imigrantes em situação irregular, principalmente brasileiros (Fonseca e Goracci, 2007).

A distribuição da população estrangeira pelo território nacional revela um padrão bastante assimétrico, sendo que a grande maioria do efectivo populacional imigrante se fixa na faixa litoral do país, em especial nos distritos de Lisboa, Faro, Setúbal e Porto. Esta é a grande tendência, ainda que a partir do ano 2000 tenha surgido um novo padrão de distribuição espacial, com a população imigrante a fixar-se em áreas rurais e periurbanas (Fonseca e Malheiros, 2003; Baganha e Fonseca, 2004; Fonseca, 2008). Vários estudos (por exemplo, Malheiros e Mendes, 2007; Fonseca et al., 2002) referem também que os cidadãos de países terceiros têm piores condições de habitação, vivendo em alojamentos sobrelotados, em barracas ou noutras habitações sem condições de habitabilidade, apresentando maior risco de pobreza e exclusão social.

Em Portugal, a imigração masculina tem sempre apresentado índices superiores à feminina, embora, nos últimos anos, esta tendência tenha sido atenuada por via do reagrupamento familiar. Assim, em 2007, dos 435.736 imigrantes a residir legalmente no País, 55% (240.096) são homens e 45% (195.640) são mulheres.

1 Estrangeiros Residentes refere-se aos imigrantes com permanência regular de longa duração no país. Isto é, imigrantes que sejam detentores de um título de residência, de uma prorrogação de autorização de permanência ou sejam portadores de prorrogação de permanência de longa duração.

2 Segundo o Relatório de Actividades do SEF, a população imigrante a residir legalmente em Portugal, registou um acréscimo, face a 2006, de 3,7%.

3 A imigração cabo-verdiana é de carácter residual, ocorrendo eminentemente ao abrigo do reagrupamento familiar e para estudos, enquanto que a imigração brasileira é essencialmente laboral, embora também haja indícios de reunião familiar.

4 Desde os anos 1990 houve em Portugal 5 campanhas de regularização: duas campanhas extraordinárias de regularização (1992/1993 e 1996) baseada em atestados de residência; entre Janeiro e Novembro de 2001 houve uma campanha baseada nos contratos de trabalho; em 2003 houve uma campanha de regularização que incidiu sobre a comunidade brasileira e foi baseada no acordo especial assinado entre Portugal e Brasil; e em 2004 houve uma outra campanha que decorreu entre Abril e Junho desse ano baseada nos contratos de trabalho anteriores a 12 Março de 2003 e nas contribuições dos trabalhadores para o Estado português.

A maioria dos grupos de estrangeiros apresenta uma estrutura etária clássica, dominada por pessoas jovens em idade activa. A população entre 20 e 39 anos e dos 40 aos 64 anos, corresponde, respectivamente a 50% e 25% dos migrantes que, em 2007, residiam legalmente em Portugal. A proporção dos habitantes com idade inferior a vinte anos (25%) também é significativa, devido à reunificação familiar. Contudo, a percentagem de idosos (65 anos e mais) é bastante inferior à da população nativa, constituindo apenas 4% do total de residentes estrangeiros documentados.

Em consequência do abrandamento da economia portuguesa e do aumento do desemprego desde 2002, os imigrantes têm crescentes dificuldades em encontrar trabalho. Consequentemente, entre 2001 e 2006, o número de imigrantes desempregados aumentou de 8012 para 21673, afectando sobretudo os ucranianos e os brasileiros. Em 2006 a taxa de desemprego da população masculina nascida em Portugal atingia 6,9%, sendo que o valor equivalente para os homens nascidos no estrangeiro era de 8,2%. A taxa de desemprego das mulheres era ainda mais elevada: 9,3% para as que nasceram em território nacional e 11,4% para as naturais de um país estrangeiro (OECD, 2008).

Segundo dados analisados por Peixoto (2008:27), em 2006, os trabalhadores estrangeiros constituíam aproximadamente 6% da população activa nacional. Se analisarmos os estrangeiros por situação na profissão, segundo dados dos *Quadros de Pessoal do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social* referentes a Outubro de 2005, dos 153.977 estrangeiros a trabalhar no sector privado com contrato de trabalho⁵, 96,9% eram trabalhadores por conta de outrem (TOC) e apenas 3% eram empregadores ou trabalhadores independentes. A maioria dos empregadores eram nacionais de países da União Europeia, enquanto que os TOC eram sobretudo de “Outros países da Europa”, PALOP e Brasil (MTSS, 2005:24). Em 2005, os estrangeiros trabalhadores por conta de outrem (TCO), correspondiam a 5,2% do total de pessoas ao serviço (mais 11.403 do que em 2004), predominando o sexo masculino (62,3%). Quanto às nacionalidades, a maioria eram originários de “Outros países da Europa”, com um peso maioritário de países como a Moldávia, Roménia, Rússia e Ucrânia, com 35,3%. Destacam-se também os cidadãos oriundos dos PALOP que representam 28,4% e do Brasil 20,3%.

Na distribuição dos TOC por grandes grupos de profissões, são significativas as diferenças entre portugueses e estrangeiros. Quase 50% dos TOC com nacionalidade estrangeira eram, em 2005, profissionais semi-qualificados e não qualificados, enquanto os de nacionalidade portuguesa representavam cerca de 30% (MTSS, 2005:17). As profissões com maior número de trabalhadores imigrantes são aquelas que não requerem nenhuma qualificação ou exigem profissionais semi-qualificados (operários, artífices e trabalhadores similares, operadores de maquinaria e trabalhadores de montagem e trabalhadores não qualificados), seguidos pelos trabalhadores dos serviços e vendedores (MTSS, 2005:22). Não obstante, é de realçar que estes dados não incluem os trabalhadores domésticos, trabalhadores temporários e em situação irregular. Por conseguinte, o número de estrangeiros está significativamente sub-representado e a estrutura profissional de algum modo distorcida, especialmente no caso do emprego feminino.

Na distribuição dos TOC estrangeiros por níveis de qualificação, com registo nos *Quadros de Pessoal do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social*, verificamos que no geral os estrangeiros detêm níveis de habilitações similares aos trabalhadores nativos. Contudo, a percentagem dos que têm o ensino superior é ligeiramente inferior à média global (7,5% e 11,3% respectivamente) e a proporção dos que têm qualificações iguais ou superiores ao 2º ciclo do ensino básico é ligeiramente superior à referente ao número total de empregados (50,9% e 48,3%) (MTSS, 2005:17).

⁵ Inclui também os trabalhadores dos serviços públicos com contratos individuais de trabalho.

c. Contexto político

No que diz respeito aos direitos dos imigrantes, a Lei Portuguesa pode ser considerada extremamente positiva. Nos artigos n.º 13 e n.º 15 da Constituição Portuguesa, é reconhecido o princípio da igualdade entre todos os cidadãos e são garantidos aos nacionais de países estrangeiros que residem legalmente em território português, todos os direitos de cidadania – direitos cívicos, sociais e económicos, à excepção dos direitos políticos⁶. Também a Lei n.º 134/99 de 28 de Agosto proíbe as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica. Para além disso Portugal é signatário dos principais instrumentos internacionais relativos aos direitos humanos e à protecção dos trabalhadores migrantes.

No caso específico da cidadania política, a Lei 50/96 de 4 de Setembro de 1997, estipula que os nacionais da UE, os cidadãos dos PALOP com residência há mais de dois anos, e os demais estrangeiros com residência legal há mais de três, podem exercer o direito de voto nas eleições locais. Esta Lei estipula ainda que os estrangeiros são elegíveis para os órgãos representativos das autarquias locais desde que tenham, no caso dos PALOP, quatro anos de residência legal em Portugal e para os demais estrangeiros, cinco anos. Não obstante, é importante realçar que o direito de voto e de elegibilidade funciona com base em condições de reciprocidade (Baganha e Marques, 2001:31-35; Fonseca, 2005).

Nos últimos anos Portugal registou uma evolução positiva na política de imigração, tendo vindo a delinear-se um enquadramento legal integrado, favorável ao acolhimento e integração dos imigrantes na sociedade portuguesa, em todos os seus vectores. São exemplos deste salto qualitativo, as alterações introduzidas pela nova Lei da Nacionalidade (Lei Orgânica n.º 2/2006, de 17 de Abril), pelo Regime Jurídico de Entrada, Permanência, Saída e Afastamento de Estrangeiros do Território Nacional “Lei da Imigração” (Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho) e a elaboração do Plano para Integração dos Imigrantes (Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, de 3 de Maio). Estes instrumentos legislativos visam, como pode ler-se no Relatório de Actividades do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras referente a 2007, estruturar a «*actual política nacional de imigração em torno de quatro grandes eixos: regulação dos fluxos migratórios, promoção da imigração legal, luta contra a imigração clandestina e integração dos imigrantes*» (SEF, 2007: 5).

A nova Lei da Nacionalidade (Lei Orgânica n.º 2/2006, de 17 de Abril) modificou profundamente as condições anteriores de atribuição e aquisição da nacionalidade portuguesa (definidas pela Lei n.º 37/81, de 3 de Outubro). De entre essas alterações salienta-se o reforço do princípio do *ius soli*, (direito do solo), facilitando o acesso à cidadania portuguesa de muitos descendentes de imigrantes nascidos em Portugal⁷. Pela nova lei é atribuída a nacionalidade portuguesa através de dois processos: nacionalidade de origem ou aquisição (por vontade própria, por adopção ou por naturalização). No domínio da aquisição da nacionalidade, foram diminuídas exigências no processo de naturalização, tendo sido introduzido, para efeitos de atribuição ou de aquisição da nacionalidade, um novo conceito de residência legal no território português, cuja prova pode ser efectuada através de qualquer título ou visto válido (autorização de residência, autorização de permanência, visto de trabalho, visto de

⁶ A garantia dos direitos cívicos é universal, mas os direitos sociais e económicos, embora estejam desligados do factor nacionalidade, estão associados ao estatuto de residência e ao modo de incorporação económica.

⁷ Segundo Carrilho e Patrício (2006) entre 1995 e 2004 a taxa de recém-nascidos com mãe estrangeira quase que triplicou, sendo em 2004 7,8% no número total de nascimentos. A partir do momento em que estas crianças, com um ou mais pais imigrantes, obtêm nacionalidade portuguesa tornam-se invisíveis em termos estatísticos. Para mais informações sobre o impacto demográfico dos imigrantes em Portugal ver Rosa, Seabra e Santos (2004).

estudo, visto de estada temporária e extensão da autorização de permanência), e não apenas mediante autorização de residência, desde que fique preenchido o requisito do tempo de residência necessário. Por outro lado, nos casos de naturalização de estrangeiro residente legal em território português, deixa de existir a discriminação em função da nacionalidade do país de origem, passando a ser exigido, para todos, seis anos de residência. Outro aspecto inovador consiste na equiparação da união de facto ao casamento, para efeitos de aquisição da nacionalidade portuguesa, por parte do cidadão estrangeiro que viva com um cidadão nacional, desde que judicialmente reconhecido⁸.

Segundo a nova lei, no domínio da aquisição da nacionalidade, é atribuída nacionalidade portuguesa de origem aos: nascidos no território português, filhos de estrangeiros, se pelo menos um dos progenitores também aqui tiver nascido e aqui tiver residência, independentemente do título, ao tempo do nascimento do filho; aos nascidos no território português, filhos de estrangeiros que não se encontrem ao serviço do respectivo Estado, se declararem que querem ser portugueses, desde que, no momento do nascimento, um dos progenitores aqui resida legalmente há, pelo menos, cinco anos. Foi ainda consagrado um direito subjectivo à naturalização por parte dos menores nascidos no território português, filhos de estrangeiros, se, no momento do pedido, um dos progenitores aqui residir legalmente há cinco anos, independentemente do título; ou se o menor aqui tiver concluído o primeiro ciclo do ensino básico. A nova lei da nacionalidade também vem beneficiar os emigrantes portugueses de 2.ª geração, permitindo-lhes um acesso mais fácil à aquisição da nacionalidade, desde que comprovem que têm um ascendente em 2.º grau com nacionalidade portuguesa (DL. nº 237-A/2006 de 14 de Dezembro).

Em todos estes casos, são exigidos conhecimentos da língua portuguesa (Portaria 1403-A/2006, de 15 de Dezembro) e é obrigatório que os requerentes não tenham sido julgados e condenados a pena igual ou superior a três anos segundo a Lei Portuguesa. A aquisição de nacionalidade portuguesa apenas implica a perda da nacionalidade de origem se a lei no país de origem assim o determinar.

Finalmente, o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras deixa de aceitar e instruir os pedidos de aquisição da nacionalidade por naturalização, passando esta competência para as conservatórias do registo civil e para a Conservatória dos Registos Centrais que concentra assim todos os pedidos de atribuição e de aquisição da nacionalidade portuguesa.

As condições de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional, bem como o estatuto de residente de longa duração foram também profundamente alterados pela nova “lei da imigração” (Lei n.º 23/2007, regulamentada através do Decreto Regulamentar n.º 84/2007, de 5 de Novembro). Algumas dessas mudanças melhoraram bastante as condições de inserção dos imigrantes na sociedade portuguesa, através da simplificação dos requisitos para o reagrupamento familiar e da criação de um regime excepcional de obtenção de autorizações de residência para imigrantes que evidenciem fortes vínculos com o país, nomeadamente: menores que nasceram e sempre viveram em Portugal, e se encontrem a frequentar o ensino pré-escolar, básico, secundário ou profissional, e maiores, também naturais de Portugal, que daqui não se tenham ausentado ou que aqui tenham permanecido desde a idade inferior a 10 anos. A Lei n.º 23/2007 criou também um título único

⁸ Em 2007 o SEF emitiu 6.684 certificados para aquisição de nacionalidade portuguesa original, 2.068 certificados para a naturalização de menores, 8.733 certificados para a naturalização de adultos e elaborou 3.178 pareceres sobre pedidos de aquisição de nacionalidade portuguesa por adopção ou vontade. Já em 2008 esses valores passaram a ser respectivamente de 8.053, 2.756, 30.090 e 5.158. Os imigrantes que obtenham a nacionalidade portuguesa tornam-se invisíveis na maioria das estatísticas.

que permite a entrada em Portugal para a fixação de residência⁹, introduziu um regime específico para a imigração de natureza temporária, simplificou o sistema de admissão de cientistas, docentes universitários e estrangeiros altamente qualificados e consagrou um regime especial de concessão de Autorização de Residência a vítimas de tráfico de pessoas e de auxílio à imigração ilegal.

No que diz respeito às atitudes públicas e comportamentos discriminatórios da população portuguesa face aos imigrantes e minorias étnicas, segundo um relatório da Agência Europeia dos Direitos Fundamentais (FRA) divulgado em 2005 e intitulado *“Majority Attitudes towards Migrants and Minorities: Key findings from the Eurobarometer and the European Social Survey”*, Portugal é o quarto país da União Europeia que mostra mais resistência à imigração (EUMC, 2005). O estudo revelou ainda que um em cada seis portugueses tem reservas em relação à entrada de imigrantes, com 62,5 por cento dos inquiridos a responderem contra a entrada de mais estrangeiros no país. Ainda assim estes resultados não divergem muito do que é a média europeia e estão directamente relacionados com populações cujas qualificações são mais baixas, residentes em meio rural e com salários inferiores, situação que tem de ser considerada aquando da análise dos resultados. Por outro lado, estes dados vêm no seguimento de uma regularização extraordinária dos imigrantes em Portugal, pelo que a percepção da sua presença na sociedade portuguesa também é muito maior.

Não obstante estes resultados, a posição dos portugueses face aos imigrantes e à diversidade cultural é geralmente mais positiva comparativamente com outros países europeus, talvez devido à longa experiência de Portugal enquanto país de emigração. Por exemplo, num outro relatório analítico sobre discriminação na União Europeia, publicado pelo Eurobarómetro em Fevereiro de 2008, Portugal surge como um dos países onde os seus cidadãos têm maior consciência sobre a igualdade de oportunidades, consideram ser necessário haver mais apoio legislativo contra a discriminação e onde a experiência de discriminação é mais baixa, particularmente no sector da saúde (Eurobarómetro, 2008). Também alguns estudos de âmbito nacional, sobre o racismo, tais como Vala (1999), Vala, Brito e Lopes (1999) e os trabalhos de Lages e Policarpo (2003) e Lages et al. (2006) sobre as imagens e atitudes recíprocas entre portugueses e imigrantes, permitem ter uma percepção das diferenças étnicas e culturais, designadamente em termos de preconceito e discriminação, quer da população portuguesa face aos imigrantes, quer dos imigrantes face à população portuguesa e a outros grupos de imigrantes. Todos eles concluem que as atitudes da população portuguesa face à imigração em geral, são algo contraditórias. Assim, no último estudo atrás referido, se por um lado a maioria dos portugueses reconhece a importância dos imigrantes para a economia do país e para a concretização de tarefas que aqueles não querem desempenhar e defende os direitos dos imigrantes (desde que estes tenham trabalho e não cometam crimes), por outro, há uma maioria que considera que o número de imigrantes em Portugal deveria diminuir (Lages et al., 2006:358).

São várias as formas legais pelas quais o Estado Português procura combater a discriminação fundada na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica, deficiência, idade ou orientação sexual, religião ou credo, língua, instrução, situação económica ou condição social. Esta preocupação encontra-se evidente em várias normativas legais, sendo de salientar a própria Constituição da República (Art.ºs 13.º, 15.º 26.º) e a Lei n.º 134/99, de 28 de Agosto e o Decreto-Lei n.º 111/2000, de 4 de Julho, que a regulamenta.

⁹ Assistiu-se, assim, à introdução de um novo conceito de residência legal em território português, entendendo-se que residem legalmente em Portugal não apenas os titulares de autorização de residência mas, igualmente, os detentores de qualquer título válido.

Portugal tem também transposto as normas europeias anti-discriminação para a lei nacional. A transposição da legislação europeia aprovada em 2000 (directivas 2000/43/CE e 2000/78 /CE), ocorreu através da Lei n.º 18 /2004, de 11 de Maio, que transpôs para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2000/43 /CE, do Conselho, de 29 de Junho, que aplica o princípio da igualdade de tratamento entre as pessoas, independentemente da raça ou origem étnica e aplicável não só no âmbito do emprego, como noutras áreas, tais como a educação, a segurança social e outros benefícios (ex. distribuição gratuita de medicamentos, adesão a sindicatos ou acesso a orientação profissional e formação), os cuidados de saúde e o acesso a bens e serviços disponíveis ao público em geral, incluindo habitação. Em relação à Directiva 2000/78/CE, do Conselho, de 27 de Novembro que estabelece um quadro geral de igualdade de tratamento no emprego e na actividade profissional, o Código do Trabalho e a Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho, unificaram a proibição geral da discriminação que, relativamente a alguns motivos, já estava prevista em legislação anterior.

De referir também a criação do Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, actualmente Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, através do Decreto-Lei n.º 251/2002 de 22 de Novembro; da Comissão para a Igualdade e Contra a Discriminação Racial (CICDR), através da Lei n.º. 134/99, de 28 de Agosto; e a Comissão da Liberdade Religiosa (CLR), através da Lei 16/2001, de 22 de Junho (Lei da Liberdade Religiosa).

Nesta matéria é ainda de salientar o Plano para a Integração dos Imigrantes (PII) (ACIDI, 2007), criado através da Resolução de Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, de 3 de Maio. Este Plano tem um prazo de execução de 2007 a 2009 e envolve 13 Ministérios, que se comprometem a implementar 122 Medidas com 295 metas, distribuídas por 9 áreas de intervenção sectorial (Trabalho, Emprego e Formação Profissional; Habitação; Saúde; Educação; Solidariedade e Segurança Social; Cultura e Língua; Justiça; Sociedade de Informação e Desporto) e 11 áreas de intervenção transversal (acolhimento; descendentes de imigrantes; reagrupamento familiar; racismo e discriminação; liberdade religiosa; associativismo imigrante; media; relações com países de origem; acesso à cidadania e direitos políticos; questões de género e tráfico de seres humanos).

O Plano para a Integração dos Imigrantes (PII) surge no seguimento das recomendações da Comissão Europeia, de 2000 e 2001, para a implementação de políticas de imigração que tenham em conta não apenas os aspectos económicos e sociais da integração mas, igualmente, as questões relativas à diversidade cultural e religiosa, cidadania, participação e direitos políticos¹⁰ e baseia-se no Princípio Básico Comum n.º 10 da Agenda Comum para a Integração, que situa a inclusão de políticas e de medidas de integração em todos os domínios políticos e níveis de governo e de serviços públicos no centro da formulação e implementação de políticas públicas¹¹ (ACIDI, 2008:5).

Segundo o relatório anual de execução do Plano para a Integração dos Imigrantes (PII), relativo ao período de Maio de 2007 a Maio de 2008, foram cumpridas mais de oitenta por cento das metas definidas até 2009, sendo que em quatro áreas de intervenção a taxa de execução atingiu 100%.

Com o objectivo de proteger os seus direitos e interesses, os imigrantes residentes em Portugal têm vindo também a organizar-se em associações, sendo neste momento quase uma centena

¹⁰ Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões, relativa à imigração, à integração e ao emprego (COM /2003/336 final).

¹¹ Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões, relativa a uma agenda comum de enquadramento para a integração de nacionais de países terceiros na União Europeia (COM/2005/289 final).

as associações de imigrantes reconhecidas pelo ACIDI. Estas associações de imigrantes representam cidadãos de diversos países, nomeadamente: Brasil, Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Guiné-Conakri, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Ucrânia, Moldávia, Roménia, Rússia, China e Filipinas, entre outros.

Em suma, a integração dos imigrantes na sociedade portuguesa ganhou nos últimos anos do século XX uma importância crescente, constituindo hoje uma prioridade política. Muito embora as abordagens nacionais sejam marcadas pelas especificidades inerentes ao próprio país, Portugal tem tentado harmonizar as suas políticas nacionais de imigração e integração com as directivas comunitárias e tem procurado promover e facilitar o acolhimento e integração dos imigrantes. Esse esforço reflecte-se no *Índice das Políticas de Integração*¹² (MIPEX) publicado em 2007, que coloca Portugal em segundo lugar na classificação das medidas governamentais de integração dos imigrantes em 25 Estados da EU, no Canadá, Noruega e Suíça. De acordo com este relatório, «Portugal criou um quadro jurídico composto por políticas favoráveis e por boas práticas para a integração dos imigrantes, destacando-se, entre estas, as políticas referentes ao acesso ao mercado de trabalho, reagrupamento familiar e combate à discriminação» (Niessen, Huddleston e Citron, 2007:146-151). Contudo, conforme referido por Fonseca e Goracci (2007), apesar das melhorias introduzidas em alterações legislativas recentes, nomeadamente da Lei da Nacionalidade, subsistem alguns aspectos com índices menos favoráveis, nomeadamente os direitos eleitorais, segurança do estatuto da nacionalidade e de residente de longa duração e ainda os requisitos para a reunificação familiar.

2. Estado de saúde

a. Fontes de informação

Lamentavelmente, em Portugal há poucas instituições que recolhem dados sobre imigração e saúde. Para além do INE, através de alguns indicadores dos censos (efectuados de 10 em 10 anos) e do Inquérito às condições de vida e rendimento das famílias (aplicado anualmente), a Autoridade para as Condições do Trabalho publica dados relativos ao número de acidentes mortais por nacionalidade, segundo o sector de actividade, em relatórios anuais. Outra fonte importante é o Inquérito Nacional de Saúde, implementado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, mas que apenas na última aplicação, em 2005/2006, incluiu a nacionalidade do inquirido como indicador (Cf. Dias et al., 2008a). Ainda assim, este inquérito contém informação sobre vários aspectos da saúde dos imigrantes e da população portuguesa (ex. estado de saúde percebido e real, dificuldades de acesso aos serviços e cuidados médicos, etc.), numa base comparativa bastante útil. Também os Serviços de Registo e Notariado dispõem de alguns dados por nacionalidade, principalmente sobre nascimentos e mortes. Para além destas instituições e como já foi referido anteriormente, existe ainda um leque variado de serviços que dispõem de registos individuais que contemplam a nacionalidade dos seus utentes, mas que não estão acessíveis para consulta pública, quer porque não estão devidamente sistematizados, quer porque se destinam apenas ao uso interno dos próprios serviços. A título de exemplo, referem-se os arquivos dos vários centros de saúde e hospitais, os serviços que prestam cuidados materno-infantis, os serviços de apoio a doenças mentais, infecto-contagiosas ou de saúde pública.

¹² O MIPEX integra 140 indicadores, distribuídos por cinco áreas fundamentais para a integração dos imigrantes: acesso ao mercado de trabalho, reagrupamento familiar, participação política, acesso à nacionalidade e medidas de combate ao racismo e à discriminação.

b. Estado da arte

Em Portugal a temática da saúde e imigração é bastante recente, pelo que há ainda um elevado desconhecimento do acesso efectivo dos imigrantes aos cuidados de saúde e são escassos os estudos epidemiológicos sobre o seu “estado de saúde”. Por outro lado, a informação disponível sobre esses trabalhos e os seus resultados, além de limitada, encontra-se dispersa por diferentes instituições ou áreas científicas.

Relacionado com a escassez de informação está também a inconsistência nos processos de recolha de dados nesta área e a falta de sistematização dos mesmos. Quem trabalha no domínio da saúde ou que está interessado em estudar a temática da imigração e saúde reconhece os problemas existentes e realça a urgência de encontrar soluções.

Alguns esforços já estão a ser realizados no sentido de colmatar as falhas existentes ao nível da divulgação da informação disponível e de alertar os poderes públicos para a necessidade de se fazer mais investigação nesta área. Foi nesse sentido que, por exemplo, em 2007 o Observatório da Imigração publicou um número especial da revista científica *Migrações* sobre “Imigração e Saúde” e editou várias teses de mestrado concluídas recentemente que abordam a mesma temática (Sousa, 2006; Monteiro, 2007; Manuel, 2007; Lopes, 2007). De igual modo, a conferência internacional “Saúde e Migrações na UE: melhor saúde para todos numa sociedade inclusiva”, organizada no âmbito da Presidência Portuguesa da UE, assim como a publicação de uma série de estudos patrocinados pelo Governo de Portugal nesse contexto (ACS, 2008; Portugal, 2007; Fernandes, 2007; Barros e Simões, 2007; George, 2007) deram um valioso contributo para colocar a problemática da saúde dos imigrantes na agenda da UE e de outras instituições internacionais.

Apesar da investigação neste domínio ser ainda muito limitada, tem suscitado um interesse crescente por parte de investigadores e profissionais de saúde, com distintas formações disciplinares. Os estudos já realizados abordam problemáticas muito diversas, embora tenham privilegiado:

- o acesso dos imigrantes a formas particulares de assistência médica, nomeadamente: o acesso aos cuidados primários de prevenção do HIV (Santana e Nogueira, 2005a, 2005b; Távora-Tavira et al., 2007; Nossa, 2000; 2002; Faria e Ferreira, 2002; Matos, Gonçalves e Gaspar, 2005; Dias et al., 2002, 2004; Williamson et al., 2008);
- o acesso à saúde materno-infantil (Machado et al., 2006; Calado et al., 1997; Manuel, 2007; Monteiro, 2007);
- acesso às consultas de saúde sexual e reprodutiva (Alarcão et al., 2008a; Harding et al., 2006a, 2006b; Lopes, 2007);
- e o acesso aos cuidados de saúde mental (Rosa, 2007; Pussetti, 2006; Dias, 2005; Lechner, 2005a; Costa e Mota, 2000).

Existem ainda alguns trabalhos que abordam a problemática do acesso e utilização dos cuidados de saúde por parte dos imigrantes, centrando a análise em questões mais genéricas como, por exemplo, as condicionantes que afectam o acesso e a qualidade dos serviços prestados, ou as respostas encontradas para colmatar alguns dos problemas que dificultam a relação entre os imigrantes e os serviços de saúde (Leandro et al., 2002; Gonçalves et al., 2003; Andrade, 2006; Godinho et al., 2007; Dias e Gonçalves, 2007; Dias, Severo e Barros, 2008).

Para além destas questões, há também estudos que abordam um conjunto de outras temáticas relacionadas, por exemplo, com: a) as representações sociais sobre saúde (Bäckström, 2006); b) os estilos de vida dos adolescentes cabo-verdianos (Gonçalves et al., 2005; Gaspar et al., 2005); c) ou que se centram em problemas de saúde com elevada incidência nas comunidades imigrantes, como as doenças mentais, cardiovasculares, a diabetes ou a saúde oral (Monteiro, 2008, 2006; Harding et al., 2008; Dias, Matos e Gonçalves, 2002; Dias et al., 2004; Lechner, 2005a, 2005b, 2007; Abukumail et al., 2007; Carreira et al., 2007; Nicola e Carreira, 2007; Ferrinho, 2003).

Importa ainda salientar que os estudos que procuram analisar a relação entre diferentes aspectos da saúde e as condições sociais da população estrangeira têm também vindo a ganhar relevo nas preocupações de alguns estudiosos, com destaque para Santana (2002, 2004, 2005 e 2007).

Na maioria dos casos, estes estudos foram desenvolvidos por investigadores que trabalham na área das ciências médicas ou saúde pública, nomeadamente no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. Não obstante, Machado (2007) realça que, recentemente, núcleos mais pequenos de outros centros de investigação nas áreas da medicina, sociologia, antropologia e geografia, começaram a desenvolver investigação nesta temática. Desses centros podemos, a título de exemplo, referir o Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, o Centro de Estudos Antropológicos e o Centro de Estudos Africanos do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, o Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra e o núcleo de Investigação *MIGRARE* – Migrações, Espaços e Sociedades do Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa. Também a Universidade Aberta tem estimulado alunos dos cursos do 2º ciclo a desenvolverem as suas teses na área da imigração e saúde.

c. Estado de saúde dos imigrantes

Os estudos sobre as características epidemiológicas dos diferentes grupos de imigrantes são praticamente inexistentes e a informação disponível, em muitos casos, não está publicada, é de difícil acesso ou mesmo inacessível. Não obstante, actualmente começa a haver alguns dados, ainda que escassos, sobre o estado de saúde e os problemas que mais afectam as comunidades imigrantes residentes em Portugal.

Segundo o Quarto Inquérito Nacional de Saúde¹³, os imigrantes apresentam um estado de saúde mais favorável que os portugueses (62,8% classificam o seu estado de saúde como bom ou muito bom); os imigrantes têm menor propensão para a incapacidade física de curta duração; e registam menor prevalência de doenças crónicas (à excepção da asma). Por outro lado, segundo os profissionais de saúde, os imigrantes recém-chegados tendem a experimentar problemas de saúde e a ter necessidade de cuidados muito similares à população nativa. Contudo, os imigrantes parecem estar mais susceptíveis a determinados problemas de saúde e comportamentos de risco, nomeadamente insuficiências alimentares, gravidez de risco e/ou precoce, depressão e outras doenças psicológicas,

¹³ O Inquérito Nacional de Saúde (INS) é um instrumento de medida e de observação em saúde, que recolhe dados de base populacional, gera estimativas sobre alguns estados de saúde e de doença da população portuguesa, bem como as respectivas determinantes e estuda a sua evolução ao longo do tempo. Até à data foram já realizados quatro INS (1987, 1995/1996, 1998/1999 e 2005/2006) utilizando amostras probabilísticas representativas da população de Portugal Continental (1º, 2º e 3º INS) e também das Regiões Autónomas dos Açores e Madeira (4º INS). A questão da imigração foi apenas contemplada no primeiro e no último INS.

alcooolismo, violência doméstica, comportamentos sexuais de risco que resultam na aquisição de doenças infecciosas (ex. HIV-Sida, Tuberculose, Hepatites, etc.), acidentes de trabalho, violência intra-comunidade, etc. (Carballo, 2007a; Ingleby et al., 2005; Fonseca et al., 2005). As particularidades do estado de saúde física e mental dos imigrantes residentes em Portugal, relativamente à população autóctone, requerem uma análise cuidada, pelo que apresentamos em seguida uma breve síntese das conclusões de estudos relativos a diferentes domínios de saúde.

Saúde Materno-Infantil

Harding et al. (2006a, referido por Machado et al., 2006), num estudo em que analisaram todos os nascimentos registados em Portugal entre 1995 e 2002, além de terem verificado diferenças na idade da maternidade das mulheres portuguesas e das imigrantes africanas (caracterizando-se as primeiras pela diminuição do número de nascimentos antes dos vinte anos e as segundas pelo aumento do número de nascimentos em idades muito jovens), observaram também uma maior frequência de nascimentos prematuros de baixo peso, no grupo das mães africanas do que nas portuguesas. No que se refere à evolução do peso à nascença dos nados-vivos no período estudado, registou-se uma tendência de diminuição em ambos os casos. Por outro lado, os autores concluíram ainda que, embora existam variações no peso médio das crianças dos dois grupos, são menos expressivas do que noutros países: no caso do Reino Unido, por exemplo, o peso dos recém-nascidos filhos de imigrantes é significativamente inferior ao dos filhos de mulheres britânicas. Os autores admitem que estas discrepâncias sejam mais devidas a factores ambientais do que a causas genéticas.

Tentando aprofundar esses resultados, Harding et al. (2006b) analisaram a variação do peso à nascença dos filhos de imigrantes, nascidos no Hospital Fernando da Fonseca¹⁴ (concelho de Amadora), com tempo de gestação completo. Foi possível concluir que, além de causas biológicas, os comportamentos das mães, como por exemplo, o consumo de tabaco, se reflectem em diferenças significativas no peso médio das crianças à nascença. Além disso, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre o peso médio à nascença dos descendentes de imigrantes africanos nascidos em Portugal e o das crianças de origem portuguesa e que as diferenças são menores quando se tem em conta a paridade da idade materna e gestacional em ambos os grupos.

O estudo de Machado et al. (2006), que mereceu o prémio BIAL de Medicina Clínica 2006, representa um contributo de grande relevância no domínio da relação entre as condições económicas e sociais das famílias, imigrantes e autóctones, residentes nos concelhos de Amadora e Sintra e a utilização dos serviços de saúde, nos primeiros meses de vida dos filhos. A população-alvo deste trabalho incluiu os nados-vivos que nasceram no hospital Fernando da Fonseca, entre 1 de Dezembro de 2005 e 31 de Maio de 2006, dos quais 43% são filhos de pai ou mãe estrangeiros¹⁵. Neste estudo conclui-se que a maior privação económica e marginalidade social das famílias imigrantes se reflectem em piores condições de saúde materno-infantil. Os descendentes de imigrantes registaram maior mortalidade fetal e neonatal e as mães sofreram maior número de patologias durante a gravidez, nomeadamente doenças infecciosas, facto que pode justificar-se por um início mais tardio das consultas pré-natais.

14 Unidade hospitalar que serve a população dos concelhos de Sintra e Amadora na Área Metropolitana de Lisboa.

15 A maioria dos pais de nacionalidade estrangeira, são nacionais dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

O mesmo trabalho permitiu ainda concluir que as famílias imigrantes procuram mais os cuidados hospitalares do que recorrem aos centros de saúde. As razões deste comportamento prendem-se com o facto de muitos não terem um médico de família atribuído no Centro de Saúde, com a percepção da gravidade da doença, facilidade de atendimento sem horário e ainda por ser mais fácil ocultar situações de indocumentação, desestruturação familiar ou problemas sociais graves, numa consulta de urgência do que numa consulta regular.

Saúde Sexual e Reprodutiva

No que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente ao uso de métodos contraceptivos pelas comunidades imigrantes a viver em Portugal, foi realizado em 2007 um inquérito, no âmbito de um projecto de investigação, coordenado por Rui Portugal,¹⁶ que permitiu avaliar a utilização de métodos contraceptivos pelas mulheres imigrantes das comunidades brasileira e africana a viver em território nacional. Este estudo (Alarcão et al., 2008a) permitiu saber que, das 876 mulheres entrevistadas, cerca de 89% usavam métodos contraceptivos (no 4º Inquérito Nacional de Saúde a percentagem foi de 87%), tais como: a pílula (57%), o preservativo (17%), a laqueação de trompas (16%) e o DIU (6%), entre outros. Existe uma correlação entre o controlo da natalidade e a naturalidade das entrevistadas, sendo o maior controlo exercido pelas brasileiras (93%) e as mulheres nascidas em Portugal (93%), comparativamente com as africanas (87%). Também o método utilizado tem ligações com a naturalidade da mulher, sendo que as mulheres naturais de Portugal usam mais o preservativo (33%) que as africanas (15%) ou brasileiras (15%); ao invés, as brasileiras (21%) e as africanas (16%) usam mais a laqueação de trompas quando comparamos com as portuguesas (4%); já o DIU era mais usado pelas africanas (9%) do que pelas portuguesas (4%) e brasileiras (4%). A pílula foi o método contraceptivo mais utilizado independentemente da nacionalidade da mulher, e as mulheres imigrantes usam menos o preservativo comparativamente com a população portuguesa. As mulheres migrantes têm maior vigilância da sua saúde ginecológica (58% das brasileiras, 52% das africanas e 40% das portuguesas vigiam regularmente a sua saúde ginecológica). O estudo afirma também não se verificarem correlações significativas entre a utilização de métodos contraceptivos e o número de anos em Portugal.

Ainda sobre esta temática, os resultados de vários estudos (Dias, Matos e Gonçalves, 2002; Bäckström, 2006; Lopes, 2007) permitem constatar que existe um elevado desconhecimento, por parte das comunidades imigrantes, sobre os métodos contraceptivos, mas que, muitos dos comportamentos de risco e das escolhas que se fazem advêm, acima de tudo, de constrangimentos sociais (no contexto familiar, médico ou entre pares), de crenças e valores culturais existentes quer na sociedade de origem quer de acolhimento e até de conflitos pessoais. Por exemplo, no estudo de Manuel (2007) sobre as representações e práticas de planeamento familiar das imigrantes timorenses em Portugal, conclui-se que a vinda para Portugal e o contacto com um contexto social, cultural e económico diferente teve reflexos nas representações e nas práticas das mulheres timorenses relativamente ao planeamento familiar e ao seu comportamento reprodutivo. No geral, depois de chegarem a Portugal, estas mulheres tiveram que adaptar o seu comportamento sexual e as suas expectativas em relação à

¹⁶ "Acesso aos cuidados de saúde das comunidades imigrantes africana e brasileira em Portugal". A amostra é constituída por 876 mulheres entre os 15 e os 55 anos, das quais 65% são imigrantes africanas e 35% imigrantes brasileiras. Das imigrantes africanas, 54% eram de origem africana e 11% eram portuguesas pertencentes à comunidade imigrante africana.

maternidade em consequência do novo contexto em que se inseria a sua vida, tendo, para isso, obtido mais conhecimentos sobre outros métodos contraceptivos e passando a aceder, mais frequentemente e de forma mais fácil, à informação sobre planeamento familiar. Neste caso a decisão da mulher quanto à contraceção e ao método utilizado era influenciada por um vasto conjunto de situações, tais como a idade, a natureza da relação com o companheiro, as experiências passadas, o número de filhos, ou o grau de influência que essas decisões teriam na sua auto-imagem, expressão sexual e estilo de vida.

As Doenças Crónicas

As doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as cardiovasculares, respiratórias e a diabetes, também atingem largamente os imigrantes. Por exemplo, segundo os dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde, entre as doenças crónicas mais frequentes que afectam as comunidades imigrantes estão a hipertensão arterial (13,1% para imigrantes e 18,6% portugueses) e a diabetes (2,8 e 6,1% respectivamente).

O *International Centre for Migration and Health*¹⁷ iniciou em Maio de 2006 um projecto de investigação sobre migração e diabetes que está a ser implementado em vários países europeus incluindo Portugal (Alemanha, Áustria, Canadá, Espanha, Grécia, Irlanda, Itália, Noruega, Suécia, Suíça e Reino Unido). No caso português, o estudo está a ser desenvolvido pelo Instituto de Medicina Preventiva em colaboração com a Associação Protectora dos Diabéticos Portugueses¹⁸. Segundo os resultados preliminares, apresentados publicamente no dia 29 de Setembro de 2007, os grupos de imigrantes mais representativos na população-alvo da investigação incluem cidadãos nacionais de Angola, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Moçambique e Guiné-Bissau. Desta análise inicial salienta-se o elevado número de mulheres com diabetes (63% face aos 37% de homens), o facto de 50% dos diabéticos terem entre 50 a 54 ou 55 a 59 anos e de o ensino secundário ser o nível de escolaridade mais elevado (Costa et al., 2008; Costa, 2007). Segundo o mesmo estudo, a maioria dos imigrantes considera ter sido bem informado sobre a doença aquando do diagnóstico (56%) e que naquele momento tinham a doença controlada (72%). Os resultados obtidos indicam também que o diagnóstico da diabetes introduziu ligeiramente mais mudanças na vida dos diabéticos imigrantes do que na dos nativos. Assim, enquanto metade dos imigrantes afirmam que a sua vida diária é mais difícil do que antes, 53% dos não migrantes declaram que a sua vida é igual à que tinham antes de a doença ter sido diagnosticada. Registaram-se também algumas diferenças entre os dois grupos populacionais na capacidade de controlar a doença: por exemplo, os imigrantes revelaram maiores dificuldades na verificação e correcção dos níveis de açúcar, quando estão muito altos, do que a população autóctone (cerca de 40% e 20% respectivamente para cada categoria) (Costa et al., 2008).

No âmbito do projecto de investigação, atrás referido, sobre o “Acesso aos cuidados de saúde das comunidades imigrantes africana e brasileira em Portugal” foi realizado um estudo¹⁹ sobre a

¹⁷ O Centro Internacional para as Migrações e Saúde é uma instituição sem fins lucrativos e tem sede na Suíça. Foi criado em 1995 com o objectivo de desenvolver investigação, dar formação e incentivar a implementação de políticas em todas as áreas relacionadas com as migrações e saúde. Pode saber-se mais sobre esta instituição em: www.icmh.ch

¹⁸ As entrevistas decorreram entre Julho de 2007 e Março de 2008, numa comunidade africana das ex-colónias portuguesas. A amostra foi seleccionada aleatoriamente, sendo constituída por pessoas migrantes e não migrantes que vivem nos distritos de Lisboa e Setúbal e que têm idade entre os 35 e os 59 anos.

¹⁹ Este estudo baseia-se numa sub amostra do estudo “Acesso aos cuidados de saúde das comunidades imigrantes africana e brasileira em Portugal” coordenado por Rui Portugal. Esta amostra é constituída por 317 indivíduos, 77% dos PALOP e 23% brasileiros; 61% dos indivíduos são do sexo feminino.

hipertensão na comunidade africana e brasileira a viver em Portugal (Alarcão et al. 2008b). Nesse trabalho verificou-se que a prevalência de hipertensos foi de 45,4%, sendo esta superior nos homens (55,1%) do que nas mulheres (39,2%) e mais nos imigrantes dos PALOP (52,2%) do que nos brasileiros (24,3%). 42% dos hipertensos tinham consciência do seu problema de saúde, principalmente os africanos (43%), sendo que, no caso dos brasileiros, apenas um terço revelaram esse conhecimento. 47% dos hipertensos eram medicados, mais africanos (50%) do que brasileiros (33%). Observou-se ainda que, no grupo dos imigrantes africanos, o número de hipertensos tem correlação positiva com a idade (mais velhos) e o sexo (mais nos homens).

Doenças Infecciosas

Segundos dados do *European Centre for Disease Prevention and Control*²⁰ (2008), Portugal tem a taxa mais elevada de casos de HIV/SIDA da Europa, embora o número de casos diagnosticados de infecção por HIV baixasse quase 70 % em Portugal entre 2000 e 2007. Em relação à população imigrante, de acordo com os vários relatórios anuais do EuroHIV (2006, 2007, 2008), Portugal faz parte do conjunto dos países da Europa Ocidental em que a infecção VIH/SIDA na população estrangeira tem menor peso no total de casos identificados. Segundo Faria e Ferreira (2002), os estrangeiros representavam 10% do total de casos notificados de infecção VIH/SIDA em Portugal entre 1983 e 2002, sendo que os africanos constituíam 84% dos casos notificados (destes, apenas 8% não pertencem aos PALOP).

Por sua vez, num estudo internacional²¹ sobre a transmissão de variantes do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), também realizado em Portugal e envolvendo população natural da Europa (77%), África (18%), América do Sul (3%) e Ásia (1%), concluiu-se que 75% dos novos casos de sida em Portugal são pessoas que nasceram em território nacional, seguindo-se os imigrantes africanos, em terceiro os oriundos da América do Sul e em quarto lugar os imigrantes da Ásia. Observou-se ainda que dos imigrantes infectados, oriundos de países africanos e do Leste europeu, 40% contraíram a doença em Portugal uma vez que têm subtipos do vírus não existentes nos países de origem. De entre as principais conclusões, aquelas que são mais relevantes pela necessidade de intervenção política e social urgente prendem-se com o facto de: a) os pacientes infectados com o HIV e que estão a fazer tratamento continuarem a ter comportamentos de risco como a prática de sexo sem protecção e, por conseguinte, contaminarem muito facilmente as/os seus parceiro(a)s; e b) os indivíduos infectados com formas resistentes do vírus e que não sabem da situação (20% dos casos foram detectados já na fase B e C da doença, portanto com sintomas), poderem transmitir essa forma resistente a outros indivíduos, criando assim um grave problema de saúde pública uma vez que não há uma detecção da infecção no estágio assintomático (Palma et al., 2007; 2005).

.....
20 O Centro Europeu para a Prevenção e Controlo de Doenças foi criado em 2005 com o objectivo de fortalecer as defesas da Europa em relação às doenças transmissíveis. Está sedado em Estocolmo, na Suécia. Disponível em <http://ecdc.europa.eu/en/>

21 SPREAD (Strategy to Control Spread of HIV Drug Resistance) é um estudo multicêntrico e multinacional que envolve 16 países europeus. O estudo pretende avaliar, na altura do diagnóstico da infecção pelo HIV-1, qual a prevalência de mutações conferindo resistência aos medicamentos anti-retrovirais, para diferentes grupos de risco e identificar os potenciais factores de risco de transmissão. Com a duração prevista de três anos, o projecto SPREAD é coordenado a nível europeu pelo Prof. Charles Boucher, da Universidade de Utrech (Holanda) e em Portugal pelo Dr. Ricardo Camacho (Laboratório de Virologia, Hospital Egas Moniz). Em Portugal o estudo decorreu durante 2003 e os resultados provêm de uma amostra nacional de 180 utentes diagnosticados com HIV recentemente.

Apesar da concordância dos resultados das duas fontes atrás referidas, deve salientar-se que a proporção de imigrantes infectados com o VIH/SIDA, no total de ocorrências registadas é, em ambos os estudos, largamente superior à percentagem da população estrangeira no total de residentes no território nacional. Contudo, este facto não permite concluir que os imigrantes apresentem maior risco de infecção, porque se desconhecem as taxas de prevalência, na população nativa e imigrante, para estratos da amostra com o mesmo enquadramento económico e social em ambos os grupos.

Távora-Tavira et al. (2007), num estudo epidemiológico sobre as infecções sexualmente transmissíveis numa amostra constituída por 220 imigrantes africanos recém-chegados a Portugal e sexualmente activos, obteve os seguintes resultados para a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis: gonorreia (1,8%), sífilis (4,1%), hepatite B (7,3%), VIH (7,3%); não se registando nenhum caso de clamídiase genital.

Dias, Matos e Gonçalves (2002), num trabalho sobre conhecimentos, comportamentos e atitudes face ao VIH numa comunidade migrante residente na Área Metropolitana de Lisboa²², concluíram que existem diferenças de género no que diz respeito aos conhecimentos e atitudes da população africana face ao problema da SIDA. Estes autores observaram que os homens, jovens e adultos, têm poucos conhecimentos dos modos de transmissão e dos meios de prevenção do vírus, não têm percepção dos riscos de infecção, chegando mesmo a desvalorizá-lo, não se mostrando preocupados. Por conseguinte, mantêm algumas ideias erradas sobre a doença e têm maiores comportamentos de risco em relação à infecção e transmissão da doença. As mulheres, regra geral, estão mais informadas, conscientes e preocupadas sobre o que é a SIDA e os riscos de contraírem o vírus; adoptam uma atitude crítica face a algumas ideias erradas sobre a doença e tendem a assumir comportamentos mais preventivos, embora o risco de infecção seja associado ao comportamento dos homens e elas pouco podem fazer quanto a isso. Dizem ainda que há falta de informação sobre a doença na comunidade africana e que existe muita discriminação associada à doença.

Importa salientar que, embora os jovens, tanto homens como mulheres, tenham maior consciência do que é a SIDA e do risco de infecção, eles não têm um comportamento em concordância, iniciando a sua vida sexual muito cedo e sem qualquer tipo de protecção. De facto, o uso de preservativo é muito baixo. As razões apontadas para a não utilização do preservativo vão desde barreiras culturais e ideológicas aos custos e à fraca acessibilidade. Na comunidade dos PALOP o uso de preservativo está normalmente associado à prevenção de gravidez e não do HIV e relaciona-se com um conjunto de ideias como a infidelidade, relações casuais, falta de confiança, intimidade, compromisso numa relação, etc.

O aumento de novos casos de infecção pelo HIV no sexo feminino é algo que está a preocupar as instituições de saúde em Portugal que trabalham com esta problemática, principalmente porque a maioria das infectadas está em idade fértil e essa realidade tem consequências a vários níveis, tais como as repercussões que a infecção pode ter na capacidade reprodutiva da mulher e a possibilidade de transmissão vertical, em caso de gravidez. Em Portugal, o diagnóstico surge normalmente quando as mulheres realizam os testes integrantes da avaliação analítica recomendada na gravidez. Nestes casos as mulheres não apresentam nenhuma sintomatologia e este diagnóstico pode originar o surgimento de vários outros problemas graves, não só do foro psicológico mas também aos níveis culturais e sociais, relacionados com a maternidade, a gravidez e o próprio nascimento. Também a exclusão social e a

22 O estudo foi efectuado em 66 indivíduos com idade superior a 15 anos. A população era na sua quase totalidade oriunda de Angola, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau e Cabo Verde.

pobreza agravam a situação das mulheres diagnosticadas com o HIV nestas circunstâncias. Num estudo de 2007 sobre a gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa conclui-se que, toda as mulheres passam por uma situação de grande vulnerabilidade psicológica e social quando lhes é diagnosticada a infecção HIV durante a gravidez, embora essas situações de vulnerabilidade aumentem consideravelmente quando a seropositividade na gravidez é diagnosticada em mulheres migrantes (Lopes, 2007). Efectivamente, a quebra de laços familiares, a falta de recursos económicos, o isolamento e a marginalização, a dificuldade no acesso à informação e aos cuidados de saúde, são factores que tornam as comunidades imigrantes particularmente vulneráveis a esta infecção, acrescidos muitas vezes por barreiras linguísticas e culturais. Segundo dados do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde (CVEDT), o número de casos notificados de mulheres grávidas com HIV tem vindo a aumentar desde 2001, passando de 161 casos em 2000 para 371 entre 2001 e 2004. De acordo com a mesma fonte, do total das grávidas infectadas pelo HIV 44,9% são mulheres de raça negra e 45,9 são mulheres de raça branca. No ano de 2004, das 66 mulheres grávidas diagnosticadas com infecção HIV, 35 são naturais de Portugal, 30 são naturais de África e 1 é natural da Europa de Leste (CVEDT, 2005, citado por Lopes, 2007: 98).

No caso da tuberculose, sabe-se que em Portugal, a incidência da doença nos imigrantes é superior à da população em geral e que tem havido um crescimento de novos casos. É também do conhecimento geral que os imigrantes são um grupo de risco acrescido porque são maioritariamente originários de países de alta prevalência da infecção e muitos deles vivem em más condições económico-sociais. Segundo dados apresentados num artigo da Revista Portuguesa de Pneumologia, em 2003, a incidência da tuberculose por cem mil habitantes foi de 41, na população em geral de 149 na população imigrante; isto é, 3,6 vezes superior, com um total de 324 casos. Geograficamente esta situação teve maior expressão em Lisboa (21 %) e Setúbal (20 %), sendo a quase totalidade dos doentes oriundos das antigas colónias portuguesas em África, em particular de Angola (3,5 %) e Cabo Verde (2,6 %). Guiné, S. Tomé e Príncipe e Moçambique são nacionalidades de imigrantes que contam também com um número significativo de infectados com tuberculose. A maioria destes doentes são homens que residem em Portugal há mais de cinco anos (Rifes e Villar, 2003). A tuberculose também está muito associada ao HIV, constituindo uma das doenças oportunistas mais comuns.

Segundo dados do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (2005), na análise dos novos casos infecciosos da coorte de 2002, ente os imigrantes a cura foi de 78%, percentagem muito superior quando comparada com a de outros grupos de risco como os toxicodependentes e/ou infectados pelo VIH (56%) e os “sem abrigo” (46%). Por sua vez, de acordo com informações recolhidas junto de profissionais de saúde e ONG’s, no que diz respeito ao acesso à informação, aos meios de prevenção e à realização de testes, bem como ao acesso ao tratamento por parte dos imigrantes, tem havido nos últimos anos uma evolução positiva da situação em Portugal. O maior problema identificado foi o medo por parte dos imigrantes em recorrer aos serviços e tratamentos disponíveis. Este receio prende-se com os estereótipos e o estigma associados a esta infecção que faz com que as pessoas não efectuem os testes e só recorram aos serviços num estado muito avançado da doença ou, quando são informados da situação não compareçam às consultas e/ou tratamentos.

Saúde Mental

Antes, durante e após o processo migratório, os imigrantes estão sujeitos a pressões psicológicas de vários tipos bem identificadas na literatura internacional e que se prendem basicamente com a quebra dos laços familiares, sociais e culturais e as dificuldades de adaptação ao país de acolhimento. Esta situação pode causar problemas de stress, ansiedade e depressão que se prolongam durante anos, com tendência a agravarem-se, se não forem diagnosticados e tratados correctamente.

A saúde mental é um dos aspectos de maior risco nos imigrantes. No entanto, em Portugal, sabe-se ainda muito pouco sobre esta problemática e apenas no último Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) se recolheram estatísticas a nível nacional (sem representatividade das diferentes comunidades de imigrantes a viver em território nacional) sobre a situação de doença mental entre as populações imigrantes²³. Nesse inquérito, cerca de um terço da população revelou provável sofrimento psicológico (22,2% imigrantes e 27,1% portugueses)²⁴.

Num estudo sobre esta questão, levado a cabo por Godinho et al. (2008), dos 2485 imigrantes estudados²⁵, registou-se uma prevalência de sofrimento psicológico em 31% dos casos, sendo as mulheres mais afectadas por este problema. Comparando os imigrantes de nacionalidade africana e brasileira, os segundos têm uma maior propensão ao sofrimento psicológico. O mesmo estudo concluiu ainda que entre os riscos de sofrimento psicológico estão a idade de chegada a Portugal (quanto mais velhos maior o risco), o estatuto legal (maior risco em situação de ilegalidade ou precariedade da autorização) e o número de anos a viver em território nacional (à medida que os anos aumentam o risco diminui).

A depressão associada ao uso de álcool é, geralmente, associada aos imigrantes de Leste. Ainda que não haja dados sistematizados que comprovem esta relação, esta ideia baseia-se na experiência dos profissionais de saúde que identificam este tipo de situações com alguma frequência. Embora no inquérito já referido, a percentagem de abstémios tenha sido considerável, com 46,1% dos imigrantes e 48,4% dos portugueses a integrarem essa categoria, aos fins-de-semana o consumo de álcool é mais frequente entre os imigrantes do que entre os portugueses.

Entre 2004 e 2007 existiu uma consulta de psiquiatria transcultural para imigrantes, ex-imigrantes, minorias étnicas e refugiados, no Hospital Miguel Bombarda, em Lisboa. Devido à reestruturação dos serviços de saúde mental do Sistema Nacional de Saúde, a “Consulta do Migrante” foi encerrada. Com uma equipa interdisciplinar cujos profissionais detinham experiência clínica de saúde mental transcultural, esta consulta oferecia serviços psicológicos e psiquiátricos, bem como apoio psíquico-pedagógico e serviços de enfermagem.

Durante o escasso tempo de funcionamento a consulta do migrante efectuou 520 actos clínicos e fez 59 consultas. A maioria dos utentes tinha entre 25 e 55 anos e vinham dos PALOP, Ucrânia, Moldávia, Brasil, Itália, Inglaterra, China e Bangladesh. Os principais problemas psíquico-sociais pelos

23 A investigação feita em Portugal sobre saúde mental é fundamentalmente centrada na manifestação de sintomas de angústia, tristeza, ansiedade, nervosismo, cansaço, irritabilidade, stress, etc. Praticamente nenhuma investigação (Lechner, 2005a) se centrou nas doenças mentais enquanto patologias diagnosticadas por médicos especialistas nesta área (ex. depressão, esquizofrenia, distúrbios comportamentais etc.).

24 O Quarto Inquérito Nacional de Saúde usou o Mental Health Inventory (MHI) como instrumento de medição de vários domínios na saúde mental incluindo: a ansiedade, depressão, controlo emocional e comportamental, afecto positivo e mal-estar psíquico geral.

25 69% eram dos PALOP, 31% do Brasil e 58% eram mulheres.

quais os imigrantes procuraram ajuda relacionavam-se com as dificuldades de adaptação a um novo país e a uma nova cultura. Todos os utentes demonstravam algum tipo de sofrimento psicológico e patologias mentais relacionadas como o medo e ansiedade associada ao processo de integração numa nova sociedade. Alguns demonstravam ainda algumas psicopatologias.

Finalmente, um projecto que está a decorrer e que é coordenado por Chiara Pussetti (2006) do CEAS/ISCTE, sobre Políticas de Saúde e Práticas Terapêuticas dos imigrantes na Área Metropolitana de Lisboa, pode trazer importantes contributos para esta temática.

Acidentes de Trabalho

Todas as actividades acarretam riscos em termos de saúde e segurança dos trabalhadores. No entanto, existem sectores que, pela natureza das funções e processos de trabalho desenvolvidos, são mais susceptíveis à ocorrência de problemas. A maioria da mão-de-obra imigrante integra precisamente os sectores de maiores riscos laborais, como, por exemplo, o sector da construção civil. De facto, os trabalhadores imigrantes encontram-se entre os grupos mais vulneráveis no que a esta matéria diz respeito.

Esta situação deve-se a características específicas da sua condição de imigrantes, tais como a necessidade económica; o medo de chamar a atenção, de perder o trabalho ou de ser expulso; o desconhecimento ou não domínio da língua. Este último aspecto é muito relevante uma vez que o não domínio da língua portuguesa impede ou dificulta a comunicação e o acesso à informação sobre os riscos a que estão sujeitos, bem como leva ao desconhecimento da legislação laboral do país de acolhimento e, conseqüentemente, dos seus direitos e deveres, nomeadamente em matéria de saúde e segurança no trabalho. Aliada a estas características, a precariedade do trabalho e a grande mobilidade laboral, com sujeição à realização de tarefas que envolvem riscos acrescidos para a saúde e segurança, são factores que dificultam a aprendizagem e o conhecimento dos riscos profissionais específicos a que estão sujeitos, bem como a aquisição de hábitos, práticas e comportamentos de segurança (Cardoso, 2008:203).

Segundo dados da Autoridade para as Condições do Trabalho sobre os acidentes de trabalho mortais de 2004 a 2008, nesse período verificou-se uma ligeira redução dos valores, tendo passado de 197 acidentes mortais em 2004 para 114 em 2008. Entre 2004 e 2008 houve 66 acidentes mortais cujas vítimas eram imigrantes; desses, 45 ocorreram em empresas do sector da construção civil (no geral este sector representa mais de 50% dos acidentes de trabalho mortais). As nacionalidades mais afectadas são a ucraniana, angolana e romena.

d. Medidas tomadas para combater as disparidades de saúde

Tem havido um esforço, por parte das entidades responsáveis, em colmatar algumas desigualdades nas condições de saúde e no acesso aos cuidados médicos das populações social e economicamente mais carenciadas, onde se incluem os imigrantes. Essas iniciativas têm sido levadas a cabo pelo Ministério da Saúde, por algumas ONGs (ex. Médicos do Mundo, Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável – AJPAS, Associação Unidos de Cabo Verde) e IPSSs (ex. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – SCML). Têm sido igualmente criadas parcerias de vários tipos (público-

privadas, entre associações, entre entidades públicas, privadas e programas comunitários, etc.) que se têm revelado fundamentais na divulgação e condições de acesso dos serviços médicos disponíveis e na difusão de informação sobre algumas doenças (HIV-SIDA, Tuberculose, IST, etc.) ao nível da prevenção e tratamento, bem como, na criação de um sentimento de maior proximidade e no estreitamento das relações de confiança entre as populações e os serviços/cuidados de saúde.

Entre as iniciativas no âmbito da intervenção comunitária em saúde pública, destaca-se a colocação de unidades móveis de saúde, em áreas referenciadas como carenciadas, para que o apoio médico pudesse chegar às populações que, por diversos motivos (económicos, comportamentais, burocráticos, legais, etc.), estavam afastadas dos serviços de saúde. Este tipo de acções têm sido levadas a cabo por diversas entidades individualmente, como por exemplo a Direcção Geral de Saúde/ARS, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa ou a PROSAUDESC – Associação Promotora de Saúde, Ambiente e Desenvolvimento Sócio-Cultural²⁶; ou em parceria (ex. Médicos do Mundo-Portugal (MdM-P) em parceria com a PROSAUDESC²⁷; Associação Unidos de Cabo Verde, Programa Escolhas e Centro de Saúde da Amadora).

Algumas associações têm projectos de intervenção comunitária que visam dar apoio médico e social às populações mais carenciadas, em particular os imigrantes. Entre as intervenções deste tipo, deve salientar-se, por constituir uma boa prática, o projecto promovido pela AJPAS - (Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável), com uma equipa multidisciplinar que desenvolve trabalho de apoio domiciliário (a pessoas com HIV/SIDA, acamadas, em pós operatório, em fase terminal, etc.) e oferece consultas gratuitas, em horários pós-laborais através do Serviço de Apoio ao Imigrante (SAI) num território da periferia de Lisboa, onde habitam muitos imigrantes e minorias étnicas de origem africana. Esta associação também tem desenvolvido actividades, como promotora ou como parceira, no âmbito de projectos europeus entre os quais se destacam o “Projecto de Parceria Europeia entre Comunidades Africanas e Actores em Saúde para a Prevenção do VIH/SIDA”²⁸. Com base neste estudo a AJPAS produziu um Kit de prevenção do VIH/SIDA, baseado nas crenças, tabus e mitos da comunidade africana, composto por um vídeo, brochura e manual de utilização em língua portuguesa (legendagem em inglês, francês e espanhol) (AJPAS, 2004)

Os “Roteiros para a saúde dos Imigrantes” e o “Passaporte de Saúde dos Imigrantes” são duas das acções dirigidas à população imigrante, de alerta para a necessidade de usar os serviços de saúde convencionais, de informação acerca dos serviços disponíveis e instituições responsáveis, promovidos pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e desenvolvidas através da criação de parcerias com a Câmara Municipal de Lisboa, Associações de Imigrantes e o Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural. Outras iniciativas são, por exemplo: o apoio domiciliário dado às mulheres imigrantes seropositivas que é levado a cabo pela Associação “Passo a Passo”; a consulta multidisciplinar que recebe pessoas em risco na Maternidade Alfredo da Costa; a prestação de serviços clínicos de psiquiatria transcultural – Consulta do Migrante (2004-07), actividade desenvolvida pela

26 Conta com uma unidade móvel que se desloca ao encontro das comunidades da Urbanização Terraços da Ponte e da Ameixoeira. O Projecto “Saúde de Proximidade” é uma iniciativa que começou em 2008 e que visa prestar informação, desenvolver acções de sensibilização, medir sinais vitais e fazer o encaminhamento de utentes.

27 Consultas de atendimento e encaminhamento do imigrante

28 O “Projecto de Parceria Europeia entre Comunidades Africanas e Actores em Saúde para a Prevenção do VIH/SIDA” (Partenariat Between African Communities and Health Partners for HIV/AIDS and Communicable Diseases prevention and Global Care in Europe), desenvolveu-se entre Janeiro de 1999 e Dezembro de 2003 e tinha como grande objectivo a prevenção do HIV/SIDA junto das comunidades africanas subsarianas residentes na Europa. O Projecto foi implementado em sete países: Espanha, França, Reino Unido, Holanda, Suécia, Bélgica e Portugal.

Associação Portuguesa de Psicologia e Psiquiatria Transcultural e o Hospital Miguel Bombarda (fechada recentemente por constrangimentos financeiros do Ministério da Saúde). Também a publicação pelo ACIDI de uma brochura em português, russo e inglês sobre os serviços e algumas questões de saúde, ou a distribuição de brochuras sobre HIV/SIDA pela Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS) às principais comunidades imigrantes a residir em Portugal e na respectiva língua materna, ou ainda a distribuição de folhetos informativos sobre as condições de acesso dos imigrantes ao SNS levado a cabo pela PROSAUDESC, no âmbito do Projecto “Informações Saudáveis”, contribuiu para uma melhor informação dos imigrantes.

Uma outra iniciativa que merece destaque é a criação do Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros (PADE) que resulta de um Protocolo de Cooperação entre o Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. e o Instituto de Segurança Social, I.P. Este programa destina-se a apoiar cidadãos (e seus acompanhantes) que necessitem de tratamento em Portugal, atestado por uma junta médica, ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde e/ou se encontrem em situação de extrema pobreza, debatendo-se com problemas de alojamento, alimentação, apoio psicológico e social. O PADE inclui uma Rede de Casas para acolher doentes e acompanhantes, permitindo uma monitorização de cada doente em três etapas distintas: processo no país de origem, permanência em Portugal e fim do tratamento²⁹.

Estas iniciativas centram-se fundamentalmente nas grandes áreas urbanas, em territórios mais carenciados económica e socialmente e podem destinar-se exclusivamente ou não, às comunidades imigrantes ou a determinados grupos (ex. jovens, grávidas, idosos, etc.). Muitas outras iniciativas de âmbito mais abrangente estão a ser implementadas no sentido de reduzir as disparidades em termos de acesso e estado de saúde da população. Essas iniciativas são dirigidas a toda a população e não à população imigrante em particular. Falta ainda pensar-se em iniciativas dirigidas aos profissionais de saúde e à população em geral, no sentido de haver um maior conhecimento da situação dos imigrantes em Portugal no que diz respeito à sua integração no Serviço Nacional de Saúde

Actualmente, estão a ser desenvolvidos alguns estudos que em breve apresentarão conclusões sobre o estado de saúde dos imigrantes a residir em Portugal, que poderão vir a contribuir para um melhor conhecimento da situação e para a definição de políticas e estratégias de saúde direccionadas para os imigrantes, que permitam colmatar algumas das desvantagens dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde.

O projecto “Acesso aos Cuidados de Saúde e Nível de Saúde das Comunidades Imigrantes Africana e Brasileira em Portugal”, já mencionado anteriormente, merece aqui menção pelo seu pioneirismo, uma vez que, pela primeira vez se procura aplicar em Portugal um inquérito de saúde que permita caracterizar e analisar os níveis de saúde e a equidade no acesso aos cuidados de saúde da população imigrante. Este estudo, coordenado por Rui Portugal e Mário Carreira do Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Lisboa, centra-se no acesso e experiência por parte de imigrantes brasileiros e africanos em relação aos serviços de saúde e é baseado na análise de uma amostra representativa de ambos os grupos de imigrantes, que posteriormente será comparada com os resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde. Alguns resultados preliminares deste projecto já foram apresentados em Workshops e Conferências nacionais e internacionais (Godinho et al., 2007; Abukumail et al., 2007).

²⁹ O fim do tratamento implica acompanhar o regresso do doente ao seu país de origem e sua reintegração ou a integração em Portugal, caso seja portador de uma Autorização de Residência ao abrigo da alínea g) do n.º1 do artigo 122 da lei n.º 23/2007 de 4 de Julho.

3. Sistema de saúde e direito de acesso aos cuidados de saúde

a. Sistema de Saúde

Os serviços de saúde em Portugal sofreram ao longo dos anos profundas alterações, concretizadas em contextos político-económicos e sociais determinados (democratização política e social, adesão à CEE, entrada na União Monetária Europeia). O conhecimento da evolução do sistema de saúde português permite perceber melhor a sua configuração actual e identificar as suas limitações, obstáculos e possibilidades de transformação.

Conforme se salienta no *Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde de 2001*, até 1971 os serviços de saúde eram prestados simultaneamente por várias instituições públicas e privadas, tais como as Misericórdias (Instituições de solidariedade social) que geriam grande parte dos hospitais e outros serviços de saúde por todo o País; os Serviços Médico-Sociais, que prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência; os Serviços de Saúde Pública – que estavam vocacionados essencialmente para a protecção da saúde (vacinações, protecção materno-infantil, saneamento ambiental, etc.); os hospitais estatais, gerais e especializados (encontravam-se principalmente localizados nos grandes centros urbanos); e os Serviços privados – que eram dirigidos aos grupos sociais mais privilegiados. Ainda segundo a mesma fonte, deve realçar-se que não havendo em Portugal um regime de protecção social, os Serviços Médico-Sociais, financiados por contribuições obrigatórias dos empregados e patrões correspondiam ao sistema de protecção social no domínio da saúde que mais se aproximava dos regimes de segurança social dos países europeus mais desenvolvidos. Contudo, contrariamente ao que se verificou nesses países, as Caixas de Previdência desenvolviam serviços médicos ambulatoriais próprios (OPSS, 2001:37).

A primeira grande reforma do sistema de saúde e assistência português (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), data de 1971, podendo ser considerada a primeira tentativa de criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), na medida em que reconhece a responsabilidade de o Estado assegurar a universalidade do direito à protecção da saúde a todos os portugueses. A evolução do contexto político e social em Portugal entre 1974 e 1979 alterou profundamente as políticas de saúde, culminando com a criação do Serviço Nacional de Saúde através da Lei 56/79 de 15 de Setembro, muito embora a sua concretização só tenha ocorrido em meados da década de 90 do século vinte, com a elaboração da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) e a entrada em vigor do Estatuto do SNS (DL n.º 11/93 de 15 de Janeiro).

Actualmente, os serviços de saúde em Portugal englobam três sistemas co-existent:

- o Serviço Nacional de Saúde, composto por todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente hospitais e centros de saúde;
- os seguros privados de saúde;
- os subsistemas de saúde públicos e privados, que incluem vários sectores profissionais e que funcionam autonomamente ou através de acordos com os serviços que constituem o SNS (nomeadamente a Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE), o Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários, o Sindicato dos Bancários do Norte, Sul e Ilhas, os CTT – Correios de Portugal, S.A, a Portugal Telecom, S.A, os Serviços Sociais das Forças Armadas, etc.).

Por conseguinte, os serviços de saúde em Portugal não estão limitados ao Serviço Nacional de Saúde, existindo outras entidades privadas e públicas (não dependentes do Ministério da Saúde) que, mediante acordo com o SNS, desenvolvem actividades no domínio da promoção, prevenção, diagnóstico, vigilância e tratamento da saúde (em simultâneo ou individualmente). Todavia, compete ao Estado assegurar o direito à saúde em todas as suas componentes, garantindo a protecção da saúde individual e pública, assim como a equidade no acesso e utilização de todos os cidadãos, independentemente da sua condição social, económica, geográfica ou legal.

O Serviço Nacional de Saúde goza de autonomia administrativa e financeira, organiza-se de forma descentralizada e desconcentrada, funcionando sob a tutela do Ministério da Saúde. O SNS encerra todas as instituições oficiais prestadoras de cuidados de saúde dependentes do Ministério (estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação; unidades locais de saúde; agrupamentos de centros de saúde, etc.), compreendendo meios de âmbito central, regional e local. O SNS envolve ainda todos os cuidados de saúde, integrados em três redes: a rede de cuidados de saúde primários (promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença), instituída pelo DL 413/71, de 27 de Setembro; a rede de cuidados de saúde diferenciados (diagnóstico e tratamento dos doentes através dos serviços hospitalares gerais e especializados; formação pós-graduada de médicos e enfermeiros), instituída pelo DL n.º 48.357/68 de 27 de Abril; e a rede de cuidados continuados de saúde (reabilitação médica e social em cinco tipos, que vão desde o internamento hospitalar aos cuidados no domicílio do próprio utente), instituída pelo DL n.º 281/2003 de 8 de Novembro.

Para Cláudia Chaves (2006:108) os cuidados de saúde primários são “o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde” e constituem o centro do sistema de saúde do país, reflectindo o seu grau de desenvolvimento social e económico. Os centros de saúde e os médicos de família, por se centrarem nos cuidados de saúde primários e pelo grau de proximidade aos cidadãos, representam, em muitos casos, a experiência que as pessoas têm dos serviços de saúde³⁰. Assim sendo, faz todo o sentido perceber como é que estes serviços estão organizados e como é que se caracterizam.

Segundo Branco e Ramos (2001) os centros de saúde em Portugal passaram por diversos momentos tendo havido até hoje 3 gerações de centros: a primeira geração em que a prestação de cuidados de saúde estava associada ao conceito de saúde pública (1971); a segunda geração que surge com a fusão dos centros de saúde e os postos dos serviços médico-sociais (1983); e a terceira geração em que os serviços passam a ser mais descentralizados, hierarquizados e autónomos, administrativa e financeiramente (1999).

Mas, nos últimos anos e devido à incapacidade do Estado em responder de forma eficiente e célere às necessidades das populações, os cuidados de saúde primários têm vindo a ser alvo de uma profunda e controversa reforma iniciada através da aprovação do DL n.º. 60/2003, de 1 de Abril (que revoga o DL n.º 147/99 de 10 de Maio). As alterações propostas abrangem várias áreas que vão desde a reconfiguração dos modelos de gestão dos centros de saúde (maior autonomia, implementação das Unidades de Saúde Familiar e das Unidades Locais de Saúde; criação do Serviço de Atendimento Permanente), passando pela reestruturação dos Serviços de Saúde Pública, até à criação de Sistemas de

30 Em teoria a população não tem acesso directo a cuidados de saúde especializados, tendo que passar pelos centros de saúde e pelos médicos de família, numa primeira fase. Não obstante, na prática, a maioria das pessoas dirige-se directamente aos departamentos de emergência médica nos hospitais, no caso de sofrerem de sintomas agudos (ainda que, na maioria dos casos, eles não necessitem de atendimento médico imediato) (Freitas, 2003).

Informação. Para além destas alterações, aquela que é talvez mais contestada é a criação de uma rede de cuidados onde co-existem entidades de natureza diversa, tais como: centros de saúde integrados no SNS; entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que tenham realizado contratos de acordo com a legislação e que prestem, por conseguinte, cuidados de saúde primários a utentes do SNS; cooperativas ou outras entidades de profissionais, em regime liberal, que tenham celebrado contratos, convenções ou acordos de cooperação (Andrade, 2006: 57).

Todos os serviços e estabelecimentos do SNS, independentemente da respectiva natureza jurídica, têm uma cobertura universal, são financiados através dos impostos (Orçamento Geral do Estado), e são tendencialmente gratuitos, apesar dos cidadãos contribuírem ainda com uma pequena fracção paga a título de taxas moderadoras (OPSS, 2001: 60).

A criação do SNS permitiu, num período de tempo relativamente curto, ter uma razoável cobertura da população portuguesa em serviços de saúde e permitiu também o desenvolvimento de uma estrutura de carreiras profissionais para a saúde. Não obstante, a implementação do SNS apresentou, desde o início, grandes debilidades estruturais e organizacionais, nomeadamente:

- no que diz respeito à sua base financeira, que é bastante volátil;
- à ausência de inovação nos modelos de organização e gestão dos serviços;
- à coexistência assumida entre o financiamento público do SNS e o da “medicina convencionada”, resultante da ruptura que ocorreu com a classe médica e tendo por consequência a falta de transparência entre os interesses públicos e privados (OPSS, 2001:39).

Estes constrangimentos resultam num sistema com grandes dificuldades no acesso, em tempo oportuno, a alguns cuidados médicos e afectam negativamente a eficiência dos serviços existentes e a qualidade dos cuidados prestados.

Para tentar colmatar estes problemas, e num contexto em que o sistema de saúde caminha, a julgar pela aprovação do novo regime de gestão hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro), para uma lógica de bipolarização, entre um sector privado (fortemente dirigido aos utentes de maiores rendimentos) e um sector público (que serve a população que não dispõe de recursos suficientes para usufruir dos cuidados privados), surgem nos últimos anos em Portugal os seguros privados de saúde.

Estes produtos têm tido em Portugal um crescimento exponencial e os compradores não são apenas portugueses mas também muitos imigrantes. De facto, segundo dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde, os imigrantes que já estão bem integrados na sociedade portuguesa têm mais seguros de saúde (12,2%) do que os portugueses (10,5%) (Dias et al., 2008a). Efectivamente, reportando-nos aos dados estatísticos, em Portugal, 25% da população portuguesa está abrangida pelos subsistemas de saúde, 10% pelos seguros de saúde privados e 7% por fundos mútuos (ACS, 2008:7). À semelhança de outros países da União Europeia, a despesa total em saúde, medida em percentagem do PIB tem vindo a aumentar, em resultado do envelhecimento da população. Por exemplo, tanto em 2000 como em 2005, o Serviço Nacional de Saúde foi responsável por cerca de 72% da despesa total em saúde. A despesa privada³¹ financiou os restantes 28% (OPSS, 2008: 255).

31 Prémios pagos pelos seguros privados e instituições de apoio mútuo; pagamentos directos efectuados pelos utentes dos serviços.

Como pudemos constatar por esta breve análise da evolução e características do Serviço Nacional de Saúde em Portugal, este sofre de constrangimentos vários ao nível da estrutura organizativa, de financiamento e de gestão, com repercussões negativas na equidade do acesso, na qualidade dos cuidados prestados e eficiência dos serviços. Procurando ultrapassar essas fragilidades, têm-se sucedido reformas sem que, contudo, os resultados tenham melhorado. Assim sendo, as expectativas crescem em torno das orientações estratégicas e intervenções apresentadas pelo Plano Nacional de Saúde 2004/2010, no sentido daquelas poderem vir a contribuir para que se ultrapassem as debilidades do sistema e se concretizem numa melhoria dos serviços e cuidados de saúde em Portugal.

A evolução continuada dos serviços de saúde e, como consequência a reforma constante do SNS têm que ser encaradas como um processo contínuo de aperfeiçoamento do sistema de saúde para que este possa responder, de forma eficiente, à evolução das características e necessidades da população, bem como às expectativas da sociedade. Contudo, durante este processo nunca poderão ser esquecidos os direitos das populações e as suas necessidades imediatas em termos de saúde, sendo obrigatório que o Estado garanta não só a abrangência e eficiência dos serviços, mas acima de tudo a qualidade dos cuidados prestados.

b. Direito de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde

Em Portugal é garantido aos cidadãos estrangeiros o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua nacionalidade, nível económico ou estatuto legal³². As condições de acesso dos imigrantes ao SNS estão definidas no Despacho n.º 25 360/2001, de 16 de Novembro, do Ministro da Saúde. Os que se encontram em situação regular têm de obter um cartão de utente do SNS junto do centro de saúde que serve a sua área de residência, onde devem apresentar um documento comprovativo do carácter legal da sua residência. Por sua vez, os indocumentados têm acesso a um cartão temporário de utente que podem adquirir apresentando um certificado de residência passado pela Junta de Freguesia atestando a sua morada. No caso dos requerentes de asilo e das pessoas com o estatuto de asilado ou refugiado, a legislação portuguesa consagra igualmente o direito de acesso aos serviços de saúde e estabelece que quando recebem uma autorização de residência, adquirem direitos idênticos aos dos cidadãos portugueses³³.

Os custos de utilização dos serviços de saúde ou de tratamento médico em centros de saúde e hospitais, pelos imigrantes legalmente residentes em Portugal e as suas famílias, são iguais aos cobrados aos cidadãos portugueses, desde que façam descontos para a segurança social³⁴; Caso não o façam,

³² Para mais informações sobre como as necessidades dos imigrantes em termos de saúde afectam as contas anuais do Estado deve consultar D'Almeida e Silva, 2007.

³³ Imigrantes indocumentados, requerentes de asilo e refugiados não estão cobertos a 100% pelo sistema de saúde. Estes grupos têm acesso legal e real aos cuidados de saúde primários e em caso de sofrerem de doenças contagiosas como tuberculose, VIH e infecções sexualmente transmissíveis que possam colocar em risco a saúde pública. À excepção destas situações e se se provar a incapacidade financeira para o fazer, estas pessoas não têm que pagar na totalidade todos os seus cuidados de saúde.

³⁴ Em Portugal o SNS tende a ser gratuito, apesar dos utentes terem que pagar taxas moderadoras. Por exemplo, as seguintes quantidades são cobradas aos utentes quando estes utilizam os serviços de saúde (SNS, outros com acordo com o sistema nacional): consultas no Centros de Saúde – € 2,20; emergências dos centros de saúde - € 3,70; consulta no hospital distrital – € 3,00; consulta num hospital central – € 4,50; urgência básica e médico-cirúrgica em hospital - € 8,40; urgência polivalente em hospital – € 9,40; Serviço Domiciliário - € 4,70.; hospitalização - € 5,20/dia; cirurgia - € 5,20. Os utentes têm que pagar ainda exames complementares de diagnóstico, terapêuticas e cuidados de enfermagem, bem como todos os medicamentos conforme tabelas oficiais de preços – há diferenças entre especialidades médicas.

pagam valores mais elevados de acordo com as tabelas oficiais usadas para os cidadãos portugueses³⁵. Contudo, a situação socioeconómica de cada indivíduo é tida em conta na decisão do pagamento. As crianças até aos 12 anos, os beneficiários da segurança social, os desempregados inscritos num centro de emprego e determinadas situações clínicas como, por exemplo, todas as doenças transmissíveis (tais como o HIV/SIDA, a tuberculose e as infeções sexualmente transmitidas), a saúde materna, o planeamento familiar e a saúde infantil, estão isentos de pagamentos. Importa ainda salientar que os Programas Nacionais de Saúde que estão a ser implementados como, por exemplo o Programa Nacional de Vacinação (disponibilização gratuita de vacinas a crianças e jovens) ou o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (disponibilização de cheques-dentista a todas as mulheres grávidas), consagram a igualdade de acesso dos cidadãos portugueses e estrangeiros, independentemente do seu estatuto legal (ACIDI, 2008:34).

Acresce ainda que, se for negada assistência médica em algum estabelecimento público de saúde a qualquer destes grupos, estes devem reportar essa ocorrência em qualquer organismo do Ministério da Saúde, independentemente do local onde os factos tenham ocorrido e/ou ao Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.) na medida em que a recusa de tratamento médico é punível ao abrigo da lei portuguesa anti-discriminação.

O acompanhamento médico adequado durante a infância repercute-se no desenvolvimento físico e intelectual e nas condições de saúde ao longo da vida de cada indivíduo. Por conseguinte, as crianças constituem um alvo privilegiado da política de saúde em Portugal. O acesso a consultas médicas regulares, programas de vacinação com carácter obrigatório, rastreios para detecção precoce de determinadas doenças cujos sintomas se manifestam tardiamente e o aconselhamento parental sobre cuidados de saúde infantil, constituem instrumentos de política de saúde fundamentais para reduzir a mortalidade infantil e reduzir as desigualdades no acesso à saúde dos grupos sociais mais desfavorecidos.

Embora a legislação portuguesa garanta o acesso ao Serviço Nacional de Saúde dos cidadãos estrangeiros indocumentados, são frequentes os casos em que estes procuram apoio médico apenas em situações de emergência, com receio de denúncia da sua situação irregular às autoridades competentes. Deste modo, muitas das crianças nascidas em Portugal, filhas de imigrantes irregulares, crescem à margem dos cuidados de saúde necessários para um desenvolvimento saudável.

Procurando responder a este problema, em 2004 foi criado, pelo Decreto-Lei n.º 67/2004 de 25 de Março, um registo nacional de menores estrangeiros que se encontrem em situação irregular no território nacional, para que os centros de saúde possam desenvolver esforços no sentido de acompanhar devidamente as condições de saúde dessas crianças. Além desta circunstância a atenção dada à saúde materno-infantil das populações imigrantes tem também vindo a ganhar relevo, acompanhando o crescimento da percentagem de nados vivos de mães estrangeiras, registados em Portugal

Entre 1995 e 2007, o número de nados vivos de mães residentes em Portugal, de nacionalidade estrangeira, foi multiplicado por três, ascendendo no último ano a 9,6% do total, sendo que, em 2007, a percentagem de nados vivos em que um dos pais (pai ou mãe) era de nacionalidade estrangeira, cifrou-se em 11,8% (Fonseca, 2008; INE, 2008).

³⁵ Para mais informações sobre estas taxas moderadoras pode consultar-se: Portaria n.34/2009 de 15 de Janeiro; Decreto-Lei n.º 173/2003 de 1 de Agosto; Decreto-Lei n.º 201/2007 de 24 de Maio.

Como complemento à legislação já referida, e para promover a sua divulgação junto dos profissionais e utentes do SNS, a Direcção-Geral de Saúde faz regularmente a emissão de circulares e notas informativas como, por exemplo, a Circular Informativa n.º 14/DSPCS de 02/04/2002 sobre o acesso dos estrangeiros sem autorização de permanência, residência ou visto de trabalho ao SNS; a circular informativa n.º 48/DSPCS de 30/10/2002 sobre os cuidados aos estrangeiros residentes em Portugal e a circular informativa n.º 65/DSPCS de 26/11/2004 sobre o acesso dos filhos menores dos imigrantes aos cuidados de saúde. Estas circulares informativas são documentos oficiais que funcionam como regulamentos indicativos para as práticas referentes ao acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde.

4. Acesso aos cuidados de saúde

A discussão do acesso dos imigrantes e seus descendentes aos serviços e cuidados de saúde não pode ser separada do debate sobre a integração destas pessoas na sociedade de acolhimento, nem tão pouco do contexto político do país, em particular das políticas sociais (Ingleby et al., 2005). As políticas de saúde, imigração e integração dos imigrantes parecem ser cruciais para o seu bem-estar físico e psíquico, assim como para garantir a efectividade dos serviços públicos no que diz respeito ao acesso e utilização dos mesmos, por parte da população imigrante.

Apesar dos importantes avanços legislativos que ocorreram em Portugal desde 2001 e que garantiram o acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde, ainda existem problemas relacionados com barreiras estruturais/institucionais e com dificuldades que os próprios imigrantes enfrentam devido a constrangimentos de ordem pessoal (Fonseca et al. 2007). Na prática, o acesso aos cuidados de saúde das comunidades imigradas em Portugal, é bastante variável, estando, em certa medida, dependente do estatuto legal, tempo de residência no país e nacionalidade dos imigrantes (Freitas, 2003; Gonçalves et al., 2003; Fonseca et al., 2005).

Tendo por referência o estatuto legal, são os imigrantes em situação irregular que apresentam as maiores dificuldades em termos de acesso e utilização do Serviço Nacional de Saúde em Portugal, muito embora este grupo tenha um maior direito de acesso aos serviços de saúde em Portugal do que na maioria dos países europeus. Os constrangimentos no acesso destes imigrantes aos serviços de saúde prendem-se com a desconfiança em relação aos próprios serviços e aos profissionais que neles trabalham. Na prática, esta insegurança traduz-se numa maior utilização das urgências hospitalares por parte dos imigrantes irregulares comparativamente com a utilização de outros serviços, embora só o façam em situações extremas de doença. Os imigrantes em situação regular tem direito e acedem aos serviços de saúde nas mesmas condições que os cidadãos nacionais. Porque o Serviço Nacional de Saúde em Portugal se baseia nas contribuições para a segurança social, quem está legalizado e faz descontos tem acesso a mais benefícios (pagamento de menores taxas moderadoras, contribuições nos medicamentos, consultas e exames, etc.) do que quem não está (Freitas, 2003; Fonseca et al., 2005).

Se nos centrarmos na importância do tempo de permanência em Portugal ao analisarmos o acesso e utilização dos serviços de saúde, concluímos que a população migrante que reside há mais tempo em Portugal, comparada com a população com entrada mais recente, tem taxas mais elevadas

de inscrição nos Centros de Saúde, onde tem acesso a consultas e tratamentos; podemos também constatar que essas populações recorrem com mais frequência aos hospitais. No caso dos imigrantes recém-chegados, o desconhecimento de direitos e deveres, bem como dos serviços disponíveis, a falta de confiança num sistema que desconhecem, ou ainda devido a barreiras linguísticas e, por outro lado, o bom estado de saúde em que eles geralmente se encontram, são explicações para o não uso dos serviços de saúde. Não obstante, vários estudos (Gonçalves et al., 2003; Dias, Matos e Gonçalves, 2002; Dias, Severo e Barros, 2008; Ingleby et al., 2005) concluem que, independentemente do tempo de permanência no país, não existe uma utilização regular dos centros de saúde e hospitais por parte dos imigrantes, sendo que estes recorrem a estes serviços sobretudo em situação de urgência.

O acesso e utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes estabelecidos em Portugal varia muito com o país de origem. Se tivermos em conta, por exemplo, um dos principais constrangimentos em termos de acesso e utilização do Serviço Nacional de Saúde em Portugal, como é o caso das barreiras linguísticas, os imigrantes brasileiros e dos PALOP terão menos problemas, comparativamente com os imigrantes asiáticos, da Europa de Leste ou de outras áreas do mundo onde não se fale português. Outro aspecto apontado como obstáculo ao acesso e utilização dos serviços de saúde em geral, prende-se com factores culturais e individuais dos próprios imigrantes (Ingleby et al, 2005). Alguns estudos (Gonçalves et al. 2003; Sousa, 2006; Manuel, 2007; Monteiro, 2007) apontam no sentido de haver uma diferença entre comunidades na percepção que cada uma tem quanto à necessidade de aceder aos serviços de saúde e tomar medicamentos, ou do uso de métodos e medicinas alternativos.

Mas estas não são as únicas condicionantes do acesso e utilização dos serviços de saúde por parte da população estrangeira. Existem outras barreiras, tal como a organização interna dos serviços de saúde, que pode levar a que estes sejam mais ou menos utilizados pelos imigrantes ou que um seja preferido em detrimento de outro. Deste modo, frequentemente, a população imigrante prefere os serviços hospitalares, em particular as urgências, em vez dos serviços do centro de saúde local. São vários os motivos para que se verifique essa situação. No caso dos imigrantes irregulares, esta opção relaciona-se claramente com questões burocráticas e legais³⁶, bem como com o desejo de não serem identificados, utilizando muitas vezes pseudónimos e moradas falsas (Fonseca et al., 2005). No caso dos imigrantes legais a qualidade e rapidez dos serviços prestados parecem ser motivo suficiente para a maior utilização dos serviços hospitalares. De facto, os serviços de urgência, pela natureza dos cuidados que prestam, onde o que prevalece é a prestação absoluta de cuidados de saúde, permitem um maior anonimato dos utentes, rapidez no atendimento e qualidade dos cuidados prestados, deixando para segundo plano questões burocráticas, análise das condições de vida e avaliação de comportamentos de risco, situações comuns nos Centros de Saúde, onde existe uma atitude mais controladora. Para além desta situação, vários estudos indicam que as condições económicas são um forte obstáculo ao acesso e utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes. O custo dos serviços, dos medicamentos e da utilização de serviços privados são, na maioria dos casos, muito elevados para o nível de vida destas populações o que coloca em causa o próprio estado de saúde dos imigrantes.

Finalmente, as dificuldades de acesso ao Serviço Nacional de Saúde e utilização dos serviços de saúde, decorrem frequentemente, da falta de informação dos profissionais de saúde, muito em particular dos administrativos, bem como das múltiplas e diferentes interpretações e procedimentos por parte

³⁶ Presentemente, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, uma Instituição de Solidariedade Social, também faz atendimento a imigrantes sem exigência de apresentação de documentos, através de Unidades Móveis de Saúde e de Unidades de Saúde de Proximidade.

dos prestadores de serviços, face à legislação em vigor, criando assim bastantes bloqueios ao acesso, em especial no caso dos imigrantes em situação irregular. Apesar de legalmente o acesso ao Serviço Nacional de Saúde em Portugal ser universal, há indicações de comportamentos menos informados e, em casos específicos, até discriminatórios, por parte de alguns profissionais de saúde. No estudo desenvolvido por Fonseca et al. (2005) verifica-se que, por exemplo, os imigrantes irregulares, por vezes, são alvo de recusas de assistência em alguns centros de saúde devido à falta de documentação ou pela existência de problemas financeiros que os impossibilitam de pagar as consultas e os tratamentos³⁷. Quando confrontados com esta situação, os profissionais de saúde tendem a adoptar uma de três atitudes: não cobrar nada pelo serviço, adiar a cobrança ou mandar o utente embora sem receber tratamento. No mesmo estudo verificou-se ainda que alguns profissionais de saúde desconheciam a existência de alguns serviços gratuitos destinados também aos imigrantes, tais como os cuidados de saúde infantil e as vacinas.

Por outro lado, os profissionais de saúde identificam vários problemas no acesso e utilização do Serviço Nacional de Saúde por parte dos imigrantes, tais como a falta de capacidade de reposta dos serviços e a falta de sensibilidade e formação de alguns profissionais para fazer face à diversidade cultural dos utentes. No sentido de informar, capacitar os serviços, formar os seus profissionais para lidar com a diversidade e fomentar uma filosofia de proximidade a estas comunidades, a Direcção-Geral da Saúde, como já referimos anteriormente, tem feito um grande esforço para informar os serviços de saúde sobre as condições de acesso destes cidadãos ao Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 25360/2001), com a emissão regular de circulares e notas informativas (Circulares Informativas n.º 14/DSPCS de 02/04/2002; n.º 48/DSPCS de 30/10/2002; n.º 65/DSPCS de 26/11/2004). Adicionalmente tem havido um maior desenvolvimento de programas de pós-graduação em migrações e saúde que focam especificamente os profissionais de saúde (ver secção 6).

As dificuldades de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde pode ainda verificar-se através da elevada percentagem de imigrantes que não beneficiam de nenhuma comparticipação do Estado nas despesas de consultas ou medicamentos. Num inquérito a uma amostra representativa dos imigrantes, com 18 e mais anos de idade, originários dos Países Africanos de Língua Portuguesa (PALOP), Brasil e Europa de Leste, efectuado em Dezembro de 2004 e Janeiro de 2005, no âmbito de um estudo sobre a Reunificação Familiar e a Imigração em Portugal (Fonseca et al., 2005), 80% dos inquiridos afirmaram nunca ter recebido qualquer apoio financeiro para fins de assistência médica. Dados do mesmo estudo indicam que, embora o baixo nível de acesso a estes benefícios sociais seja comum a todas os grupos de imigrantes, as comunidades dos PALOP têm uma ligeira vantagem face aos brasileiros e aos europeus de leste, sendo que a percentagem de beneficiários é 22,6%, 15,9% e 18,4% respectivamente (Fonseca et al., 2007).

Práticas de Saúde

Os profissionais de saúde portugueses alertam para o facto do comportamento e das práticas de saúde das diferentes comunidades, assim como o uso dos serviços de saúde terem um forte impacto no seu estado de saúde. Por outro lado, o facto dos imigrantes só recorrerem aos serviços de saúde em situação de urgência, acarreta graves riscos e consequências para o seu estado de saúde.

³⁷ Segundo a Portaria n.34/2009 de 15 de Janeiro são cobradas aos imigrantes irregulares as seguinte taxas: consulta no centro de saúde – € 32,20; consulta no hospital – € 51,00; urgência polivalente hospitalar – € 147,00; urgência básica e médico-cirúrgica hospitalar – € 108, 00. Os utentes têm que pagar ainda exames complementares de diagnóstico, terapêuticas e cuidados de enfermagem, bem como todos os medicamentos conforme as tabelas oficiais de preços.

São raros os estudos sobre as diferenças no acesso dos vários grupos de imigrantes residentes em Portugal aos cuidados de saúde. Contudo, informações parcelares sobre o uso dos diversos serviços indicam algumas diferenças entre as comunidades de imigrantes. Geralmente, as mulheres brasileiras recorrem mais frequentemente a consultas de rotina do que as mulheres de qualquer outra comunidade e os imigrantes dos PALOP são os que menos utilizam os serviços de saúde, quer preventivos quer curativos, situação que pode estar relacionada com as dificuldades e conhecimento da importância do uso dos serviços de saúde. Além disso, há indicações de que em caso de doença, os imigrantes de Leste recorrem, frequentemente às farmácias porque nos seus países de origem estes estabelecimentos prestam conselhos de saúde; por sua vez, os brasileiros têm mais seguros privados de saúde e recorrem mais aos médicos privados. Estas diferenças podem ter que ver com o facto de no respectivo país de origem eles já possuírem seguros de saúde e/ou tenham dificuldades em utilizar os serviços nacionais de saúde (e.g. longas listas de espera, falta de medicamentos e constrangimentos geográficos) e, na prática, para os que podem pagar, a assistência médica privada (através dos seguros de saúde) é a alternativa mais viável. Em Portugal os brasileiros podem partilhar esta ideia de que o Serviço Nacional de Saúde não vai de encontro às suas necessidades e daí terem preferência pelos médicos privados o optem por ter seguros privados de saúde. Outra razão apontada prende-se com as condições de trabalho dos imigrantes brasileiros que podem ser mais estáveis ao ponto dos empregadores providenciarem seguros privados de saúde aos empregados. Finalmente, os imigrantes dos PALOP usam mais que outras comunidades os centros de saúde e hospitais, porque estão instalados há mais tempo em Portugal e, por conseguinte, sabem como aceder a esses serviços. Além disso, alguns vêm receber tratamento em Portugal ao abrigo dos acordos de cooperação no domínio da saúde celebrados entre Portugal e os PALOP (Calado et al., 1997; Bentes et al., 2004; Gonçalves et al., 2003; Fonseca et al., 2005).

Em relação às práticas de saúde dos imigrantes, sabe-se ainda que, por vezes, as consultas materno-infantis, porque são gratuitas, são usadas como “porta de entrada” para aceder a outro tipo de cuidados e serviços médicos.

Em Portugal existem disparidades no estado de saúde entre diferentes grupos de imigrantes em resultado das suas práticas médicas e da utilização dos serviços de saúde. Ou seja, um melhor ou pior estado de saúde de alguns grupos de imigrantes encontra-se directamente relacionado com o uso dos serviços de saúde e práticas de saúde (ou falta delas). Os PALOP, por exemplo, usam menos os serviços de âmbito curativo e preventivo, incluindo os serviços de saúde sexual e reprodutiva (Bentes et al., 2004; Calado et al., 1997; França, 1992) e este comportamento tem consequências óbvias para o seu estado de saúde. No estudo de Machado et al. (2006), por exemplo, os autores concluem que a população migrante estudada apresenta piores índices de saúde comparativamente ao resto da população, nomeadamente maior mortalidade fetal e neo-natal, assim como mais doenças durante a gravidez, em particular doenças infecciosas. Esta situação é confirmada por outros estudos realizados em comunidades africanas e asiáticas (Lopes, 2007; Manuel, 2007; Monteiro, 2007) e é explicado pelas tardias ou inexistentes vigilâncias e consultas maternas que provocam consequentes atrasos no diagnóstico das patologias sofridas pelas mães e no conhecimento das condições sociais das famílias, bem como os aspectos culturais que rodeiam a gravidez. A utilização dos hospitais ou dos centros de saúde também varia, como veremos mais adiante, com a nacionalidade, o tempo de permanência em território nacional e o estatuto legal (Gonçalves et al., 2003). Dados sobre a utilização dos cuidados continuados por parte destas populações são inexistentes.

As questões culturais e identitárias desempenham um papel central no estado de saúde dos imigrantes e no uso dos serviços de saúde. O uso da medicina tradicional/popular e a consulta

de curandeiros, amigos e familiares para resolver problemas de saúde é também uma prática recorrente em alguns segmentos da população residente em Portugal, sobretudo entre alguns grupos de imigrantes como os africanos e europeus de leste (Gonçalves et al. 2003; Sousa, 2006; Manuel, 2007; Monteiro, 2007). As razões apontadas para este comportamento entre os imigrantes prendem-se com: falta de confiança no SNS; receio de serem presos ou repatriados devido a situações de irregularidade quanto ao estatuto legal; desvalorização dos problemas de saúde; fuga aos estigmas e estereótipos relacionados com determinados problemas de saúde (ex. HIV-SIDA; doenças mentais); e desconhecimento da existência de determinados serviços (ex. consultas materno-infantis gratuitas; consultas de planeamento familiar).

Como sublinham vários autores (Santana, 2004, 2005; Carballo, 2007b), o estado de saúde dos imigrantes e seus descendentes, bem como o correcto diagnóstico de potenciais problemas médicos, depende muito das suas experiências pré e pós migratórias ao nível das condições de vida (ex. recursos económicos reduzidos, más condições de habitabilidade) e de trabalho, contexto social e cultural de onde provêm e a sua relação com os cuidados de saúde antes e depois de migrarem. Além disso, a falta de informação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sobretudo no caso dos imigrantes indocumentados e as barreiras linguísticas, que dificultam a comunicação com os profissionais de saúde, contribuem também para que os imigrantes se encontrem em situações de grande vulnerabilidade quanto ao seu estado de saúde.

5. Qualidade dos serviços e cuidados de saúde

São vários os factores, bem documentados na literatura e que já tivemos oportunidade de referenciar neste relatório, que afectam a dimensão qualitativa dos serviços e dos cuidados de saúde.

Da nossa experiência durante a implementação deste e de outros projectos na área da saúde e imigração, em particular das conclusões que retirámos dos diversos encontros que tivemos, quer com imigrantes quer com profissionais de saúde e associações de imigrantes, podemos dizer que, em Portugal, os factores que neste momento mais afectam a qualidade dos serviços e cuidados de saúde prestados aos imigrantes se prendem com: a) desconhecimento de aspectos culturais e de tradições das sociedades de origem; b) dificuldades de comunicação por questões linguísticas; c) desconhecimento por parte dos imigrantes dos serviços e condições de acesso aos cuidados de saúde; d) ausência e insipiência da informação disponível por parte dos prestadores de cuidados, sobre os direitos e deveres, bem como dos serviços disponíveis para estas comunidades; e) fraca adesão dos imigrantes aos serviços de saúde por receio e falta de confiança nos serviços; e f) um amplo leque de dificuldades específicas dos doentes presentes no Serviço Nacional de Saúde ao abrigo dos Acordos de Cooperação no âmbito da saúde celebrados entre Portugal e os PALOP.

O não domínio da língua portuguesa por parte dos imigrantes e das línguas estrangeiras por parte dos prestadores de cuidados é identificado como um dos grandes problemas que pode afectar a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde prestados. Para tentar minorar este problema o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.) criou o Serviço de Tradução Telefónica (STT). Existe também uma bolsa de mediadores culturais que estão disponíveis para acompanhar os imigrantes e ajudá-los no que for necessário em termos de comunicação. No caso da saúde, este serviço

não tem, na maioria dos casos, a procura e os efeitos esperados devido à sensibilidade das informações transaccionadas no contexto médico (a excepção é feita para assuntos burocráticos). Por outro lado, no decorrer de uma investigação que está a ser desenvolvida também se conclui que a maioria dos serviços de saúde não tem conhecimento da existência deste serviço de tradução.

Em Portugal são vários os estudos que dão conta da opinião dos imigrantes sobre a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde que recebem, muito em particular no contexto do Sistema Nacional de Saúde.

O estudo de Gonçalves et al. (2003) sobre acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes africanas conclui que a maior parte dos inquiridos considera que os hospitais têm melhor qualidade em detrimento dos centros de saúde e consideram-se mais satisfeitos com aquele serviço, nomeadamente porque os hospitais têm melhor atendimento, flexibilidade de horários, maior número de técnicos de saúde e melhor funcionamento administrativo.

Ainda assim, 69% dos inquiridos que expressaram o seu grau de satisfação com os cuidados prestados pelo centro de saúde, mostram-se satisfeitos, sendo que a grande maioria afirma nunca ter tido qualquer tipo de problemas; por sua vez, 24% consideram-se insatisfeitos. As razões da insatisfação prendem-se com: mau atendimento (44%), longo tempo de espera (38%) e o facto de não conseguir ter consulta (22%). Os horários de funcionamento, a falta de médicos, a atitude dos profissionais e as condições físicas do centro de saúde são também apontados como problemáticos.

Algumas destas conclusões são também partilhadas pelos estudos de José Sousa (2006) e de Inês Andrade (2006). No estudo de Sousa (2006) sobre a relação dos imigrantes ucranianos a viver em Portugal e os cuidados de saúde, os entrevistados referem o mau atendimento, a qualidade dos serviços prestados e o processo terapêutico como as situações mais problemáticas do Serviço Nacional de Saúde, recorrendo também eles mais aos hospitais do que aos centros de Saúde e só em situação de doença aguda (86,4% dos casos). No estudo de Andrade (2006), que é centrado na geografia da saúde, nos processos de urbanização na AML e na população imigrante africana, existe um capítulo dedicado ao tema da satisfação dos imigrantes africanos relativamente aos cuidados de saúde prestados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Nele conclui-se que 69,7% dos imigrantes africanos inquiridos se encontram satisfeitos com a generalidade dos cuidados de saúde, enquanto 30,3% se revelam insatisfeitos. Como aspectos positivos os inquiridos salientam o profissionalismo e a competência dos profissionais de saúde (39%) e a existência de cuidados médicos de qualidade e substancialmente diversificados (12%). Nos aspectos negativos são identificados: o tempo de espera na marcação de consultas, pequenas cirurgias ou operações, bem como no atendimento médico e nos mais variados tipos de consultas (médicos de família, consultas de urgência, etc.) (31,3%); o atendimento médico (negligência médica, falta de sensibilidade dos profissionais de saúde, falta de clareza, etc.) (15,3%); finalmente, os inquiridos consideram os recursos humanos e os cuidados de saúde em geral insuficientes (11,3%).

De realçar ainda que em algumas situações, a apreciação feita sobre o Serviço Nacional de Saúde varia segundo o género, a idade e a experiência pessoal. Também o tempo de estadia em Portugal, a experiência com os serviços de saúde no país de origem e algumas questões culturais e individuais determinam a posição e a opinião dos actores sociais quando inquiridos sobre estas problemáticas. Por último, importa esclarecer que muitos dos problemas identificados e das experiências vividas pelas comunidades imigrantes em relação do Sistema Nacional de Saúde são partilhadas pela população

portuguesa, nomeadamente o tempo de espera nos serviços, as dificuldades na marcação de consultas, os horários de funcionamento dos serviços e a falta de médicos de família e clínica geral.

6. Medidas e acções para a mudança

As migrações são tema central na agenda política de vários países e a relação entre migrações e saúde tem vindo a ganhar importância para decisores políticos e investigadores.

O levantamento de “Boas práticas” no domínio do acolhimento e integração dos imigrantes, efectuado pela OIM (Fonseca e Goracci, 2007:145-146) indica que 60% das 55 iniciativas inventariadas que visam a integração dos imigrantes na área da saúde, são implementadas pelo terceiro sector (ONG, IPSS, Associações e Organizações de Carácter Religioso) e que 64% dependem, de alguma forma, de financiamento público (proveniente do Estado, Câmaras Municipais e UE). O mesmo estudo refere ainda que o Estado é o principal financiador, suportando individualmente cerca de um terço das iniciativas e 26% em parceria com outras entidades.

Apresentamos a seguir diferentes iniciativas lançadas com o propósito de promover a saúde dos migrantes em Portugal, assim como algumas sugestões para investigações futuras.

1. Iniciativas Suportadas pelo Estado

A Presidência Portuguesa da UE, no segundo semestre de 2007, escolheu a problemática da saúde e migrações como um dos temas dominantes na área da saúde. Algumas das iniciativas que traduzem a relevância desta problemática foram, como já referimos anteriormente, a Conferência Europeia “Saúde e Migrações na UE – Melhor saúde para todos numa sociedade inclusiva” (26 e 27 de Setembro de 2007), bem como um encontro dos coordenadores nacionais para a SIDA, da Europa dos 53 e dos países vizinhos sobre “VIH e Migrações” (12-13 de Outubro de 2007), ambas realizadas em Lisboa. Efectivamente, promover um debate deste nível sobre estas questões era necessário e portanto estas foram iniciativas louváveis, cujas conclusões e recomendações constituem um desafio para decisores políticos, associações e sociedade civil. Por outro lado, estas iniciativas vieram trazer para a discussão pública as questões das migrações, da saúde pública e do funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, o que potencia o interesse e o desenvolvimento de estudos qualitativos e quantitativos nesta área, uma vez que, é importante salientar, há falta de estudos empíricos sobre o acesso efectivo dos imigrantes e minorias étnicas aos cuidados de saúde em Portugal.

Não obstante o carácter limitado da informação, na prática, podemos dizer que várias medidas têm sido tomadas no sentido de implementar mecanismos de mudança. Por exemplo, no processo de elaboração do Plano para a Integração dos Imigrantes (PII) 2007-2009, identificou-se um conjunto de situações que constituíam constrangimentos ao acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde e à qualidade do tratamento oferecido. Para tentar colmatar alguns desses obstáculos, o PII previu a execução de 10 medidas nesta área: a) a promoção e execução de acções de formação, educação e de comunicação para combater a falta de informação tanto dos imigrantes relativamente aos serviços de saúde (incentivando a utilização do Serviço Nacional de Saúde), como dos profissionais de saúde e de outras entidades públicas face à diversidade cultural e aos direitos e procedimentos administrativos

a ter com estas populações (visando a criação de competências administrativas, interculturais e linguísticas) (medidas 22, 23, 24, 26 e 30 do Plano); b) promover e incentivar a criação de parcerias entre organizações locais e internacionais, públicas e privadas e outros grupos interessados nas questões dos imigrantes, visando melhorar os serviços prestados pelo SNS e facilitar mudanças nas culturas organizacionais das instituições (medidas 25, 27, 28 e 29). Estas medidas foram e estão a ser implementadas com o apoio de um grupo de trabalho multidisciplinar (“Saúde & Migrantes”), criado para o efeito, e que é coordenado pela Direcção Geral da Saúde. Segundo o Relatório Anual de Execução do PII, a avaliação do nível de execução de algumas destas metas é difícil devido à falta de informação estatística (ACIDI, 2008:37).

No plano de difusão de informação sobre os direitos dos imigrantes no domínio da saúde, destaca-se a criação do Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante, em 2004. Este gabinete desenvolve as suas actividades com o apoio de duas mediadoras socioculturais que, pela sua origem imigrante, constituem um factor de proximidade com a população imigrada e as dificuldades com que se defrontam. A equipa do Gabinete de Saúde centra as suas actividades na resolução de problemas relacionados com o acesso dos imigrantes (em situação irregular ou regular) e dos doentes dos PALOP que vêm para Portugal ao abrigo dos Acordos de Cooperação para os cuidados de saúde. Grande parte do funcionamento do gabinete baseia-se no diálogo com outras instituições promotoras de saúde, desempenhando um papel muito importante na difusão de informação aos imigrantes sobre os seus direitos e deveres em matéria de saúde e ao pessoal administrativo do Serviço Nacional de Saúde, sobre a aplicação da legislação portuguesa neste domínio.

Poder comunicar, fazer-se entender e entender o que lhe é dito, é fundamental para a integração plena dos imigrantes na sociedade de acolhimento. Foi neste sentido que o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.) criou e mantém em funcionamento, desde 2006, o Serviço de Tradução Telefónica (STT). Este Serviço dirige-se a todos os cidadãos que não falam português e a todos os interlocutores portugueses que com estes precisem de comunicar. Este serviço recorre a uma bolsa de cerca de 37 tradutores/intérpretes que dominam, para além da língua portuguesa, um ou mais idiomas (actualmente cerca de 60 idiomas como, por exemplo, o russo, chinês, árabe, romeno, hindi, punjabi, entre muitos outros). Os tradutores/intérpretes funcionam como “intermediários” junto das mais diversas instituições como Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, Conservatórias, Hospitais, Centros de Saúde, Escolas, PSP, GNR, Tribunais e outros organismos públicos e privados. De facto, desde 2000, surgiram inúmeras iniciativas ao nível governamental (local e central) dirigidas aos imigrantes. Estas medidas estão directamente relacionadas com as políticas de integração dos imigrantes e enfatizam, no caso da saúde, o acesso e a promoção da saúde entre os grupos de imigrantes.

2. Iniciativas da Sociedade Civil e ONGs

Como complemento do esforço legislativo do Governo em matéria de saúde e imigração patente no Plano de Integração, registou-se também uma grande participação da sociedade civil (ONGs, Associações e Organizações de Carácter Religioso) e de instituições privadas (IPSS, Empresas, Hospitais, etc), enquanto facilitadores da integração dos imigrantes em matéria de saúde.

Em 2007, o Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), em parceria com o Organização Internacional para as Migrações (OIM) e a Fundação Luso-Americana para

o Desenvolvimento (FLAD), fizeram um levantamento das iniciativas existentes em Portugal no domínio do acolhimento e integração dos imigrantes³⁸ (Fonseca e Goracci, 2007). Embora não se trate de um inventário exaustivo porque inclui apenas as acções relatadas pelos promotores que responderam ao questionário que lhes foi enviado directamente, por e-mail, fax, correio, ou através de divulgação via *Internet*, no sítio do ACIDI, I.P., este trabalho permitiu obter uma boa panorâmica do tipo de respostas existentes, no sector público, privado e no terceiro sector. As 55 iniciativas identificadas, que se relacionam directa (20) ou indirectamente (35) com a integração dos imigrantes na área da saúde são de natureza diversa incluindo a difusão de informação, alterações de procedimentos das instituições de saúde, com o intuito de satisfazer as necessidades específicas da população imigrada, melhoria das condições de acesso aos serviços de saúde e reconhecimento das qualificações dos profissionais de saúde imigrantes (Fonseca e Goracci, 2007:149).

Apesar dos assinaláveis avanços legislativos registados nos últimos anos em Portugal, a escassez de informações torna difícil saber o que realmente se passa ao nível do acesso dos imigrantes e seus descendentes aos serviços de saúde, qual o seu estado de saúde e sobre a qualidade e adequação dos cuidados prestados. Por outro lado, em Portugal, não há programas multiculturais de saúde de nível nacional destinados exclusivamente a imigrantes e minorias étnicas. Estas populações são enquadradas nos serviços dirigidos a todos os cidadãos (geralmente esta situação é considerada um “boa prática” com a intenção de garantir uma integração óptima na sociedade portuguesa). As iniciativas direccionadas exclusivamente para os imigrantes e minorias étnicas são promovidas geralmente por ONGs e têm um âmbito local. Por exemplo, a publicação e distribuição de brochuras sobre serviços e questões de saúde nas várias línguas das principais comunidades imigrantes residentes em Portugal, foi uma iniciativa de âmbito nacional levada a cabo pelo Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural e pela Comissão Nacional de Luta contra a Sida. Já os projectos de consultas de saúde mental e *check-ups* médicos gratuitos para imigrantes, lançados pelo Hospital Miguel Bombarda em parceria com várias associações de imigrantes e pela Unidade Clínica do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, respectivamente, foram implementados unicamente em Lisboa.

Uma outra iniciativa que merece destaque e que já mencionámos anteriormente, é os Roteiros da Saúde para Imigrantes, promovidos pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (um em 2008 e outro já em 2009) e cujo objectivo foi divulgar, na cidade de Lisboa, junto dos imigrantes e seus descendentes, os recursos de saúde disponíveis e a forma de aceder aos mesmos, realçando os seus direitos de acesso aos serviços públicos de saúde. Estes projectos foram desenvolvidos em parceria com várias instituições locais, governamentais e da sociedade civil (ACIDI, I.P., Juntas de Freguesia, Associações de Imigrantes, Paróquias, etc.). Um dos principais instrumentos deste roteiro foi o “Passaporte de Saúde”, um documento que, para além de fornecer um importante conjunto de informações úteis, acompanhará o imigrante ao longo do percurso que este seguir pelas diferentes entidades que prestam cuidados ou apoios ao nível da saúde.

3. Validação dos diplomas profissionais de imigrantes

No que se refere ao reconhecimento de habilitações destacam-se dois projectos, um para médicos e outro para enfermeiros. O primeiro iniciou-se em 2002, em resultado de uma parceria entre

³⁸ O levantamento das iniciativas foi efectuado ao longo de seis meses, através de um formulário de inquérito amplamente distribuído e divulgado no sítio da internet do ACIDI, I.P., em rádios, jornais diários e semanais de cobertura nacional e regional, tendo-se solicitado a participação activa de organizações da sociedade civil, do sector privado e de entidades públicas em múltiplos sectores de actividade.

a Fundação Calouste Gulbenkian e o Serviço Jesuíta aos Refugiados. Dois anos mais tarde, esta parceria foi alargada à Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil e ao Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra) para desenvolver o Projecto de Reconhecimento de Habilitações de Enfermeiros Imigrantes e de Apoio à sua Integração Profissional. Em resultado destes projectos, 107 médicos e 45 enfermeiros imigrantes obtiveram já equivalência para as suas habilitações académicas e autorização para exercer a sua profissão em Portugal.

Em Portugal também se tem vindo a desenvolver alguma investigação sobre os profissionais de saúde imigrantes (Ribeiro, 2008a, 2008b; Machado, 2000; Baganha e Ribeiro, 2007; Silva e Fernandes, 2007; Baganha, Ribeiro e Pires, 2002).

4. Educação e Formação

Como já tivemos oportunidade de referir, houve algum esforço no sentido de capacitar e ampliar o acesso dos profissionais de saúde a programas de formação no campo das migrações e saúde. Alguns desses exemplos são: 1) o desenvolvimento de programas pós-graduados como o Mestrado em Psiquiatria Cultural na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, o Mestrado em Relações Interculturais da Universidade Aberta em Lisboa ou o Mestrado em Sociologia da Saúde e da Doença do ISCTE e o seminário “Saúde, Género e Imigração” leccionado no programa de pós-graduação *Lei da Igualdade de Género* da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; 2) a promoção de seminários centrados na investigação, provisão de serviços e intervenção na área da saúde dos imigrantes – promovido pela Associação GIS/Grupo Imigração e Saúde (GIS, 2009); 3) a promoção de encontros abertos cujo tema foca as abordagens teóricas e terapêuticas, assim como as experiências clínicas no campo da saúde dos migrantes pelo Centro de Psiquiatria Transcultural do Hospital Miguel Bombarda, em Lisboa; 4) elaboração de protocolos entre a Associação Portuguesa de Psicologia e Psiquiatria Transcultural e Instituições de Educação para o desenvolvimento de programas de formação avançada em saúde mental transcultural.

5. Sugestões para Investigação Futura

Na última década os progressos verificados na investigação sobre migração e saúde foram notáveis em Portugal, como se confirma pela quantidade de trabalhos concluídos desde 2000. Não obstante, a revisão da bibliografia e as informações recolhidas em dois workshops³⁹ em que participaram investigadores, representantes de Associações de Imigrantes, Serviços de Saúde e ONG fundamentam a necessidade de mais estudos e, sobretudo, a sistematização e disseminação da informação relevante para caracterizar o estado e as práticas de saúde dos diferentes grupos de imigrantes e seus descendentes, bem como as condições de acesso ao Sistema Nacional de Saúde. A saúde dos migrantes em Portugal poderia vir a beneficiar de futuras investigações nos seguintes tópicos:

- Determinantes sociais da saúde nos imigrantes;
- Estudos epidemiológicos, incluindo as primeira e segunda gerações de imigrantes;
- O papel da sociedade civil e das ONGs, assim como um papel pró-activo dos utentes no preenchimento da distância entre os existentes serviços de saúde formais e as reais necessidades sentidas pelos imigrantes;

39 Ver anexo 1.

- A percepção dos imigrantes sobre os serviços de saúde e os profissionais deste sector e o impacto dessa ideia no acesso dos imigrantes aos serviços e cuidados de saúde;
- Desafios e soluções identificados pelos profissionais de saúde quando trabalham com imigrantes (com ênfase na qualidade dos serviços e particular atenção às questões relacionadas com discriminação e racismo);
- As opções alternativas dos imigrantes nos cuidados de saúde (e.g. curandeiros, uso de medicinas e cuidados tradicionais e/ou transnacionais, a transnacionalidade do uso de serviços de saúde) e pontos de encontro entre cuidados formais e informais;
- A importância e efectividade dos serviços formais e informais de interpretação na facilitação da comunicação entre os profissionais de saúde e os migrantes que não dominam a língua portuguesa; etc.

7. Considerações Finais

Conforme referem Fonseca, Esteves, McGarrigle e Silva (2007), as condições e as práticas de saúde dos imigrantes não podem dissociar-se do respectivo nível socioeconómico e do seu estatuto legal. Por conseguinte, estas populações apresentam vulnerabilidades específicas da condição de migrante, nomeadamente, *stress* resultante de um maior isolamento social, do desconhecimento da língua e das regras de funcionamento da sociedade de acolhimento, estigmatização e atitudes discriminatórias por parte de alguns profissionais de saúde e ainda desvantagens adicionais provocadas pela sua situação perante a lei, maior precariedade no emprego, condições de habitação e menor acesso aos mecanismos de protecção social. Por sua vez, as diferenças ao nível das práticas dos indivíduos e da auto-representação do seu estado de saúde, devem ser interpretadas como diferenças culturais. As expectativas em torno dos cuidados de saúde e a “clinicalização” de algumas doenças ou estados de saúde específicos, podem ser diferentes em regiões com características distintas e depender do contexto social e das experiências vividas no país de origem. Deste modo, para interpretar, com exactidão, os resultados dos estudos já realizados e para aprofundar o conhecimento das desigualdades no acesso à assistência médica de grupos particulares de pessoas, é necessário definir melhor os conceitos-chave e os indicadores mais adequados para avaliar e monitorizar este fenómeno.

A relevância do estatuto socioeconómico e legal na saúde dos imigrantes e seus descendentes demonstra que a promoção da saúde não pode limitar-se à intervenção política neste domínio específico. Pelo contrário, deve enquadrar-se em acções integradas que promovam a igualdade de oportunidades dos imigrantes e da população nativa, no acesso a uma vida saudável.

Em Portugal, a política de integração de imigrantes teve uma emergência muito tardia, começando a desenvolver-se apenas a partir de meados dos anos noventa, quando a pobreza e marginalidade social dos imigrantes das primeiras vagas, principalmente africanos dos PALOP, começou a ter grande visibilidade nalguns bairros da cidade de Lisboa e de outros concelhos da Área Metropolitana. A partir dessa altura verificaram-se sucessivas alterações legislativas e respostas políticas para promover a integração dos imigrantes, ao ponto de Portugal ocupar o segundo lugar no Índice das Políticas de Integração-MIPEX (Niessen, Huddleston e Citron, 2007). Embora se esteja ainda longe do desejável, as medidas apresentadas no Plano Nacional para a Integração de Imigrantes e o

desenvolvimento de acções integradas que envolvem a participação de diversas instituições do sector público, privado e das ONGs, são reveladoras da importância política atribuída a esta questão e da preocupação em responder positivamente a alguns dos problemas já identificados.

Para concluir, deve referir-se que a integração é um processo e não um fim, envolvendo a interacção entre imigrantes e autóctones e a adaptação das instituições sociais à diversidade sócio-cultural dos novos residentes (Penninx, 2003; Papademetriou, 2003). Por isso, a redução das diferenças de oportunidades entre imigrantes e nativos, na saúde tal como em outros aspectos relevantes da vida de qualquer indivíduo, não é apenas uma responsabilidade dos diferentes órgãos do governo, central ou local, implicando o envolvimento e a cooperação, horizontal e vertical, entre instituições diversas. Deste modo, tal como recomenda a Comissão Europeia, na Agenda Comum para a Integração, é importante que Estados-Membros desenvolvam instrumentos de coordenação e cooperação entre diferentes instituições públicas, privadas e da sociedade civil, com responsabilidades de intervenção aos níveis nacional, regional e local. Além disso, devem ainda incentivar a criação de mecanismos de monitorização e avaliação que permitam melhorar, de forma sistemática e continuada, o processo de decisão e a implementação das políticas, com base nas lições da experiência das melhores práticas e na identificação das normas, instrumentos e processos que podem ser melhorados (Fonseca e Goracci, 2007).

Referências Bibliográficas

Abukumail, N., M. Carreira, V. Alarcão & M. Bernardo (2007), 'Avaliação do Acesso aos Cuidados de Saúde Oral e Nível de Saúde Oral das Comunidades Imigrantes de Origem Africana e Brasileira em Portugal', Poster apresentado no 'V Congresso de Epidemiologia', Lisboa, 14 a 16 de Novembro de 2007.

AJPAS – Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável (Ed.) (2004). *Crenças, Tabus e Mitos na Prevenção do VIH/SIDA nas Comunidades Africanas*. Amadora: AJPAS.

Alarcão, V., M. Carreira, M. Godinho, R. Portugal & J. Pereira Miguel (2008a), 'Utilização de métodos contraceptivos pelas mulheres imigrantes das comunidades de origem africana e brasileira em Portugal', poster apresentado no 'VI Congresso de Epidemiologia', Porto, 23 e 24 de Outubro de 2008.

Alarcão, V., M. Godinho, N. Abukumail, M.A. Cortes, M. Carreira, & P.J. Nicola (2008b), 'Hypertension Awareness, Treatment and Control Among African and Brazilian Immigrants in Portugal – a population-based study', comunicação apresentada na '16ª Conferência Europeia de Saúde Pública – EUPHA', Lisboa, 6 a 8 de Novembro de 2008.

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2008), *Relatório Anual de Execução: Maio 2007-Maio 2008. Plano Para a Integração dos Imigrantes*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, ACIDI.

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P. (2007), *Plano para a Integração dos Imigrantes*. Resolução do Conselho de Ministros nº 63-A/2007. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

ACS – Alto Comissariado da Saúde (Ed.) (2008). *Health Strategies in Portugal – The National Health Plan 2004-2010*. Lisbon: The Office of the High Commissioner for Health. Disponível em http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/09/healthstrategiesinportugal_thenhp04-10_part1.pdf

Andrade, Inês de Jesus Martins (2006), *Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa*. Tese de Mestrado em Geografia. Lisboa: Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

Bäckström, Bárbara Gonçalves (2006), *Saúde e migrantes: As Representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-verdiana em Lisboa*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.

Baganha, M. I. & J. S. Ribeiro (2007), 'Imigração qualificada no sector da saúde – as oportunidades do mercado laboral português', *Migrações – Imigração e Saúde* 1: 53-78.

Baganha, M. Ioannis, J. Ribeiro & S. Pires (2002), 'O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional', Policopiado, oficina do CES. N.º 182. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>

Baganha, M. Ioannis & M. Lucinda Fonseca (Eds.) (2004), *New waves: Migration from Eastern to Southern Europe*. Lisboa: Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento.

Baganha, Maria Ioannis & José Carlos Marques (Coord.) (2001), *Imigração e Política – O Caso Português*. Lisboa: Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento.

Barros, Pedro & Jorge Simões (2007), *Health Systems in Transition – Portugal*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. ISSN 1817-6127 Vol. 9 No. 5.

Bentes, M., C. Matia Dias, C. Sakellarides & V. Bankauskait (2004), *Health Care Systems in Transition: Portugal*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. ISSN 1020-9077 Vol. 6 No. 1.

Branco, António G. & Vítor M. Ramos (2001), 'Cuidados de Saúde Primários em Portugal', *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume temático No.2: 5-12. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Calado, B., L. Silva, D. Guerreiro & E. Barreiras (1997), 'Incentivos à Vigilância Pré-natal: Resultados Parcelares', *Saúde em Números* 12 (4): 29-31.

Carballo, Manuel (2007a), 'Communicable Diseases', in Ana Fernandes (Coord.), *Health and Migration in the EU. Challenges for health in the age of migration*, cap. 4. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Carballo, Manuel (2007b), 'The Challenge of Migration and Health', *ICMH Articles*. Geneva: International Centre for Migration and Health. Disponível em http://www.icmh.ch/publications_2007.htm

Cardoso, Maria José (2008), 'Os trabalhadores imigrantes e os riscos associados ao trabalho', *Migrações – Imigração e Mercado de Trabalho* 2: 203-205.

Carreira, Mário, Violeta Alarcão, Sandra Gonçalves, Joana Costa & Manuel Carballo (2007), 'Diabetes e Imigração: Percepções e Controlo da Diabetes de Tipo II', poster apresentado no 'V Congresso de Epidemiologia', Lisboa, 14 a 16 de Novembro de 2007.

Carrilho, Maria José & Lurdes Patrício (2006), 'A Situação Demográfica Recente em Portugal', *Revista de Estudos Demográficos* 38: 111-140, tema B: População e Sociedade, art. 6. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Chaves, Cláudia (2006), 'Cuidados de Saúde Primários e SIDA', *Millenium*, 32: 108-115. Revista On-line do Instituto Superior Politécnico de Viseu.

Costa, Joana; Mário Carreira, Violeta Alarcão & Manuel Carballo (2008), 'Perceptions and control of diabetes in migrants and non-migrants in Portugal', comunicação apresentada na 'EUPHA Pre-conference on Migrant Health', Lisboa, 5 de Novembro 2008.

Costa, Joana (2007), 'Estudo Migração e Diabetes', *Revista da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal* 45. Disponível em http://www.apdp.pt/rev_45_outros05.asp

Costa, Isabel & Teresa Mota (2000), 'Mental health access in Portugal', *Boletim do Núcleo de Psiquiatria Transcultural (NPT) do Hospital Miguel Bombarda* 4.

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2005), 'Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal a 30 de Junho de 2005', documento 134. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

D'Almeida, André Corrêa & Pedro D. Silva (2007), *Impacto da Imigração em Portugal nas Contas do Estado*. Colecção Estudos do Observatório da Imigração 1, 2ª edição. Lisboa: ACIME.

Dias, Carlos M., Eleonora Paixão, Maria J. Branco, & José M.I. Falcão, (2008), *A Saúde dos Imigrantes. Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. Lisboa: Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P.

Dias, Sónia, Milton Severo & Henrique Barros (2008), 'Determinants of Health Care Utilization by Immigrants in Portugal', *BMC Health Service Research* 2008, 8: 207. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-207.pdf>

Dias, Sónia & Aldina Gonçalves (2007), 'Migrações e Saúde', *Migrações – Imigração e Saúde* 1: 15-26.

Dias, Inês Silva (2005), 'Uma Viagem Psicológica pela Migração', *PsiLogos*, 2 (2): 6-12.

Dias, Sónia, A. Gonçalves, M. Luck & M.J. Fernandes (2004), 'Risco de Infecção por VIH/SIDA: Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante', *Acta Médica Portuguesa*, 17 (3.): 211-218, II Série.

Dias, Sónia, M. Matos & A. Gonçalves (2002), 'Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – implicações para a intervenção', *Psicologia, Saúde & Doença* 3 (1): 89-102.

EUMC – European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (2005), *Majorities' Attitudes Towards Minorities: Key Findings from Eurobarometer and the European Social Survey*. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights.

Eurobarómetro (2008), *Discrimination in the European Union: Perceptions and experiences of discrimination in the areas of housing, healthcare, education, and when buying products or using services. Analytical Report*. Flash Eurobarometer Series 232 – The Gallup Organization.

EuroHIV – European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (2008), *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. Mid-year report 2007, 76. Paris : Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire. Disponível em http://www.eurohiv.org/reports/report_76/pdf/report_eurohiv_76.pdf

EuroHIV – European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (2007), *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. End-Year report 2006, 75. Paris : Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire. Disponível em http://www.eurohiv.org/reports/report_75/pdf/report_eurohiv_75.pdf

EuroHIV – European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. End-Year report 2005, 73. Paris : Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire. Disponível em http://www.eurohiv.org/reports/report_73/pdf/report_eurohiv_73.pdf

European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Disponível em http://ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Publications/20081201_Annual_HIV_Report.pdf

Faria, D. & H. Ferreira (2002), 'Infecção VIH e imigração em Portugal', paper presented at the 3rd HIV-AIDS Virtual Congress. Lisboa, 20 de Outubro de 2002. Disponível em <http://www.aidscongress.net/pdf/109.pdf>

Ferrinho, Paulo Martins (2003), *Prevalência da ferropénia em crianças da comunidade imigrante africana em Portugal – Um estudo transversal*. Projecto de investigação (em curso). Lisboa: Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta.

Fernandes, Ana (Coord.) (2007), *Health and Migration in the EU. Challenges for health in the age of migration*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Fonseca, Maria Lucinda (2008), 'Imigração, diversidade e novas paisagens étnicas e culturais', in M. Lages & A. T. Matos (Coord.) (2009), *Portugal: percursos de interculturalidade*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.) e pelo Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (CEPCEP).

Fonseca, M. L.; A. Esteves, Jennifer McGarrigle & D. Possidónio (2008), *Country Report on National Data Collection Systems and Practices in Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa.

Fonseca, M. Lucinda & Mónica Goracci (Coord.) (2007), *Mapa de Boas Práticas – Acolhimento e Integração de Imigrantes em Portugal*. Lisboa: Organização Internacional das Migrações e Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, I.P.

Fonseca, M.L., Alina Esteves, Jennifer MacGarrigle & Sandra Silva (2007), 'Saúde e Integração dos Imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política', *Migrações – Imigração e Saúde* 1: 29-52.

Fonseca, M. L. (2005), 'The Changing face of Portugal: immigration and ethnic pluralism', *Canadian Diversity/Diversité Canadienne*, 4(1): 57-62, Winter 2005.

Fonseca, M. Lucinda (Coord.), M. Ormond, J. Malheiros, M. Patrício & F. Martins (2005), *Reunificação Familiar e Imigração em Portugal*. Relatório Final. Coleção Estudos do Observatório da Imigração 15. Lisboa: ACIME.

Fonseca, M. L. & J.M. Malheiros (2003), '«Nouvelle» Immigration, Marché du Travail et Competitivité des Régions Portugaises', *Géographie, Économie, Société – Revue Scientifique Internationale* 4 (2) : 433-457.

Fonseca, M.L., Jorge Malheiros, Alina Esteves & Maria José Caldeira (2002), *Immigrants in Lisbon: routes of integration*. Estudos para o Planeamento Regional e Urbano, 56. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos.

França, Luís (Coord.) (1992), *A comunidade Cabo Verdiana em Portugal*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, caderno 23.

Freitas, Cláudia (2003), 'Identification Study. Report on Portugal', in C. Watters, D. Ingleby, M. Bernal, C. de Freitas, M. van Leeuwen, N. de Ruuk, D. Le Touze & S. Venkatesan (2003), *Good practices in mental health and social care for asylum seekers and refugees*. Final Report of project for the European Commission.

Gaspar, T., M.G. Matos, A. Gonçalves & Vítor Ramos (2005), 'Saúde dos Adolescentes Migrantes', in M.G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: FMH Edições. Pp. 119-129.

George, Francisco (Coord.) (2007), *Health in Portugal 2007*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

GIS – Grupo Imigração e Saúde (2009), Associação sem fins lucrativos dedicada à investigação, prestação de serviços e intervenção na área das migrações e saúde.

Disponível em <http://gisassociacao.blogspot.com/>

Godinho, M., V. Alarcão, M. Carreira & R. Portugal (2008), 'Existence of probable psychological distress in African and Brazilian immigrants in Portugal', poster apresentado na '16ª. Conferência Europeia de Saúde Pública – EUPHA', Lisboa, 6 a 8 de Novembro de 2008.

Godinho, M., M. Carreira; V. Alarcão; N. Abukumail, T. Platier & Rui Portugal (2007), 'Nível de Saúde e Acesso aos Cuidados de Saúde nas Comunidades Imigrantes de Origem Africana e Brasileira – Resultados Preliminares', comunicação apresentada no 'II Fórum das Cidades Saudáveis', Viana do Castelo, 25 a 27 de Outubro de 2007.

Gonçalves, A., M.G. Matos, F.V. Marques, T. Gaspar, M. Faustino, M. Rosabal, J.C. Moniz & J. Torgal (2005), *A saúde e estilo de vida dos adolescentes cabo-verdianos frequentando o ensino secundário*. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.

Gonçalves, A., S. Dias, M. Luck, J. Fernandes & J. Cabral (2003), 'Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes: Problemas e Perspectivas de Intervenção', *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1): 55-64.

Harding, S., A. Teyhan, M. Rosato & P. Santana (2008), 'All cause and cardiovascular mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities', *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 15 (6): 670-676.

Harding, S., P. Santana, J. K. Cruickshank & M. Boroujerdi (2006a), 'Birth Weights of Black African Babies of Migrant and Non-migrant Mothers Compared With Those of Babies of European Mothers in Portugal', *Annals of Epidemiology*, 16 (7): 572-579.

Harding, S., M. Boroujerdi, P. Santana & J. K. Cruickshank (2006b), 'Decline in and lack of difference between, average birth weights among African and Portuguese babies in Portugal', *International Journal of Epidemiology*, 35 (2): 270-276. Oxford: Oxford University Press.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2008), *Estatísticas Demográficas 2007*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Ingleby, David et al. (2005), 'The Role of Health in Integration', in M.L. Fonseca & Jorge Malheiros (Coord.), *Social Integration & Mobility: Education, Housing & Health - Immiscoe Cluster B5 State of the Art Report*. Estudos para o Planeamento Regional e Urbano 67: 101-137. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos, Universidade de Lisboa.

Lages, Mário (Coord.), Verónica Policarpo, J. Carlos Marques, P. Lopes Matos & J.H. Cristo António (2006), *Os Imigrantes e a População Portuguesa: Imagens Recíprocas – Análise de duas sondagens*. Coleção Estudos do Observatório da Imigração 21. Lisboa: ACIME.

Lages, Mário & Verónica Policarpo (2003), *Atitudes e Valores perante a Imigração*. Coleção Estudos do Observatório da Imigração 2. Lisboa: ACIME.

Leandro Maria Engrácia, Manuel Plácido & Dina Carvalho (2002), 'Os males do corpo em terra estrangeira', in Maria E. Leandro (Org.), *Saúde. As teias da discriminação social*. Actas do Colóquio Internacional 'Saúde e Discriminação Social'. Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho. Pp. 181-210.

Lechner, Elsa (2007), 'Saúde mental e imigração', *Migrações – Imigração e Saúde* 1: 79-101.

Lechner, Elsa (2005a), 'Imigração e Saúde Mental – O sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas', *PsiLogos* 2 (2): 15-18.

- Lechner, Elsa (2005b), 'Uma aproximação à diferença: imigração e cuidados de saúde', *Transcultural 2*.
- Lopes, Lídia Correia (2007), *Gravidez e Seropositividade em Mulheres Imigrantes na Região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta de Lisboa. Observatório da Imigração, Coleção Teses 11. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).
- Machado, F. Luís (2007), 'Migrações, Saúde e Doença – que investigação em Portugal?', *Migrações – Imigração e Saúde 1*:201-203.
- Machado, I. J. (2000), 'Dentistas brasileiros em Portugal', *Com-ciencia 17*. Revista Electrónica de Jornalismo (Entrevista).
- Machado, Maria do Céu; Paula Santana; Maria Helena Carreiro; Helena Nogueira, Maria Rosalina Barroso & Alexandra Dias (2006), *Iguais ou diferentes? - Cuidados de Saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Laboratórios Bial.
- Malheiros, Jorge M. & Manuela Mendes (Coord.), Carlos Barbosa, Sandra Silva, Aline Schiltz, Francisco Vala (2007), *Espaços e Expressões de Conflito e Tensão entre Autóctones, Minorias Migrantes e Não Migrantes na Área Metropolitana de Lisboa*. Coleção Estudos do Observatório da Imigração 22. Lisboa: ACIDI, I.P.
- Manuel, Helena Isabel Borges (2007), *Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Planeamento Familiar de Mulheres Timorenses Residentes em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta de Lisboa. Observatório da Imigração, Coleção Teses 8. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).
- Matos, Margarida G., Aldina Gonçalves & Tânia Gaspar (2005), *Aventura social, etnicidade e risco: prevenção primária do VIH em adolescentes de comunidades migrantes*. Publicação IHMT/CMDT/UNL.
- Monteiro, Ana (2008), 'Migration Integration and internationalization of health care: Immigration, Mental Health of Eastern European immigrants in Portugal', comunicação apresentada no workshop do IMISCOE (Cluster B5) 'Migration, Integration and the Internationalisation of Healthcare'. Lisboa, 17 de Abril 2008, Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa.
- Monteiro, Ana (2006), 'Imigração e saúde: imigrantes da Europa de Leste em Portugal' *Referência*, 2: 9-20, II série. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem.
- Monteiro, Ivete (2007), *Ser Mãe Hindu - Práticas e Rituais Relativos à Maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta de Lisboa. Observatório da Imigração, Coleção Teses 9. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.).

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2005), *Quadros de Pessoal 2005*. Gabinete de Estratégia e Planeamento, Coleção Estatísticas. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Nicola, Paulo & Mário Carreira (2007), *Prevalência, conhecimento e controlo da hipertensão e adesão à terapêutica anti-hipertensiva nas comunidades imigrantes Africana e Brasileira em Portugal*. Projecto em Curso na Unidade de Epidemiologia do Instituto de Medicina Preventiva, Universidade Nova de Lisboa.

Niessen, Jan, Thomas Huddleston & Laura Citron (Coord.) (2007), *MIPEX – Migrant Integration Policy Index*. Brussels: British Council and Migration Policy Group. (In cooperation with Andrew Geddes and Dirk Jacobs).

Nossa, Paulo Nuno (2002), 'Mobilidade Populacional. Recomendação de "Boas Práticas" para a Prevenção do VIH Junto à População Migrante', in M. E. Araújo Leandro, M. Marta Lobo de Costa & Manuel Silva (Org.) (2002), *Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social*. ICS, Universidade do Minho.

Nossa, Paulo Nuno (2000), 'Epidemiologia, Mobilidade e Comportamento Social – o caso do VIH', *Sociedade e Cultura* 1. Cadernos do Noroeste, Série Sociologia, 1.

OECD (2008), *A Profile of Immigrant Population in the 21st Century. Data from OECD Countries*. Paris: OECD.

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde (Ed.) (2008), *Sistema de Saúde Português – Riscos e Incertezas. Relatório da Primavera 2008*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde (Ed.) (2001), *Conhecer os Caminhos da Saúde. Relatório da Primavera 2001*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

Palma, A.C., F. Araújo, V. Duque; F. Borges, M.T. Paixão, R. Camacho on behalf of the Portuguese SPREAD Network (2007), 'Molecular epidemiology and prevalence of drug resistance-associated mutations in newly diagnosed HIV-1 patients in Portugal', *Infection, Genetics and Evolution* 7: 391–398. Amsterdam: Elsevier.

Palma, A.C., F. Araújo, V. Duque; F. Borges, M.T. Paixão, R. Camacho on behalf of the Portuguese SPREAD Network (2005), 'Prevalence of drug resistance-associated mutations in newly diagnosed HIV-1 patients in Portugal', comunicação apresentada na '3rd European HIV Drug Resistance Workshop', Abstract 18. Atenas, 4 a 7 de Abril de 2005.

Peixoto, João (2008), 'Immigration and the Labour Market in Portugal: research and recent trends', *Migrações – Imigração e Mercado de Trabalho* 2: 19-46.

Papademetriou, Demetrios (2003), 'Policy considerations for immigrant integration', *Migration Information Source*, Special Issue on Integration. MPI.

Disponível em www.migrationinformation.org/Feature/print.cfm?ID=171

Penninx, Rinus (2003), 'Integration: the role of communities, institutions and the state', *Migration Information Source*, Special Issue on Integration. MPI.

Disponível em www.migrationinformation.org/Feature/print.cfm?ID=168

Portugal, Rui (Coord.) (2007), *Good Practices in Health and Migration in the EU*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (2005), *Ponto da situação epidemiológica e indicadores de desempenho*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Divisão de Doenças Transmissíveis.

Pussetti, Chiara Gemma (Coord.) (2006), *Public health policies and therapeutic practices: suffering and treatment strategies of migrants in the Greater Lisbon area*. Projecto a decorrer no Centro de Estudos de Antropologia do ISCTE.

Ribeiro, Joana Sousa (2008a), 'Migration and occupational integration: foreign health professionals in Portugal', in M. Saks & E. Kuhlmann (org.), *Rethinking professional governance: International directions in health care*. Bristol: The Policy Press.

Ribeiro, Joana Sousa (2008b), 'Gendering migration flows: Physicians and nurses in Portugal', *Equal Opportunities International* 27 (1): 77-87.

Rifes, Graça & Miguel Villar (2003), 'Imigração e Tuberculose. Experiência de cinco anos', *Revista Portuguesa de Pneumologia* IX (3): 195-204.

Rosa, Cláudia (2007), *Saúde Mental e Contexto Migratório. Um estudo na região de Lisboa*. Tese de Mestrado em Relações Interculturais. Lisboa: Universidade Aberta.

Rosa, M^ª. João, Hugo Seabra & Tiago Santos (2004), *Contributos dos imigrantes na demografia portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira*. Colecção de Estudos do Observatório da Imigração 4. Lisboa: ACIME.

Santana, Paula (Coord.) (2007), *A Cidade e a Saúde*. Coimbra: Ed. Almedina.

Santana, Paula (2005), *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Ed. Almedina.

Santana, Paula (2004), *Saúde, Território e Sociedade*. Colecção Textos Pedagógicos. Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Santana, Paula (2002), 'Poverty, Social Exclusion and Health', *Social Science and Medicine* 55: 132-145.

Santana, Paula & Helena Nogueira (2005a), 'AIDS-HIV mortality in Portugal in the 90s', *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 23 (1): 57-68.

Santana, Paula & Helena Nogueira (2005b), 'The geography of HIV/AIDS in Portugal', *Fennia International Geographical Journal* 182 (2): 95-108. Lisboa: ENSP, Universidade Nova de Lisboa.

SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2007), *Relatório de Actividades 2007 - Imigração, Fronteiras e Asilo*. Departamento de Planeamento e Formação. Lisboa: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

Silva, António M. & Raul Fernandes (2007), *Enfermeiros Estrangeiros em Portugal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Sousa, José Edmundo Furtado (2006), *Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais pela Universidade Aberta de Lisboa. Observatório de Imigração, Coleção Teses 4. Lisboa: ACIME.

Távora-Tavira, Luís, Rosa Teodósio, Jorge Seixas, Emília Prieto, Rita Castro, Filomena Exposto & Jorge Atougua (2007), 'Infecções sexualmente transmissíveis numa população migrante africana em Portugal: estudo de base resultante do projecto EpiMigra', *Migrações – Imigração e Saúde* 1:129-139.

Vala, Jorge (1999), *Novos Racismos*. Oeiras: Celta.

Vala, Jorge, Rodrigo Brito & Diniz Lopes, (1999), *Expressões dos Racismos em Portugal: perspectivas psicossociológicas*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Williamson, L., M. Rosato, A. Teyhan, P. Santana & S. Harding (2008), 'AIDS mortality in African migrants living in Portugal: evidence of large social inequalities', *Sexually Transmitted Infections*. Revista online disponível em <http://sti.bmj.com/cgi/content/abstract/sti.2008.034066v1>

Legislação

Decreto n.º 32/2003

Decreto n.º 36/2003

Decreto-Lei n.º 201/2007 de 24 de Maio

Decreto-Lei n.º 173/2003 de 1 de Agosto

Decreto-Lei n.º 67/2004 de 25 de Março de 2004

Decreto-Lei n.º 70/2000 de 20 de Abril

Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril

Decreto-Lei. n.º 237-A/2006 de 14 de Dezembro

Decreto Regulamentar n.º 84/2007, de 5 de Novembro

Despacho 25 360/2001, de 16 de Novembro de 2001
 Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho
 Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro
 Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto
 Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro
 Lei Orgânica n.º 2/2006, de 17 de Abril
 Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007 de 3 de Julho de 2007
 Portaria n.º 34/2009 de 15 de Janeiro
 Circular Informativa n.º 14/DSPCS de 02/04/2002
 Circular informativa n.º 48/DSPCS de 30/10/2002
 Circular informativa n.º 65/DSPCS de 26/11/2004

SIGLAS

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural / High Commissariat for Immigration and Intercultural Dialogue
 ACS – Alto Comissariado da Saúde / High Commissariat for Health
 AJPAS – Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável / Association of Young Promoters of Healthy Amadora
 ARS – Administração Regional de Saúde / Regional Health Administration
 CNLCS – Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA / National Commission of Fight Against AIDS
 DRS – Direcção Regional de Saúde / Regional Directorate of Health
 INE – Instituto Nacional de Estatística / Statistics Portugal
 MdM-P – Médicos do Mundo Portugal / Médecins du Monde Portugal (Doctors of the World)
 MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social / Ministry of Labour and Social Solidarity
 OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development
 OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde / Portuguese Observatory of the Health Systems
 PADE – Programa de Apoio a Doentes Estrangeiros / Support Programme to Foreign Patients
 PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa / Portuguese-Speaking African Countries
 PROSAUDESC – Associação Promotora de Saúde, Ambiente e Desenvolvimento Sócio-Cultural / Association for the Promotion of Health, Environment and Social and Cultural Development
 SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras / Aliens and Borders Office
 SNS – Serviço Nacional de Saúde / National Health Service
 SOAR – State of the Art Report
 TOC – Trabalhadores por Conta de Outrem / Employees

ANEXO I

WORKSHOP

“Saúde e Imigração: relação entre utentes e serviços”, realizado dia 17 de Setembro de 2008, na Sala de Reuniões do ACIDI, I.P.

ENCONTRO NACIONAL

“Saúde e Integração dos Imigrantes em Portugal: Áreas Problemáticas, Factores Críticos, Boas Práticas e Recomendações”, realizado no dia 10 de Dezembro de 2008, na Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

Lista de Participantes

Nome	Instituição
Alexandra Dias	Hospital Fernando da Fonseca, Departamento de Pediatria
Alina Esteves	Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa
Ana Gama	Unidade de Saúde e Desenvolvimento – Instituto de Higiene e Medicina Tropical
António Carlos da Silva	Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável
António Veiga	Associação Guineense de Solidariedade Social
Camila Lamarão	Associação Solidariedade Imigrante
Cristina Santinho	Grupo Imigração e Saúde
Dora Sampaio	Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa
Elsa Lechner	CEAS – Centro de Estudos de Antropologia Social (Núcleo de Antropologia da Saúde) - ISCTE
Fátima Xarepe	Maternidade Alfredo da Costa
Glória Toletti	Associação Portuguesa de Psicologia e Psiquiatria Transcultural
Graça Costa	Direcção Saúde da Santa Casa da Misericórdia
Inês Silva Dias	Associação Portuguesa de Psicologia e Psiquiatria Transcultural
Ivete Monteiro	CEMRI – Universidade Aberta
Jennifer McGarrigle	Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa

Joana Sousa Ribeiro	CES – Coimbra
Lídia Correia	CEMRI – Universidade Aberta
Lyria Maria dos Reis	Universidade Aberta
Maria Lucinda Fonseca	Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa
Mário Rui	Direcção Saúde da Santa Casa da Misericórdia
Patrícia Baltazar	Universidade de Évora
Raísa Machidonchi	Centro Cultural Moldavo
Raul Fernandes	Ordem dos Enfermeiros
Sandra Silva	Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa