



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**Acesso à Saúde Pública: Principais Dificuldades na  
Perspetiva  
dos Imigrantes em Portugal.**

Liubov Aladova

Tese submetida como requisito para obtenção do grau de  
Mestre em Administração Pública

Orientadora:

Prof. Doutora Maria Asensio Menchero  
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2019



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**Acesso à Saúde Pública: Principais Dificuldades na  
Perspetiva  
dos Imigrantes em Portugal.**

Liubov Aladova

Tese submetida como requisito para obtenção do grau de  
Mestre em Administração Pública

Orientadora:

Prof. Doutora Maria Asensio Menchero  
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2019

## **AGRADECIMENTOS:**

Dedico esta tese à minha família, sobretudo aos meus pais. Devo tudo o que tenho e o que sou a eles.

Agradeço o meu marido, que esteve sempre ao meu lado. Sem ele, nada disto seria possível.

Às minhas filhas que, muitas vezes, davam-me força para continuar e nunca desistir dos meus sonhos.

À professora Dra. Maria Asensio, o meu mais sincero agradecimento pela paciência e dedicação durante a elaboração desta pesquisa.

Uma palavra aos Amigos pela ajuda e apoio incondicional.

***HUMAN FIRST, STATUS LATER***

***Tehmina Naseem (2016)***

## **RESUMO**

Com o aumento progressivo dos fluxos migratórios, que se observa nas últimas décadas, as políticas públicas dirigidas aos imigrantes ganham maior importância nas agendas políticas dos países. Contudo, as barreiras que limitam o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde vão além da política e vão desde limitações financeiras até autonomia e discricionariedade por parte dos funcionários dos serviços de saúde. Esta pesquisa tem como objetivo identificar as principais dificuldades que os imigrantes enfrentam no acesso aos serviços de saúde pública, considerando as políticas de integração dos imigrantes em Portugal. O modelo teórico do Czaika e de Haas (2011) constitui uma ferramenta que nos permite analisar os determinantes estruturais de acesso aos serviços de saúde e perceber se eles facilitam ou impedem o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes em Portugal no período em estudo (2000-2015). Para testar o modelo analisamos os programas políticos dos Governos Constitucionais e a legislação dirigida aos imigrantes e por fim, cruzamos os dados com os relatórios produzidos por MIPEX, PICUM, ERS e publicações dos jornais. Os resultados deste estudo evidenciaram que não se conseguiu apurar a influência do fator do contexto político como um dos indicadores de barreiras discursivas no acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. Por outro lado, chegámos à conclusão que existem divergências entre o que diz a legislação elaborada e implementada e o que se verifica na realidade.

**Palavras – chave:** acesso, saúde dos imigrantes, políticas públicas, imigração, barreiras.

## **ABSTRACT**

With the progressive increase in migratory flows, which has been observed in recent decades, public policies aimed at immigrants are becoming more important in the countries' political agendas. However, barriers that limit immigrants' access to health services go beyond politics, ranging from financial constraints to autonomy and discretion on the part of health workers. This research aims to identify the main difficulties that immigrants face in accessing public health services, considering the integration policies of immigrants in Portugal. The Czaika and Haas theoretical model is a tool that allows us to analyze the structural determinants of access to health services and to understand whether they facilitate or prevent access and use of health services by immigrants in Portugal during the study period of 2000 - 2015. To test the model, we analyzed Constitutional Governments' political programs and immigrant legislation and finally, we cross-checked the data with reports produced by MIPEX, PICUM, ERS and newspaper publications. The results of this study showed that it was not possible to determine the influence of the political context factor as one of the indicators of discursive barriers in the immigrants' access to health services. On the other hand, we have come to the conclusion that there are differences between what the drafted and implemented legislation says and what actually takes place.

Keywords: access, immigrant health, public policies, immigration, barriers.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEORICO</b> .....	6
Movimento Migratório Internacional para Portugal .....	6
1.1. A Imigração .....	6
1.2. Estado e Políticas Públicas de Migração.....	12
1.3 Modelo teórico de análise de políticas migratórias - Czaika e De Haas .....	17
1.3.1. Políticas de Controlo de Imigração (visão restritiva do Estado) .....	18
1.3.2. Políticas de Integração (visão inclusiva do Estado) .....	21
1.4. Políticas de saúde para imigrantes .....	25
1.5. Acesso dos imigrantes aos serviços de saúde .....	28
1.5.1. Perspetiva legal .....	28
1.5.2. Barreiras discursivas no acesso à saúde .....	34
1.5.3. Barreiras de implementação .....	35
<b>CAPITULO II – METODOLOGIA</b> .....	38
2.1. Tipo de pesquisa .....	38
2.2. Instrumento .....	39
2.3. Análise de dados.....	40
<b>CAPITULO III – CASO EMPÍRICO</b> .....	42
Políticas de Imigração em Portugal (2000-2015). As políticas de saúde dos imigrantes em particular .....	42
3.1. Discurso político português sobre as políticas de imigração e as políticas de saúde para imigrantes .....	44
3.1.1. XIV Governo Constitucional (1992- 2002) .....	44
3.1.2.XV e XVI Governos Constitucionais (2002-2005) .....	47
3.1.3. XVII e XVIII Governos Constitucionais (2005-2008, 2009-2011) .....	50
3.1.4. XIX e XX Governos Constitucionais (2011-2015) .....	53
3.2. Políticas de Saúde para os Imigrantes e Possíveis Barreiras de Acesso à Saúde, Resultantes da Implementação .....	57
<b>CONCLUSÃO</b> .....	74
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	77

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 3.1. Governos Constitucionais (1992-2015).....	43
Quadro 3.2. Evolução da população estrangeira (1990-2001).....	45
Quadro 3.3. Despesas, receitas e déficit orçamental em relação ao PIB .....	49
Quadro 3.4. Ideias manifestadas pelos governos em relação de imigração e saúde dos imigrantes nos vários programas de governos .....	55
Quadro 3.5. Informações para prestadores de serviços sobre os direitos dos imigrantes ..	59
Quadro 3.6. Barreiras administrativas .....	60
Quadro 3.7. Condições para inclusão no sistema nacional de cuidados de saúde (cobertura)	61
Quadro 3.8 Evolução dos processos acompanhados pelo Provedor de Justiça relativas a saúde, por total geral de processos por Ministério da Saúde no período entre 1997-2016.....	66
Quadro 3.9. Atendimento do Gabinete do CNAIM entre 2006 e 2017 .....	67

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Modelo teórico Modelo teórico do Czaika e de Haas (2011:495) .....	17
Figura 1.2. Autores envolvidos ao nível nacional e internacional na resolução dos problemas associados a acesso aos serviços públicos de saúde .....	29
Figura 1.3. Dimensões de acesso à saúde.....	33
Figura 1.4. Barreiras discursivas.....	35
Figura 1.5. Barreiras resultantes da implementação das políticas.....	37
Figura 3.1. Discurso político do XIV Governo Constitucional (1992-2002) .....	47
Figura 3.2. Discurso dos XV – XVI Governos Constitucionais (2002-2005) .....	50
Figura 3.3. transmite informação relativamente às principais políticas propostas pelos XVII-XVIII (2005-2011).....	52
Figura 3.4. Taxa de desemprego em Portugal segundo a nacionalidade (2001 e 2017)....	53
Figura 3.5. Despesas públicas em saúde em % do PIB .....	54
Figura 3.6. Discurso dos XIX – XX Governos Constitucionais (2011- 2015).....	55
Figura 3.7. As necessidades não satisfeitas de consulta médica nos últimos 12 meses, segundo a naturalidade.....	69
Figura 3.8. Nível de integração dos imigrantes. Resultados do MIPEX.....	70
Figura 3.9. Relação entre acesso e qualidade .....	71

## **GLOSSÁRIO DE SIGLAS**

ACIDI - Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CDS-PP - Centro Democrático Social/Partido Popular

CNAI – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

CLAII – Centro Local de Apoio à Integração dos Imigrantes

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

FRA - Fundamental Rights Agency

MIPEX – Índice de Políticas de Integração de Migrantes

OIM – Organização Internacional para as Migrações

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS- Organização Mundial de Saúde

PICUM- Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants

PS - Partido Socialista

PSD - Partido Social Democrata

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UE – União Europeia

## INTRODUÇÃO

Os processos migratórios colocam maiores desafios aos sistemas de saúde dos países recetores dos imigrantes, que vêm-se obrigados a adaptar a prestação dos serviços de saúde às necessidades essenciais dos imigrantes sem prejudicar os seus direitos humanos fundamentais.

A presença dos imigrantes, segundo Peiro e Benedict (2010) levanta sérias questões políticas para União Europeia e os seus Estados-Membros. Uma das questões para a qual não é fácil encontrar soluções é o acesso aos sistemas de saúde e as barreiras que os imigrantes encontram nos países recetores. Os Estados-Membros a enfrentar este desafio tentam encontrar um equilíbrio entre a integração dos imigrantes e a proteção dos direitos humanos. A cobertura universal de saúde é uma das metas internacionais que deve ser incorporada nas políticas públicas. Ao encontro disso, nos objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU, foi lançado o apelo de "não deixar ninguém para trás", independentemente do seu estatuto legal, a fim de alcançar cobertura universal de saúde para todos. Muitos dos países reconhecem a igualdade total de tratamento aos nacionais de países terceiros só que esse tratamento igual, na maioria das vezes, depende do estatuto do imigrante (Mladovsky, 2007). Sendo o estatuto dos imigrantes perante a lei um fator que determina o seu direito de acesso ao trabalho, à saúde, à educação, a serviços públicos e à proteção social (Baganha e Marques, 2001:32). Então o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde continua a ser problema?

O problema de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde ocupa o lugar muito importante nas agendas governamentais dos países não só a nível Europeu, mas também a nível mundial. Em comparação com os países tradicionais de imigração, como os Estados Unidos, o Canadá e a Austrália, que tomaram medidas para promover a igualdade de acesso e qualidade dos serviços de saúde para imigrantes, poucos países europeus adotaram políticas claras e eficientes de saúde dos imigrantes. Pelo contrário, mantiveram uma atitude passiva, esperando que os mesmos se adaptassem às condições dos serviços (Ingleby 2006, Bollini, 1992). A Comissão Europeia abraçou este desafio reconhecendo a necessidade de investir em saúde e reduzir as desigualdades dos grupos vulneráveis como: imigrantes, minorias desfavorecidas e as pessoas com deficiências (Comissão Europeia, 2013). As presidências da UE em Portugal, em 2007, e a Espanha, em 2010, contribuíram bastante para a promoção das medidas dirigidas à proteção de saúde dos imigrantes. Portugal é um dos poucos países da Europa com história de imigração recente, que tem vindo a contribuir para a promoção das políticas sensíveis às

populações imigrantes, criando serviços de saúde adequados e acessíveis. Mas apesar de legislação elaborada os imigrantes continuam a enfrentar muitas barreiras de acesso aos serviços de saúde (Peiro e Benedict 2010).

Neste aspeto, refletindo sobre a situação atual dos imigrantes em Portugal, e fato de existir pouca informação e pesquisa sistematizada sobre o acesso aos serviços de saúde por parte dos imigrantes, leva-nos a questionar que dificuldades enfrentam os imigrantes no acesso aos serviços de saúde pública.

Observa-se que, embora Portugal seja um país relativamente aberto a integração dos imigrantes, na prática, segundo Padilla (2011), verifica-se a existência de barreiras de acesso muitas vezes difíceis de ultrapassar. As barreiras que limitam o acesso, no entender da autora, dividem-se em 3 grupos: externas, internas e de auto-exclusão. As primeiras incluem as barreiras económicas, segundas relacionam-se com o sistema de saúde e terceira depende de próprio imigrante. Chauvin e Parizot (2007) afirmam que existência de certos obstáculos como: ausência de documentos, medo de denúncia, desconhecimento dos direitos e locais de atendimento, criam barreiras que influenciam o acesso aos serviços de saúde dos imigrantes. Conforme Dias (2011) barreiras muitas vezes emergem na sequência de má interpretação da legislação por profissionais de saúde e as atitudes negativas em relação dos imigrantes. Por sua vez, Fonseca (2009) considera que o acesso a serviços de saúde depende do estatuto legal ou da nacionalidade do imigrante. A situação de ilegalidade dificulta o acesso do imigrante ao sistema de saúde. Nos casos em que esse acesso é obtido, as elevadas taxas cobradas pelas consultas tornam impossível o acesso, derivado à situação económica do imigrante.

As investigações existentes neste campo não têm suficiente informação sobre o acesso, a utilização e a adequação dos serviços de saúde, bem como satisfação por parte da população imigrante nos serviços de saúde e sobre possíveis problemas dos sistemas de saúde. Segundo Dias et al. (2018), há necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a realidade das migrações e saúde em Portugal, não podendo deixar de parte as condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. Muitos autores e investigadores abordam o fenómeno migratório. Padilla e Pereira (2009), Dias et al. (2018) afirmam que existem as falhas na recolha de dados sobre acesso aos serviços de saúde por parte dos imigrantes. O aprofundamento de pesquisas e estudos sobre o tema poderia servir como base aos decisores políticos para elaboração de decisões e medidas adequadas no combate às desigualdades em relação aos imigrantes. Padilha e Pereira

(2009) admitem que a saúde dos imigrantes deve ser considerada como aspeto chave para o bem-estar de todos, sendo difícil tirar proveito da migração se os migrantes não forem saudáveis. Também Fonseca et al. (2009) refere-se à existência de uma lacuna nas pesquisas de alta qualidade na vertente da saúde dos imigrantes, de acesso aos serviços e de disponibilidade de informação. A informação existente não foi recolhida sistematicamente. No entanto, a necessidade de pesquisas sistemáticas nos Estados-Membros torna-se uma questão urgente. O conhecimento adquirido vai permitir comparações e tomadas de decisão apoiadas em evidências. O Estudo realizado pela ERS (2015) também revela a falta de dados sobre acessibilidade dos serviços de saúde por imigrantes. O Relatório MIPLEX (2015) verificou que o acesso equitativo aos serviços de saúde por parte dos imigrantes não é uma prioridade das políticas de saúde em Portugal (OIM, 2016, p. 4 e 42-43). Embora a igualdade seja uma base fundamental na legislação do sistema de saúde português, verifica-se pouca preocupação no passado em concretizar, promover e monitorizar este objetivo (Furtado e Pereira, 2010).

Contudo, esta pesquisa pretende contribuir com informação sobre o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde e compilar dados relevantes das políticas de imigração do período de 2000-2015, servindo como fonte de pesquisa, para futuros estudos.

Diante deste quadro e ciente que Portugal tem políticas públicas direcionadas à plena integração dos imigrantes importa perceber: Qual é o processo de imigração? Que mudanças os processos de imigração trazem para o país? Que medidas o Estado toma para adaptação dos serviços sociais com aumento dos imigrantes? Em que contexto político e económico surgem as políticas de imigração e em especial as políticas de saúde para imigrantes?

Portugal como os outros países da Europa do Sul (Grécia, Espanha e Itália) nos últimos 30 anos passaram de emissores a recetores de imigrantes (Castles, 2005). Porém, a história imigratória de Portugal é muito recente. Com a adesão de Portugal a União Europeia em 1986 e assinatura de acordo de Schengen em 1991 permitiu à livre circulação das pessoas dentro das fronteiras dos Estados-Membros sem controlo nas fronteiras internas (Oliveira Sabala, 2015). Mas é impossível controlar a imigração na totalidade. Custos de vida muito elevados, ausência de emprego, crise económica e situação política nos certos países incentivam as pessoas imigrarem sem se importarem se entram no país de destino com autorização de entrada ou sem autorização. Para combater estas situações o Estado através de políticas de controlo e políticas de integração tenta combater a imigração ilegal. Portugal toma medidas para diminuir o

número de imigrantes ilegais. A legalização dos imigrantes em situação irregular, com à entrada em vigor do Decreto-Lei 4/2001 de 10 de Janeiro, segundo Costa (2012) provocou um grande aumento de cidadãos estrangeiros no território nacional. Assim conforme Baganha et al. (2004) essa medida, no espaço de três anos, permitiu a legalização 184 mil estrangeiros. Nos anos consecutivos, tendo em conta o período em estudo, decorreram várias alterações de legislação que regula a entrada, permanência, saída e afastamento de cidadãos estrangeiros do território nacional: Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho, Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho (alterada pela Lei n.º 29/2012, de 9 de Agosto, Lei n.º 56/2015, de 23 de Junho, e Lei n.º 63/2015, de 30 de Junho). Mas além de controlar as suas fronteiras Estado, por outro lado, facilita a inclusão dos imigrantes com o intuito de promover a integração dos mesmos na sociedade. Neste sentido são elaboradas as políticas de integração dos imigrantes, entre quais: políticas de acesso a saúde, emprego, educação, habitação e os benefícios sociais conferidos aos cidadãos estrangeiros.

Parece, portanto, pertinente estabelecer a ligação entre as diretrizes políticas de imigração e a forma como estas políticas são implementadas. Com isso o trabalho visa identificar as principais dificuldades existentes no acesso à saúde pública dos imigrantes, considerando as políticas de integração dos imigrantes em Portugal. Para uma melhor compreensão do problema relatado, foram definidos os seguintes objetivos específicos: (1) Identificar aspetos nas políticas de saúde que representam barreiras ao acesso dos imigrantes aos serviços de saúde pública; (2) Construir um quadro referencial, compilando as políticas públicas do período de 2000-2015; (3) Apresentar informação sobre as dificuldades de acesso a saúde dos imigrantes em Portugal.

O estudo procura realizar uma análise documental e sistematizar informação científica a respeito do tema do acesso aos serviços de saúde dos imigrantes em Portugal. Para isso foram consultados documentos oficiais e legislação, sítios de internet como da Comissão Europeia, Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras entre muitos. Após uma revisão criteriosa da literatura e identificação da legislação dirigida a saúde dos imigrantes, pretende-se organizar o material relacionado estabelecendo uma relação com os programas políticos no período de 2000 a 2015 e por fim, cruzar os dados com os relatórios produzidos por MIPEX, PICUM, ERS, Observatório de Imigração e publicações dos jornais.

Com intuito de alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa estruturamos o trabalho da seguinte forma: O capítulo I intitulado “Movimento Migratório Internacional para Portugal” apresenta-se como enquadramento da tese, onde se descreve o fenómeno migratório que afeta os Estados dos países centrais de maneira cada vez mais significativa nos dias de hoje. As migrações provocam implicações económicas, sociais, políticas e culturais, nas quais o papel do Estado é fundamental na forma como estes impactos se manifestam socialmente. Nesse sentido o Estado é analisado em duas vertentes, como: controlador de fluxos migratórios e facilitador a integração dos imigrantes. A visão inclusiva do Estado tem por base as políticas direcionadas aos imigrantes. As chamadas políticas sociais “para imigrantes” englobam o acesso à saúde, à habitação, ao trabalho e os benefícios sociais conferidos aos cidadãos estrangeiros. Nesta perspetiva aborda-se a saúde dos imigrantes face as políticas adotadas partindo da teoria de Czaika e de Haas (2011).

O Capítulo II apresenta a metodologia utilizada, descreve-se como pretendemos alcançar os objetivos anunciados na pesquisa. Recorre-se ao modelo de Czaika e de Haas (2011) que analisa as políticas de imigração. A partir dessa análise os investigadores distinguiram três lacunas na política de imigração. A lacuna discursiva relativa á diferença entre os discursos e as políticas públicas no papel, a lacuna de implementação que se refere à divergência entre políticas no papel e sua implementação e a lacuna de eficácia referente até que ponto as políticas implementadas são capazes de afetar a migração. O modelo foi adotado para analisar as políticas de imigração em Portugal e em especial as políticas de saúde dirigidas aos imigrantes no período compreendido entre 2000- 2015.

No Capítulo III apresenta-se o estudo empírico, sobre as políticas de imigração em Portugal e as políticas de saúde dos imigrantes como principal indicador da integração dos imigrantes. O Capítulo procura responder a principal questão através das hipóteses formuladas na investigação a partir da análise dos programas políticos dos governos consecutivos do período entre 2000- 2015 e o impacto destes programas nas políticas de saúde para os imigrantes.

Finalmente, as conclusões desta investigação pretendem apontar algumas lacunas existentes nas políticas públicas de saúde que são impeditivas de um tratamento mais acessível e eficiente dos imigrantes, assim como servirem de base para aprimoramento das mesmas e para investigações académicas futuras sobre o tema.

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **Movimento Migratório Internacional para Portugal**

Na era da mobilidade, a migração tornou-se um fenómeno progressivo e contínuo. Não existindo ainda um consenso para explicar o motivo gerador de tal fato, nem dados estatísticos que mensurem o número exato de imigrantes ilegais dentro de Portugal. Este aumento populacional que representa um desafio para o Estado, visto que um dos propósitos da ONU é assegurar acesso à saúde para todas as pessoas. Neste intuito é necessário compreender o processo de imigração, o papel do Estado, as políticas de controlo e integração, as barreiras, visando, assim, ter instrumentos para identificar as dificuldades enfrentadas pelo imigrante ao acesso à saúde.

#### **1.1. A Imigração**

Nas sociedades humanas o fenómeno migratório sempre existiu, com maior ou menor intensidade. Os processos como a comercialização, a formação do Estado e a globalização criaram fortes incentivos para as pessoas deixarem permanentemente ou temporariamente os seus locais de nascimento. As pessoas deslocavam-se pelo mundo como trabalhadores domésticos, trabalhadores informais, soldados ou marinheiros. Nas comunidades pré-modernas, com baixos níveis de tecnologia de transporte e comunicação e poucos rendimentos, o mais comum era a mobilidade dentro do próprio país. As pessoas que podiam atravessar livremente as fronteiras eram sobretudo aristocratas, peregrinos e eruditos religiosos, vendedores de mercadorias, combatentes, criminosos, marinheiros (Castles, 2000).

A história das migrações reconhece dois fatores centrais que motivaram os movimentos humanos: a expansão europeia do século XVI e a Revolução Industrial. Relativamente à Revolução Industrial podemos afirmar que essa originou um ativo processo de urbanização, dado que no período entre 1846 e 1939, cerca de 59 milhões de pessoas deixaram a Europa, tendo como principais destinos América do Norte e do Sul, Austrália, Nova Zelândia e África do Sul (Castles e Miller, 2009). Este fenómeno ocorreu, segundo o relatório de desenvolvimento Humano (2009), devido à procura por melhores condições de vida, perante a fome e a pobreza que viviam nos seus países. A variável facilitadora deste processo foi o baixo custo das viagens, beneficiando a mobilidade das pessoas. Exemplos disso são os preços das passagens da Grã-Bretanha para Nova Iorque em 10 anos (de 1840 a 1850) diminuíram em 77%. Assim, os trabalhadores deslocavam-se de regiões com trabalho de baixa remuneração para

regiões de pouca oferta de trabalho, mas com melhores remunerações (Relatório de Desenvolvimento Humano, 2009).

Porém, é na era da globalização que ocorre a simplificação do comércio internacional através da redução das barreiras alfandegárias, e a redução dos custos de transporte, bem como o desenvolvimento das novas tecnologias, que contribuíram para o aumento dos fluxos migratórios. Segundo Castles e Miller (2009) na base das mudanças das migrações estão dois fatores. O primeiro, com período temporal entre 1945 até ao início dos anos 70, época em que dominava a estratégia económica do grande capital, marcada pela concentração do investimento e a expansão da produção em países altamente desenvolvidos. Os trabalhadores migrantes dos países menos desenvolvidos deslocavam-se em direção aos países industrializados, tais como, Austrália, Canada, Japão, Europa ocidental, os Estados Unidos. Este período caracteriza-se como receção dos trabalhadores “hóspedes”, em que os países desenvolvidos utilizavam a mão-de-obra da periferia europeia, dos países mediterrâneos, Irlanda e Finlândia, e trabalhadores coloniais, assim como, refugiados da II Guerra mundial (trabalhador europeu voluntario). Nesta perspetiva, a Grã-Bretanha, a Bélgica, a França, a Suíça e a Alemanha são os países que mais sentiram, e continuam a sentir, o efeito da imigração. Outro fator que influenciou os fluxos migratórios há escala mundial foi a crise petrolífera de 1973-1974. A recessão provocou a reestruturação da economia mundial, a modificação dos padrões do intercâmbio global, o investimento de capitais em novas áreas industriais e a introdução das novas tecnologias (Castles e Miller, 2009). Neste cenário, a reestruturação económica provocou efeito duplo. Ou seja, se por um lado verificou-se o crescimento dos países exportadores de petróleo, por outro, falharam as estratégias de desenvolvimento pós-colonial nos países como a África, a América Latina e a Ásia. Os mesmos autores consideram este período de “Super exploração e destruição dos recursos naturais, urbanização sem controlo, rápido crescimento da população, instabilidade política, pobreza e fome” (Castles e Miller, 2009:).

Esta segunda onda de migração internacional atingiu o seu auge nos anos oitenta. A fragilidade das economias dos países que saíram dos processos de descolonização e a inexistência de uma autoridade política estável juntamente com as migrações dos campos para as cidades levaram muitas dessas populações a procurarem melhores condições de vida nos países mais desenvolvidos. Após a queda do império soviético, chegou a vez das populações do Leste procurarem na Europa as oportunidades de vida.

Também as populações chinesas juntamente com cidadãos da Índia, do Paquistão e do Bangladesh, escolheram como o seu destino a Europa (Malheiros, 2001). Segundo, Neves (2014:) “As migrações são uma das dimensões fundamentais do processo de globalização, a dimensão humana, que tem vindo a crescer não apenas na sua expressão quantitativa, mas também na sua complexidade e no seu impacto”.

Ao longo dos tempos, países tais como: a Grécia, a Espanha, a Itália e Portugal, ou seja, países do Sul da Europa, foram convertidos em terras de imigração (Castles, 2005). Nos últimos 30 anos, os fluxos migratórios com destino à Europa do Sul aumentaram significativamente. Deste modo, os países da Europa do Sul passaram de emissores líquidos de migrantes para recetores líquidos de fluxos migratórios. Nos anos 80, aumentou o número de imigrantes que vinham essencialmente da Europa Oriental e dos países africanos. Segundo Baganha (2005), o estoque da população estrangeira na Europa Ocidental rondava os 2% anuais, em contrapartida, nos países da Europa do Sul a taxa da população estrangeira atingia 10%. No entanto, entre 1981 e 1991 verificou-se o aumento, em três vezes, da população estrangeira com estatuto legal. Uma das características que distinguia os processos migratórios do sul da Europa dos outros países de migração era a inclusão dos imigrantes no mercado de trabalho informal. O número dos imigrantes regulares no fim da década de 80 era cerca de 1,4 milhões e de 1,3 a 1,5 milhões de imigrantes irregulares (Baganha, 2005).

Com o fim da segunda guerra mundial, intensificam-se novamente, os fluxos migratórios e as potências económicas, como a Alemanha e a França tornam-se mais fracas. Há então, a necessidade de recrutar mão-de-obra barata para reconstruir essas potências económicas. Perante esta carência, por parte destes países nos anos 50 do século XX, muitos migrantes dos países do Sul da Europa e do continente africano escolheram como destino países do Centro e Norte da Europa. Os processos migratórios nos anos 70 passam a depender das oscilações do mercado e a crise petrolífera de 1973 faz disparar o preço do barril. Como consequência, os países recetores dos emigrantes decidem fechar as fronteiras para combater a recessão económica, deixando de contratar os trabalhadores estrangeiros, que se vêm obrigados regressar às suas origens. Nos anos 80, verifica-se uma certa diversificação dos imigrantes asiáticos (chineses, paquistaneses, indianos) e sul-americanos (brasileiros). A queda da cortina de ferro aumentou a possibilidade de migração do Leste em direção da Europa Ocidental, o fim da URSS. Os países do sul da Europa, que tradicionalmente eram países de emigrantes, tornaram-se países de imigração. Baganha (2009) associa as agitações políticas, a

instabilidade social e os graves conflitos étnicos no Leste da Europa, bem como conflitos religiosos, pobreza e a guerra em África, como sendo os fatores preponderantes da Europa do Sul se tornar uma área de atração imigratória.

No que diz respeito a Portugal, país também de emigrantes, este vivenciou o aumento e a redução dos fluxos migratórios. Todavia, a história imigratória de Portugal é muito recente. Podemos enumerar os momentos mais marcantes da imigração em Portugal como sendo a transatlântica (destino Brasil, essencialmente); a intraeuropeia a partir da década de 1960 até 1974 (destinos Alemanha e França); o fim do império colonial e a entrada de Portugal na UE (destinos Suíça, Espanha, Andorra), que colocou Portugal num patamar internacional. Facto este que permitiu a Lisboa tornar-se um polo de atração migratório (Baganha, 2009; Padilha e Ortiz, 2012).

De facto, a descoberta de novos continentes tornou-se a principal causa da migração portuguesa, tendo como consequência a colonização dos respetivos territórios. Com o avançar dos séculos os portugueses alcançaram a América do Sul e o continente africano gerando diversas comunidades portuguesas. Assim, o Brasil tornou-se a segunda pátria para os portugueses, sendo até 1960 o destino principal da emigração. Contudo, no período entre as duas guerras mundiais (1914 -1950) o fluxo migratório diminuiu significativamente em Portugal (Sousa, 2006). Após a Revolução dos Cravos em 1974 o número de emigrantes portugueses diminuiu, mas não desapareceu. “As desigualdades de salários, de proteção social entre Portugal e os outros Estados-membros ainda são bastantes atrativas” (Sousa, 2006, p.31). Assim, outro período migratório iniciou-se na década de 70, mais concretamente em 1975-1976, com entrada dos refugiados das ex-colónias, resultantes da independência destas. Designados de imigrantes provindos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, PALOP (cabo-verdianos, angolanos, moçambicanos, guineenses, são-tomenses). Porém, com a independência do Brasil, Portugal perde os seus recursos financeiros e em simultânea a situação nas colónias africanas começa-se a complicar. Para ultrapassar esta situação foram desenvolvidos projetos para o crescimento dos territórios africanos.

Com a adesão de Portugal a União Europeia em 1986 e ao acordo de Shengen de 1991, a situação relativamente a imigrantes toma outro rumo. O acordo que permite a livre circulação das pessoas dentro das fronteiras dos Estados-Membros sem controlo nas fronteiras internas (Oliveira Sabala, 2015) e vários processos de legalização de imigrantes em situação irregular provocou o aumento do número de cidadãos estrangeiros e mudou a diversidade das nacionalidades residentes no território de

Portugal (Costa, 2012). Segundo Malheiros (2011), a entrada na União Europeia relaciona-se com entrada de fundos europeus ao país. As verbas atribuídas pela UE foram investidas em auto-estradas, pontes, barragens, e recuperação dos aeroportos, tendo aumentado o número de contratos de trabalho, e consequentemente a oportunidade para os imigrantes ingressarem ao mercado laboral português. Atraídos pela estabilidade financeira e baixo nível de desemprego, os imigrantes oriundos da Europa do Leste e países da ex-URSS marcam a partir de 1998-1999 uma nova fase migratória. Os novos imigrantes tinham origem da Ucrânia, Rússia, Roménia e Moldávia e entravam, numa primeira fase, de forma ilegal no território português. A grande vaga surgiu no início do século XXI. Assim, num curto espaço de tempo chegaram a Portugal mais de 120 mil imigrantes do Leste (Baganha et al, 2004). A mesma autora explica os diversos motivos que provocaram a grande vaga da imigração do Leste. Neste quadro, Baganha associa o fenómeno migratório por parte dos imigrantes de Leste a uma mudança na economia, de mercado para um sistema de governo democrático existente após a extinção da União Soviética. A ausência de controlo na emissão de vistos de curta duração na União Europeia e a livre circulação dentro do espaço Schengen, bem como as “agências de viagem” criadas para disfarçar o tráfico de pessoas, oriundos da Europa de Leste, constituem outros motivos que levaram à imigração por parte dos povos de leste. A autora ainda refere, como principais atrativos à imigração de leste, as diferenças salariais e de nível de vida, assim como a regularização extraordinária de trabalhadores imigrantes e a promoção de Portugal feita pelas “agências de viagens” aos países do Leste Europeu como um destino com muitas oportunidades.

No ano 2001 foi registado o maior incremento de cidadãos não nacionais em situação regular devido à entrada em vigor do DL 4/2001 de 10 de Janeiro que permitiu a regularização dos indivíduos que tivessem o contrato de trabalho válido. No espaço de três anos, mais concretamente entre 2001 e 2004, essa medida permitiu a regularização de quase 184 mil estrangeiras. Em 2001 o número de estrangeiros aproximava-se a 350.898 enquanto em 2007 chegou a ser 435.736. Todavia, com início da crise em Portugal (2008/2009) verifica-se a diminuição dos imigrantes. Conforme os dados divulgados no Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), no final de 2015 número de imigrantes residentes em Portugal 388.731 em comparação com os números de ano 2008 (436020 de estrangeiros). No fim de 2015 a maior percentagem da população estrangeira reside nos distritos de Lisboa,

cerca de 69,1% (173.521), Faro (58.246) e Setúbal (36.994), o Norte considera-se a zona que regista uma percentagem menor de estrangeiros. As nacionalidades mais representadas são a Brasileira (21%), a Ucraniana (9,0%), a Cabo-Verdiana (10, %), a Romena (8,0%), China e a Angolana (5,0%) (SEF, 2015).

Atualmente, segundo Malheiros (2013), assiste-se a uma inversão do fluxo migratório, em que, Portugal volta a ser o país de emigrantes, com uma taxa de emigração superior à da imigração. Em suma, independentemente das condições sociais e económicas em que a migração surge, as condições políticas e legais também têm bastante influência no fenómeno da migração. Segundo Hollifield:

” Os Estados devem estar dispostos a abrir suas fronteiras ao movimento de pessoas, e à medida que as pessoas se movem, elas podem adquirir direitos. A imigração tem profundas implicações políticas e os estados são críticos na formação dos resultados da migração” (2012:8)

O paradigma atual demonstra que as migrações de carácter internacional constituem um importante fator na mudança social no mundo contemporâneo. Neste cenário, segundo modelo desenvolvido por Czaika e de Haas (2011) o Estado tem o papel fundamental na criação das políticas migratórias com intuito de, por um lado, regular os fluxos migratórios e por outro facilitar a inclusão dos indivíduos não nacionais, criando condições para integração na sociedade de acolhimento.

## 1.2. Estado e políticas migratórias

O Estado, nos tempos de hoje, cada vez mais exerce o papel de provisão das necessidades básicas, mas nem sempre foi assim. Aos poucos ele ganhou força, quando surgiram necessidades de intervenção em certas situações. O papel do Estado era apenas o de regular para garantir o funcionamento da atividade individual e penalizar as desobediências. As políticas públicas são os instrumentos disponíveis pelos governos para institucionalizar a participação da sociedade através de estrutura de governança (Mozzicafreddo, 2000). Se olharmos para as políticas públicas de ponto de vista das intervenções governamentais que têm o objetivo de promover serviços e legislação para uma determinada categoria de pessoas a primeira imagem que surge é do Estado de bem-estar social.

O Estado social é um modelo mais intervencionista. Passa a intervir nas sociedades de forma muito mais vincada do que no passado (Correia da Silva, 2013). O Estado social baseia-se na ideia social-democrata com a participação do Estado na economia e na sociedade através de políticas públicas de promoção de bem - estar da população. O crescimento dos direitos sociais e políticos exige do poder respostas políticas eficazes de regulação social. O Estado ganha papel central na estruturação do modelo político. Cabe ao Estado o planeamento e a implementação de políticas que assegurem a execução dos direitos garantindo a equidade de oportunidades (Bento, 2002, p. 33). Mozzicafreddo (1992) caracteriza o Estado social como “um fenómeno de modernização da sociedade e como a resposta a problemas que a crescente complexidade da sociedade põe a estrutura política”.

As primeiras referências ao Estado de Providência surgem na Alemanha e estão associadas ao nome do chanceler Otto von Bismarck, um político que foi considerado o precursor dos regimes de intervenção social do Estado. O primeiro documento que legislava a proteção social dos trabalhadores, surge sob alçada do governo deste chanceler (Pequito, 2009). Porém, o período pós Segunda Guerra Mundial é que é considerado o nascimento do Estado – Providência, chamada “Era Dourada” de proteção social e diminuição das desigualdades através das políticas sociais. É caracterizado como sendo uma época de crescimento económico elevado e promoção da sociedade justa, partindo da política de redistribuição de rendimentos. Surge o modelo de Bem-Estar Social com a ideia chave de criação de uma união ou compromisso entre classes em que desigualdades vindas do mercado não devem ser aceites. Todo o lucro é direcionado para suprir as desigualdades e proteger os direitos sociais (Carmo, 2014).

Nos Estados de Bem-Estar a maior fatia das despesas públicas ia para os gastos com a saúde, segurança social, assistência e educação (Hobsbawm, 1995).

O Estado, de acordo com Mozzicafreddo (2000), é um conjunto de instrumentos e instituições que visam manter a sociedade a funcionar, porém não basta só construir as relações entre a sociedade civil e a autoridade política, mas também as relações de poder dentro da sociedade política. Assim para que a sociedade funcione é necessário que sejam garantidos a todos os indivíduos os mesmos direitos e garantias independentemente da raça, da nacionalidade, da situação económica, da religião e do género. Um dos direitos fundamentais, constitucionalmente protegidos, considera-se o direito à saúde. Boaventura Santos (1987) vê a saúde, o acesso aos serviços públicos e todas as políticas que o materializam como uma das dimensões básicas do Estado do Bem - Estar.

Esping-Andersen na sua obra “The three worlds of welfare capitalism” (1989) analisa os elementos do Estado-Providência e propõe o “modelo de welfare” que depende dos seguintes indicadores: a qualidade dos direitos sociais; a relação entre o Estado, o mercado e a família; o nível de cobertura de riscos sociais (sistemas de pensões, de doença e de desemprego); o potencial de desmercadorização dos benefícios sociais (regras de acesso e direitos consagrados versus riscos cobertos). O autor sugere três modelos de Estado-Providência: o escandinavo ou social-democrático; o anglo-saxónico ou liberal; o continental ou corporativo. Países como a Suécia, a Dinamarca, a Noruega e a Finlândia são países do modelo escandinavo que permite o acesso universal aos serviços a todos os indivíduos independentemente da sua situação socioeconómica. O modelo escandinavo defende o alargamento dos serviços públicos e de emprego público para diminuir a desigualdade entre os cidadãos. Investir em setores menos produtivos, garantindo o emprego nestas áreas com objetivo equilibrar os ordenados entre trabalhadores de setor da alta produtividade torna-se prioridade. Promovem as ações necessárias para reduzir riscos sociais na saúde, na reforma (invalidez, velhice) e no emprego. Os EUA, o Reino Unido, a Irlanda, a Austrália e a Nova Zelândia são países que fazem parte do modelo anglo-saxónico. Uma característica específica deste modelo é o fraco sistema de proteção ao nível da segurança social e da saúde, a necessidade de recorrer ao setor privado, o mercado de trabalho desregulado com um nível elevado de desemprego e a disparidade salarial. Além destes, o fator de pobreza também é bastante alto.

O modelo continental está associado à Suíça, à Holanda, à França, à Bélgica, à Alemanha, ao Luxemburgo e à Áustria. As características deste modelo são uma forte segurança social, uma elevada proteção dos funcionários públicos e apoio à família tradicional. Faz-se diferença entre trabalhadores que pagam as contribuições e os que não pagam, o mercado de trabalho é regulado e protegido. O modelo foi criticado por não incluir países da Europa do Sul – Portugal, Itália, Grécia e Espanha. O autor Pedro Adão e Silva (2002) defende a ideia que existe um modelo de welfare próprio destes países devido às características físicas, históricas, políticas e sociais que os unem. Ferrara (1996) e Boaventura Santos (1995) caracterizam o modelo do Sul como um regime de proteção dualizado, dependente do estatuto profissional e grupos profissionais, baixo nível de proteção social (saúde é área menos protegida), baixa eficácia e cobertura insuficiente dos serviços públicos.

A história do Estado de Providência em Portugal remete-nos para o Estado Novo. Período em que foram desenvolvidas certas medidas que mais tarde deram origem ao Estado de Providência. As medidas eram destinadas não só aos trabalhadores do setor público (Caixa Geral de Aposentações), mas também aos do setor privado (sistema de seguros sociais obrigatórios). Pereirinha (2006) identifica criação de quatro instituições de providência social, especificadas na Lei nº2115 de 18 de Junho de 1962, o fruto da reforma, com enorme importância política e oficial reconhecimento das questões sociais. As instituições de providência dividiam-se em quatro categorias. A primeira incluía trabalhadores por conta de outrem e era de inscrição obrigatória (Caixas Sindicais, Casas de Povo; Casas dos Pescadores). A segunda abrangia os funcionários públicos, civis ou militares. A terceira – trabalhadores por conta própria também com inscrição obrigatória. E por último, a quarta categoria incorporava as associações de socorros mútuos com inscrição optativa. Os trabalhadores têm direito a subsídio de desemprego, a reforma, o acesso a cuidados de saúde através da criação de um serviço nacional de saúde universal e gratuito (Varela e Guedes, 2013).

Portugal, tal como os outros países da Europa do Sul, teve o trajeto completamente diferente do que ocorreu no resto da Europa. A instauração da democracia e o alargamento dos direitos sociais em Portugal coincidiu com crise petrolífera em 1973 e a recessão económica. Na sequência deste acontecimento, a queda de taxa de crescimento económico foi um elemento fundamental para o crescimento do Estado de Bem-Estar. Isto explica o desenvolvimento tardio do Estado-Providência. Portugal nos anos 70 era um país em que existia “desproporção entre as necessidades

sociais e os recursos afetados, uma fraca e assimétrica implantação de equipamentos sociais e uma sobreposição entre vários serviços e setores de política social” (Rodrigues, 2010:204). Contudo, sendo a transformação do Estado-Providência bastante lenta, começam a surgir novos organismos estatais que originaram novos serviços como a segurança social, serviço nacional de saúde.

O período de afirmação do Estado de Providencia português está associado aos movimentos revolucionários de 25 de Abril de 1974. Época de ampliação de direitos sociais, políticos e económicos. A Constituição democrática de 1976 vem consagrar direitos civis, políticos e sociais. Até aos anos 80, as políticas sociais baseavam-se num regime de proteção social universal, oferecendo a todos os cidadãos uma cobertura total e acesso livre à saúde, à educação e aos serviços essenciais para o bem-estar da população (Rodrigues, 2010). Nos anos 80, Portugal tornou-se polo de atração para muitos imigrantes. Eles são vistos como consumidores de serviços e benefícios sociais. Quando os novos residentes não têm capacidade para garantir o seu próprio sustento, isso pode prejudicar a sustentabilidade do próprio sistema de proteção social. O Estado-Providência começa a adotar o mecanismo de controlo da entrada no país, como a primeira forma de restrição de acesso ao território. Contudo a imigração, de um lado, traz novos desafios a sociedade que integra os imigrantes e de outro, a necessidade de elaboração de políticas migratórias.

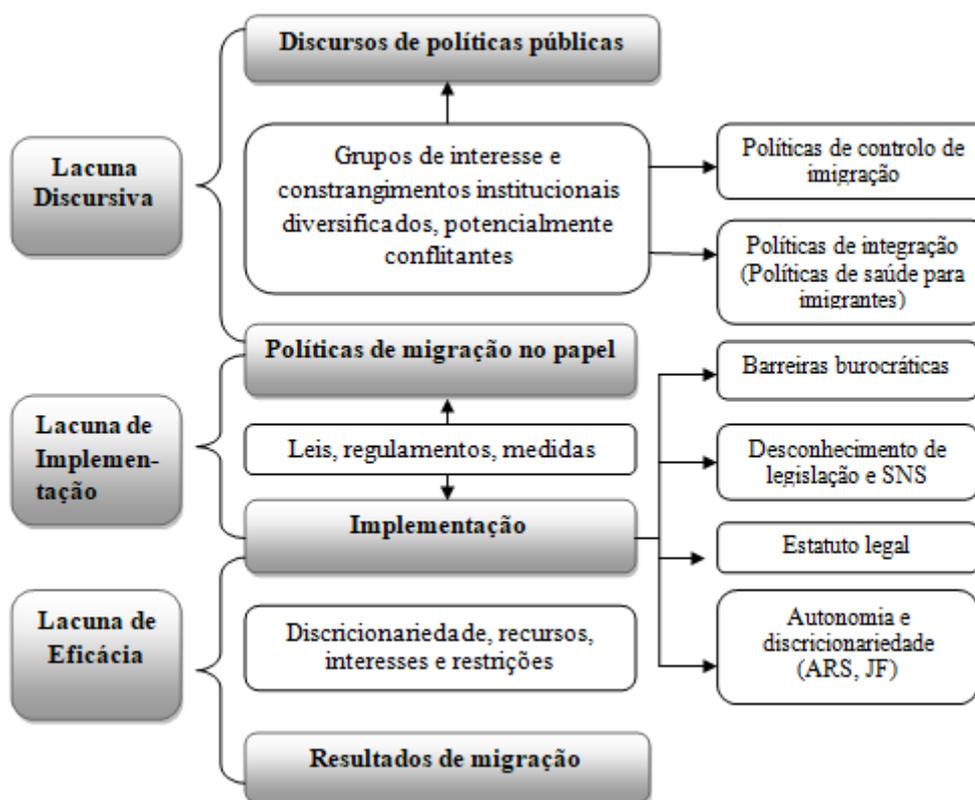
As migrações provocam implicações económicas, sociais, políticas e culturais, sendo o Estado um dos atores principais que define os seus resultados. Mas isso não significa que o Estado é o único autor na formação e na manutenção dos fluxos migratórios. Conforme Reis (2004), o Estado através das políticas de imigração e de cidadania define a composição desses fluxos e ajuda a moldar a forma que esses fluxos ocorrem. Bäckström (2009:78) entende as políticas de imigração como “dois tipos de medidas legislativas e regulamentares: primeiramente, as medidas relativas à entrada de estrangeiros no país e, em seguida, as medidas destinadas a promoverem a inserção ou a integração de grupos ou comunidades estrangeiras residentes no país recetor”. Os Estados, no exercício dos seus direitos de soberania, promulgam e implementam a legislação que regulamenta a relação cidadão estrangeiro/Estado nacional, tais como, as leis de entrada, de permanência, de aquisição de nacionalidade e de expulsão do território nacional. Ou seja, é através destas políticas que é possível entender como é que os imigrantes estão a ser integrados na sociedade. O número e o tipo de migrantes que o país de acolhimento aceita é importante para regular a entrada e permanência dos

imigrantes e estabelecer os mecanismos que possibilitam e ajudam a integração destes imigrantes (Baganha, 2005).

Com o intuito de compreender as políticas de imigração na nossa pesquisa recorre-se ao modelo teórico do Czaika e de Haas (2011) que representa uma importante ferramenta de análise de políticas migratórias. No seguinte ponto do nosso trabalho, apresenta-se o modelo referido e faz-se uma breve descrição do mesmo, o que vai servir como a ponte de ligação entre a parte teórica e análise empírica da atual pesquisa.

### 1.3 Czaika e de Haas – Modelo teórico de análise de políticas migratórias

Figura 1.1. Modelo teórico do Czaika e de Haas.



Fonte: Czaika e de Haas (2011:495)

O modelo teórico apresentado está composto por três etapas da análise de política pública de migração. Na primeira, os autores partem do princípio que o discurso político (aceitação ou negação da entrada dos estrangeiros no território nacional) define que políticas de migração são adotadas pelos governos. Czaika e de Haas (2011) identificam dois tipos de políticas:

- Políticas de controlo de migração (visão restritiva do Estado);
- Política de integração dos imigrantes (visão inclusiva do Estado).

Czaika e de Haas justificam a importância da primeira etapa de análise com argumentos que referem que a maioria das políticas públicas são um compromisso entre grupos de interesses concorrentes. Se as associações empresariais apoiam as políticas de imigração mais liberais, os sindicatos vêm a imigração como uma ameaça aos salários e interesses dos trabalhadores nacionais. Existem os interesses concorrentes entre partidos políticos, governos e burocracias. Conforme as palavras dos autores: "...Ministérios de assuntos sociais, justiça, relações exteriores, assuntos económicos e desenvolvimento

internacional estão frequentemente envolvidos em um confronto contínuo na tentativa de influenciar os resultados das políticas de migração” (Czaika e de Haas, 2011:491). Boswell e Geddes (2011) e Freeman (1995) olham para as políticas de migração como um compromisso entre vários interesses concorrentes e todos constantemente tentam influenciar os resultados da política de imigração. Os grupos de interesse levam os governos a evitar a adoção de rigorosas leis de imigração ou facilitar a imigração ilegal, o acesso a emprego e a legalização dos imigrantes. Isso comprova que os objetivos das políticas não são únicos, mas favorecem ao mesmo tempo aos interesses e objetivos concorrentes.

Na segunda etapa, segundo os mesmos autores, dependente do tipo de políticas adotadas pelos governos de cada país elabora-se a legislação mais ou menos favorável para integração dos imigrantes. Todavia a forma como as leis são implementadas, na opinião do Czaika e de Haas (2011) pode causar lacunas no que diz a lei e o que acontece na realidade, criando ao mesmo tempo as barreiras de plena integração dos imigrantes. Conforme os autores, na terceira etapa nem sempre as medidas e a legislação implementadas conseguem atingir os resultados desejados, são as chamadas lacunas de eficácia. Muitas vezes as políticas não atingem o efeito pretendido, explicam os mesmos autores. As políticas direcionadas as populações em geral conseguem abranger mais pessoas em comparação as políticas destinadas a certas minorias étnicas como, por exemplo, ciganos. Certas políticas, segundo os mesmos autores, podem surtir um efeito, mas esse efeito pode ser considerado pequeno demais para atender ao objetivo declarado da política ou pode até estar na direção oposta ao efeito pretendido (Czaika e de Haas, 2011). Posto isto, no modelo teórico apresentado, identificamos as etapas de análise de política de migração que vão ser explicadas nos próximos pontos da nossa pesquisa.

### **1.3.1 Políticas de controlo das imigrações (visão restritiva do Estado)**

O papel dos Estados nessas políticas segundo De Haas (2011) varia de acordo com a natureza dos Estados, e depende também, da fase de formação do sistema de migração. O poder dos Estados de influenciar a imigração e a emigração é mais elevado para os Estados repressivos, autoritários e centralizados do que para os descentralizados, que apoiam os processos democráticos e os direitos humanos fundamentais.

Investigadores como Castles, Miller (2009) e Thielemann (2006) põem em causa a capacidade dos Estados democráticos de controlar a migração. Estes autores

argumentam que as oscilações dos fluxos migratórios são determinadas pelo desenvolvimento humano, pelos ciclos económicos e pelas mudanças nos mercados de trabalho. Fatores, na sua maioria, que em grande parte estão além do alcance dos decisores políticos. As próprias redes migratórias facilitam a migração, sendo as fronteiras situadas muito além do controle e pouco pode ser feito para realmente diminuir a imigração. Contudo, Castles e Miller (2009), relativamente a este fenómeno afirmam que o Estado pode moldar e transformar os padrões de migração.

Com o surgimento dos Estados Modernos, os governos passam a controlar as fronteiras dos seus países e exercem o seu direito a restringir a entrada dos estrangeiros no seu território. O século passado foi sem dúvida, marcado pela ausência de mecanismos para controlar e restringir o movimento das pessoas, em que bastava não ser doente, deficiente ou indigente para se poder migrar para a maioria dos países do Novo Mundo e da Europa. Até à Primeira Guerra Mundial os migrantes não precisavam de passaportes para se deslocar, como sublinha Figueiredo (2005) apesar dos avanços na regulação dos fluxos comerciais, financeiros e monetários depois de Segunda Guerra Mundial a regulação das migrações ficou para decisão individual dos países. Os processos de liberalização dos capitais e mercadorias são relacionados com crescimento económico e têm feedback positivo nos fluxos migratórios. Os últimos, em contrapartida, são vistos como: “Potenciais ameaças à soberania e identidade nacionais e muitos Governos e movimentos políticos procurem restringi-las” (Castles, 2000: 271).

No pensamento de Castles (2000), o movimento das pessoas de países em desenvolvimento é considerado como um problema que é necessário controlar. As políticas migratórias são utilizadas como instrumento de controlo nas fronteiras para garantir a maior segurança nacional. O controlo da imigração abrange as leis e procedimentos que estabelecem as regras de admissão e seleção de cidadãos estrangeiros que podem residir no país, independentemente de tipo de imigrante (laborais, temporários ou refugiados). Para Hollifield (2012), a década de 70 é marcada pela aprovação de leis e regulamentos cada vez mais restritivos, por parte dos governos, de forma a impedir a migração ilegal. Medidas essas com um rigoroso controlo das fronteiras, políticas de retorno, restrição de emissão de visto e autorização de residência (Hollifield, 2012). No contexto atual, os estados possuem meios legais e práticos limitados para controlar a imigração. As limitações estão ligadas aos direitos humanos, tais como, a prestação de auxílio aos refugiados, proteção dos grupos vulneráveis e crianças, direito à unificação familiar. Skeldon (1997) defende a ideia que é possível

controlar a migração quase na totalidade, mas apenas no caso de Estados totalitários, ou seja, nos países como a Arábia Saudita e a antiga União Soviética. A tarefa de controle e redução dos fluxos migratórios torna-se um processo difícil nos estados de democracias liberais. As normas e princípios constitucionais “restringem o poder e a autonomia dos estados tanto em seu tratamento dos migrantes individuais quanto em suas relações com outros estados” (Hollifield, 1992: 577).

Todos os esforços parecem poucos para controlar as fronteiras e reduzir a migração e em alguns casos questiona-se a eficácia das políticas de imigração. Castles (2004) também afirma, que as políticas para conter a migração geralmente não atingem seus objetivos declarados, apesar de existirem fronteiras e crescente militarização das patrulhas de fronteira. A migração pode ser reduzida só através do desenvolvimento social e económico em países de origem dos migrantes. Sendo o desenvolvimento e a liberalização do comércio instrumentos mais eficazes para diminuir a migração do que as leis restritivas de imigração e o aumento dos controles de fronteira (de Haas, 2006).

Segundo Carling (2002), as exigências de visto para entrar no país são atualmente, mais rigorosas, e o controle de fronteira limita a possibilidade das pessoas com menores possibilidades financeiras para migrar para países mais ricos. A existência de restrições à imigração afeta o volume e a composição dos fluxos de imigração (Ortega and Peri, 2009). Porém, se não existissem políticas de migração restritivas, o cenário das migrações internacionais seria bastante diferente (Meyers, 2000). Por outro lado, nos estados com políticas de mercado de trabalho mais flexíveis aumenta o número dos imigrantes apesar do desejo político para conter a imigração (Castles e Miller 2009). Esta aparente fragilidade política dos Estados para controlar fluxos migratórios por vezes é uma excelente estratégia política. Reis (2007: 20) confirma: “...que existem setores na sociedade que são beneficiados pela existência de indivíduos com uma situação jurídica frágil e pouca capacidade de organização, como os imigrantes ilegais, por exemplo”. Bhagwati (2003: 99), citado por de Haas (2006), observou que “as fronteiras estão em grande parte fora do controle e pouco pode ser feito para realmente reduzir a imigração”. Mas o Estado, além de gerir os fluxos migratórios ou efetuar e restringir o controle das entradas e saídas dos imigrantes do território nacional, também, ao mesmo tempo, exerce o papel inclusivo.

### **1.3.2. Políticas de Integração (visão inclusiva do Estado)**

Neste ponto trata-se de integração e providência de bem-estar aos cidadãos estrangeiros. A visão inclusiva do Estado tem por base as políticas direcionadas aos imigrantes. As chamadas políticas sociais “para imigrantes” que consistem na provisão pelo Estado do bem-estar aos cidadãos estrangeiros residentes no seu território. Inclusão também significa integração e trata-se de um processo através de qual os imigrantes integram-se e são aceites pela comunidade (World Migration Report, 2010).

As políticas dirigidas aos imigrantes englobam o acesso à saúde, à habitação, ao trabalho e os benefícios sociais conferidos aos cidadãos estrangeiros. Normalmente os imigrantes escolhem o país de destino tendo em conta não só oportunidades económicas, mas também os benefícios sociais e a maior oferta de serviços sociais (Fitzgerald et al., 2014). Nesse sentido, Hollifield (1992) aprecia a política social como um instrumento positivo para incorporar imigrantes. Todavia subsistem razões para preocupação na maioria dos estados-membros da EU em relação a integração destes grupos. Certos imigrantes são capazes de ultrapassar os obstáculos da integração sem algum apoio, mas a maioria deles continua a enfrentar as barreiras na inserção económica e social (Sarah Spencer em Papademetrio, 2008).

Se olharmos para o processo de integração, percebemos que ele tem duplo sentido, as barreiras com que os imigrantes se deparam e a adaptação dos próprios imigrantes. Na perspetiva de Sarah Spencer em Papademetrio (2008), o resultado da integração depende da interação entre os fatores relevantes da sociedade de acolhimento e as características dos imigrantes, promovendo o apoio e a integração dos imigrantes através de cidadania. Segundo o Relatório Mundial de Migração (2010), a cidadania tem um importante efeito catalisador no processo de integração. A aquisição da cidadania é um ponto de fraqueza nas estratégias de integração em maioria dos países. Os países como a Austrália e o Canadá promovem e incentivam a cidadania através de políticas públicas, enquanto na Europa apenas uma proporção muito pequena da população estrangeira passa pelo procedimento. Muitos países europeus adotam políticas mais inclusivas para que os imigrantes obtenham um *status* de residência de longo prazo, sem facilitar o acesso à nacionalidade. Apesar de tudo, o Estado tem de decidir se quer ou não que o imigrante se torne um cidadão nacional e quais os critérios apropriados para esse processo. Estes aspetos contribuem para o intenso debate político em torno da provisão de bem-estar, os direitos sociais dos imigrantes e a cidadania. Os direitos de cidadania, como menciona Mirivolic (2014), são aqueles que estão cobertos pelos

Estados apenas aos cidadãos nacionais e os direitos sociais são concedidos pelos governos a qualquer pessoa dentro de seu território, incluindo os imigrantes. Kymlicka e Norman (1994) referem que o conceito de cidadania é ligado, por um lado, à ideia de direitos individuais e, por outro lado, à pertença a uma comunidade particular. A noção que a cidadania continua inseparável da pertença nacional está enraizada no Estado-nação. Neste contexto, a cidadania entendida como o contrato mútuo entre o Estado e o indivíduo, na condição de obter a provisão política de bem-estar em troca da lealdade de seus cidadãos. Geddes (2000:15) afirma que: “Estas duas dimensões - de lealdade e provisão do estado de bem-estar social - estruturam as relações entre imigrantes e o Estado”. Segundo, Ribeiro e Rodrigues (2012:6) o Estado tem todo o interesse em: definir e controlar o acesso à cidadania; proteger os seus cidadãos e excluir os não cidadãos”.

Todavia, nas últimas décadas, o conceito de cidadania é questionado pela globalização e pelo aumento dos fluxos migratórios. O Estado-nação foi confrontado com a influência dos direitos humanos no campo das políticas de migração. Os Estados vêm-se obrigados a redefinirem as suas fronteiras internas e externas, em função da universalidade dos direitos individuais. A Organização das Nações Unidas, na sua Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, introduziu o conceito de direitos humanos como a garantia à proteção dos indivíduos, evitando as exclusões à base do critério da cidadania. Os Estados, nesse caso, devem garantir os direitos de todos independentemente da sua origem nacional. A «Convenção internacional sobre a proteção dos direitos de todos os trabalhadores migrantes e dos membros das suas famílias» de 1990 vem contemplar a proteção internacional dos direitos humanos fundamentais, definidos na Declaração Universal dos Direitos do Homem. O documento serve de base jurídica da política social e estabelece que todos os trabalhadores migrantes devem gozar de direitos fundamentais protegidos por normas internacionais. No entanto, só com o Tratado de Maastricht de 1992 é que foi formalmente introduzido o conceito de cidadania da EU, que no seu Artigo 8, parágrafo 1 menciona: “toda pessoa portadora da nacionalidade de um Estado membro deve ser cidadão da União”. O Tratado de Amesterdão (1997) também foi um documento bastante significativo. Apesar de não alargar as disposições de cidadania da UE aos nacionais de países terceiros, o Tratado expandiu as disposições anti discriminatórias. Sendo proibida a discriminação em razão da nacionalidade. Foi delegado ao Conselho

Europeu o poder de definir as medidas que esclarecem os direitos e as condições dos nacionais dos países terceiros que residem legalmente num Estado-Membro.

Porém, no caso das migrações internacionais, a implementação dos direitos humanos continua dependente dos Estados recetores. Os Estados, não só têm o monopólio sobre a mobilidade humana, mas também controlam a própria identidade do indivíduo. Para Reis (2004), a partir de momento em que se estabelece relação povo/Estado/território, o Estado é obrigado a formalizar as regras de acesso ao território e a nacionalidade, através das políticas de imigração e cidadania. Portugal consagrou os direitos sociais (direito a saúde, educação, trabalho, providência social) com a Constituição Portuguesa, mas na realidade só se encontram disponíveis a residentes legais. Portugal assinou os instrumentos internacionais essenciais sobre direitos humanos e proteção dos trabalhadores migrantes. Faz parte de acordos bilaterais que prorrogam os direitos sociais e políticos dos imigrantes extracomunitários em Portugal, principalmente brasileiros e dos imigrantes PALOP.<sup>1</sup> Em Portugal, é impedido o acesso à cidadania a todos os trabalhadores imigrantes e seus dependentes que não sejam residentes legais. Contudo, estes imigrantes ilegais integram-se na sociedade portuguesa através dos instrumentos da economia informal (Baganha, 2005).

Os direitos sociais são direitos fundamentais que estão, segundo Matias e Martins (2007), inseparáveis da pessoa, independentemente do estatuto de cidadão. Na verdade, segundo Baganha (2005), os direitos sociais, consagrados na Constituição, são disponíveis apenas a residentes legais. Sendo que é o estatuto dos imigrantes perante a lei o fator que determina o seu direito de acesso ao trabalho, à saúde, à educação, aos serviços públicos e à proteção social. Na opinião de Alenikoff e Clusmeyer (2000), independentemente de estatuto do imigrante, as vantagens de ser cidadão não devem impedir que os imigrantes gozem de direitos e oportunidades nas mesmas condições que os cidadãos. Estes têm autorização para trabalhar, viajar livremente dentro do país e ter acesso a direitos e benefícios sociais do estado, em que as suas liberdades individuais são protegidas por normas internacionais de direitos humanos e, por constituições e legislações dos estados recetores. Mesmo quando aos imigrantes são reconhecidos alguns dos direitos fundamentais, na maioria dos casos, eles são mais restritos em comparação com os direitos dos cidadãos nacionais. Cada vez mais, o regime internacional de direitos humanos é visto como a causa da fragilidade do Estado para

---

<sup>1</sup>Imigrantes dos países africanos de língua portuguesa

decidir quem pode cruzar suas fronteiras e se pode estabelecer no seu território como causador de uma disparidade entre direitos sociais e cidadania (Hollifield, 2000: 148). Para Geddes, a União Europeia é o exemplo da criação dessas disparidades. Segundo este autor, a União Europeia oferece direitos sociais transferíveis aos seus próprios cidadãos, mas excluem cerca de onze milhões de nacionais de países terceiros (2000: 206). Geddes afirma ainda que, é necessário estabelecer *status* permanente ou naturalizar-se para obter acesso a direitos e assistência social. Gomes Canotilho (2000) declara que os imigrantes indocumentados vêm-se privados dos mais básicos direitos de cidadania, encontrando as portas fechadas no acesso aos apoios sociais prestados por instituições públicas ou privadas. Os imigrantes ilegais continuam marginalizados e, em muitas vezes, excluídos da lista quem tem direito aos benefícios sociais.

Nesta linha de pensamento, Sarah Spencer em Papademetrio (2008), identifica as razões de restrição no acesso aos serviços públicos por parte dos não cidadãos. Segundo esta autora, a primeira razão consiste na diferença entre rendimentos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os países recetores oferecem os apoios sociais em muitas vezes superiores aos rendimentos existentes nos países de origem. Os generosos benefícios sociais no país de acolhimento podem funcionar como um ímã para os imigrantes pobres, dando oportunidade de receber subsídios. Mas também podem afastar os imigrantes com rendimentos mais elevados, que irão a financiar esses apoios sociais. A segunda razão está relacionada com o número elevado dos imigrantes que beneficiam dos apoios sociais. Isto reflete-se na opinião pública menos favorável a políticas de imigração mais inclusivas. Por outro lado, se não houver apoios da parte do Estado, quem tem que assumir o sustento do imigrante são os familiares ou empregador que lhe patrocinou a sua vinda. Ao mesmo tempo, as dificuldades na obtenção dos apoios sociais e acesso aos serviços públicos estimulam o desejo dos imigrantes na obtenção da cidadania. E a restrição do acesso aos serviços públicos tem um carácter discriminatório para os imigrantes residentes de longa duração. Estes são obrigados a contribuir para o Estado sem poderem beneficiar dos serviços públicos. Sarah Spencer refere ainda que, as restrições de acesso aos serviços públicos e outros apoios sociais impostas por certos Estados implicam a integração dos imigrantes nos países recetores. Os não cidadãos que enfrentam as barreiras ao acesso aos serviços públicos e a quem é negado ajudas sociais encontram-se entre a população mais vulnerável. Assim, neste quadro, estes indivíduos têm maior probabilidade de serem pobres, de viverem em habitações sem condições e de apresentarem problemas de saúde (Sarah Spencer em

Papademetrio, 2008). Segundo Arruda (2015), isso provoca várias implicações na vida dos imigrantes, como exclusão econômica e social. Assim, o Estado deve formular as políticas de imigração para lidar com a inserção social dos imigrantes, estabelecendo metas que procurem evitar a exclusão e a marginalização. As políticas de saúde dirigidas aos imigrantes surgem como uma ferramenta essencial na integração dos mesmos no país de acolhimento.

#### **1. 4. Políticas de saúde para imigrantes**

Migração implica desafios e oportunidades. A saúde é um grande desafio e um elemento essencial para o bem-estar dos imigrantes e contribuição para as sociedades. Os atuais sistemas de saúde podem muitas vezes não responder suficientemente às necessidades específicas destes grupos. Sendo importante realçar que os sistemas de saúde Europeia só de alguns anos para cá tornaram-se mais sensíveis às populações migrantes, criando serviços de saúde adequados e acessíveis (Portugal et al, 2007).

A saúde dos migrantes é considerada por muitos especialistas e intervenientes como um tema essencial nas atuais agendas políticas nacionais e internacionais. Cada vez mais surgem preocupações associadas: aos efeitos das migrações na saúde dos imigrantes; a proteção dos direitos humanos dos imigrantes com foco nas imigrantes em situação irregular; o impacto das migrações nos sistemas de saúde dos países recetores (Fonseca e Silva, 2010). Um grande contributo a este respeito foi as Presidências da UE de Portugal (2007) e de Espanha (2010). Exemplo deste contributo é a conferência sobre “Saúde e Migração na União Europeia - Melhor Saúde para Todos em uma Sociedade Inclusiva” (iniciativa sob a presidência de Portugal) e “Conclusões do Conselho sobre Equidade e Saúde em Todas as Políticas: Solidariedade na Saúde” (iniciativa sob a presidência de Espanha) (Peiro e Benedict (2010). Importa também salientar o contributo das organizações internacionais e europeias no reconhecimento da saúde dos imigrantes nas suas agendas. Em Novembro de 2007 foi adotado pelo Conselho Europeu a “Declaração de Bratislava sobre saúde, direitos humanos e migração”. Em 2009 foi o ano em que Organização Internacional para as Migrações (OIM) com apoio financeiro da União Europeia desenvolveu o projeto “Assisting Migrants and Communities” (AMAC) com objetivo de consultar o nível da mesma sobre “Saúde da migração - melhor saúde para todos” (Peiro e Benedict, 2009). A resolução sobre a “Saúde dos Migrantes” adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2008, a “Consulta Global sobre a Saúde dos Migrantes” coordenada em Madrid, em 2010 pela

Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde e Política Social da Espanha são documentos importantíssimos de promoção e defesa dos direitos básicos a saúde dos imigrantes (WHO, 2010). Contudo as bases e garantias deste direito fundamental buscam as suas raízes na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), especialmente no artigo 25º, admitindo que a prestação de saúde é um direito humano. Outro documento como a Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946), estabelece que independentemente da raça, da religião, da orientação política, da condição económica ou social, todos os seres humanos têm direito de acesso e usufruto de padrões de saúde e bem-estar. Contudo, estes instrumentos internacionais elaborados com o intuito de defender os direitos humanos visam proteger o acesso à saúde e ao bem-estar independentemente de estatuto do imigrante, obrigando os governos à salvaguarda deste direito.

Os tratados internacionais de direitos humanos assinados por todos os Estados membros da UE reconhecem o direito de todos a usufruir o mais alto padrão de saúde possível. A lei nacional tem que reconhecer os cuidados de saúde como um direito humano que deve ser respeitado para todos os membros da sociedade. No sentido de melhorar o acesso dos migrantes aos cuidados de saúde elaboram-se as políticas de saúde. O acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes deve ser adicionado claramente nos documentos de política de saúde a nível local, regional, nacional e da UE, (Norredam e Krasnik, 2010).

Muitas medidas tomadas ao nível internacional e ao nível Europeu apesar de efeitos positivos trazem muita preocupação. Uma delas é o financiamento das políticas e programas para promover a saúde dos imigrantes que diminuiu entre 2007 e 2010. Essa diminuição é consequência da crise económica e do corte nos gastos públicos, que provocaram o aumento de desemprego (Peiro e Benedict, 2010). Portugal, segundo dados de Eurostat, no ano 2012 era o terceiro país da EU com a maior taxa de desemprego de 15,9%, sendo a Espanha (25,0 %) e Grécia (23,3%) a ocuparem primeiro e segundo lugar. A taxa de desemprego entre cidadãos portugueses e estrangeiro em 2001 era de dois pontos, em contrapartida em 2011 a diferença chegou a seis pontos (Relatório Estatístico Decenal, Observatório das migrações, 2014).

Os diferentes países adotam e implementam políticas nacionais de saúde de forma distinta, sendo poucos a adotarem políticas específicas destinadas a melhorar a saúde dos migrantes. A atenção prestada à saúde dos imigrantes e acesso aos serviços de saúde depende do clima político em geral. Países como, Itália, Portugal e Espanha sentiram a

maior onda de imigração há relativamente pouco tempo. Mas isso não os impediu de adotarem políticas nacionais de saúde migratórias. Em comparação com os países habituais de imigração, como Holanda e Reino Unido, que têm experiência nesse contexto, ainda existem países como a França que não o fizeram (Mladovsky, 2007).

Ingleby (2006) afirma, que o clima político de um país é um fator crucial que pode apoiar ou coibir que os sistemas de saúde passam a ser mais abertos às necessidades dos migrantes. Na realidade, segundo Viana (2010) poucos são os países que têm vindo a promover políticas de promoção da saúde e de combate às desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. Nos países que adotaram as políticas multiculturais (Portugal, Espanha, Suécia e Reino Unido) preocupam-se mais com as necessidades de saúde dos recém-chegados. Em França, Alemanha e Áustria a maior importância é dada a adaptação dos próprios imigrantes. Porém, segundo Mladovsky (2009: 249) “As políticas de multiculturalismo podem ser prejudicadas ou mesmo revertidas por partidos políticos dependentes de sentimentos anti-imigração”. As políticas contra a imigração que surgiram em vários países europeus com aumento de requerentes de asilo e movimentos antimuçulmanos puseram os esforços feitos pela União Europeia para a harmonização das políticas de imigração nos seus estados membros no segundo plano, direcionando os objetivos das políticas para restrição e controlo da imigração. No entanto, é importante focar-se na implementação de políticas nacionais de saúde para imigrantes. Segundo Pace (2007), os formuladores de políticas podem tomar medidas para melhorar o acesso dos migrantes aos serviços de saúde. Definir os direitos por lei, divulgá-los aos migrantes e prestadores de cuidados de saúde, assegurar medidas de implementação adequadas e não condicionar os cuidados de saúde ao estatuto de imigração pode ser visto como um leque de soluções para melhorar o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde.

O acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes são aspetos importantes para proporcionar o bem-estar e integração dos mesmos. Os sistemas de saúde do país recetor devem responder adequadamente às necessidades dos imigrantes garantindo o acesso e qualidade dos serviços prestados. Contudo os imigrantes deparam-se com realidades distintas do céu país de origem. Não só as diferenças culturais, linguísticas e sociais, mas também sistemas administrativas, legislação e as políticas de imigração que não favorecem a inclusão social podem influenciar a integração e o bem-estar dos imigrantes (Dias, 2018).

## **1.5. Acesso aos serviços de saúde**

### **1.5.1. Perspetiva legal**

Antes de abordar o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde é necessário fazer referência às normas internacionais de maior relevância que promovem o acesso aos respetivos serviços. Cada estado-membro deve garantir o acesso aos serviços de saúde de imigrantes tendo em conta o padrão internacional. Ingleby e Petrova – Benedict (2016) reforçam que os países são obrigados a colocar as leis e práticas nacionais em conformidade com os tratados internacionais de direitos humanos que ratificaram.

O artigo 13.º, n.º 1 da Carta Social Europeia consagra o compromisso dos Estados-Membros a “assegurar cuidados de saúde adequados em caso de doença e ao mesmo tempo reconhece o dever dos Estados de fornecer assistência adequada às pessoas sem recursos”. A necessidade de Estados Membros criar mecanismos para melhorar a saúde de todas as populações, incluindo imigrantes refletiu-se na elaboração da resolução WHA61.17, que resultou de 61ª Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2008 em Genebra. Contudo a resolução não se limitou só a esta sugestão, visando ainda a necessidade em identificar e preencher as lacunas na prestação de serviços de saúde (FRA, 2011). Um dos instrumentos essenciais que protege os direitos dos imigrantes de acesso aos cuidados médicos urgentes nas mesmas condições que os cidadãos nacionais é a Convenção Internacional sobre a Protecção dos Trabalhadores Migrantes e Membros das Suas Famílias.<sup>2</sup> O artigo 28º da convenção esclarece que não pode ser negado a acesso aos cuidados médicos urgentes do imigrante em situação irregular (Fonseca, 2010).

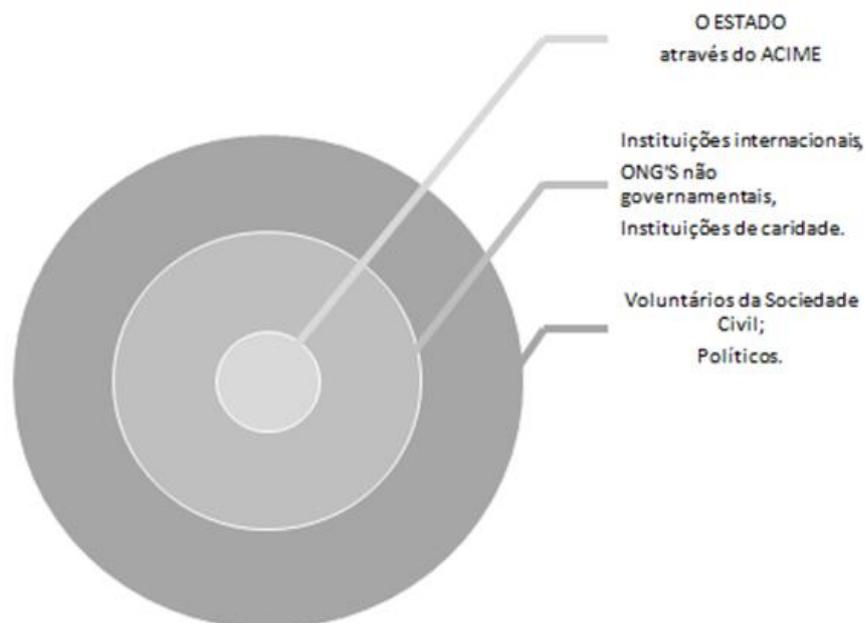
O Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE) no seu artigo 168º “assegura um elevado nível de proteção da saúde humana na definição e execução de todas as políticas e atividades da União”. O artigo 35º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia estabelece que o direito à saúde inclui o direito de cada pessoa aceder aos “cuidados preventivos e o direito de se beneficiar de tratamento médico nas condições estabelecidas pelas leis nacionais”. Contudo, todos os sistemas de cuidados de saúde dos Estados Membros, segundo Conselho da União Europeia (2006), devem obedecer aos valores comuns como: a universalidade, o acesso a cuidados de boa qualidade, a solidariedade e equidade (FRA, 2011). Porém, todos os que residem num país devem ter acesso a cuidados de saúde básicos, mas na prática tal acesso nem

---

<sup>2</sup> Até a data nenhum estado membro da União Europeia ratificou esta convenção

sempre é garantido (FRA, 2011). Trata-se dos direitos dos imigrantes em situação irregular. As normas europeias de direitos humanos diferem no que toca a prestação de cuidados de saúde entre os migrantes em situação regular e em situação irregular. Em 2011 o Parlamento Europeu, numa resolução sobre as desigualdades na saúde, pela primeira vez reconheceu que os cuidados de saúde para imigrantes em situação irregular não estão garantidos, nem na prática nem na lei (FRA, 2011). A ausência destas garantias, na realidade, traz um leque de barreiras que dificulta o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde (EU Council, 2004). As normas nacionais e internacionais são aplicadas e executadas por vários autores que desenvolvem a sua atividade para combater os problemas de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. A Figura 1.2 identifica os autores envolvidos nesse processo.

**Figura 1.2.** Autores envolvidos ao nível nacional e internacional na resolução dos problemas associados a acesso aos serviços públicos de saúde.



Fonte: Elaboração Própria.

No entanto, a observação que se pode fazer é que o Estado não define e não implementa as políticas de forma isolada. As políticas estão negociadas e implementadas com recurso aos diversos organismos envolvidos que procuram atingir certos objetivos (Carvalho Tomás, 2012).

Em Portugal, os assuntos de imigração, da saúde dos imigrantes e preocupação com acesso deles aos vários serviços, incluindo serviços de saúde é relativamente recente. Vários autores e políticos põem o problema de integração dos imigrantes no topo da lista das prioridades. Algumas obras desenvolvem os estudos, partindo da ideia de que imigrantes são uma população bastante vulnerável com possibilidades financeiras reduzidas, levando ao agravamento do estado de saúde. Segundo Fonseca et al. (2009) os imigrantes são vistos como “principais grupos problemáticos para os sistemas de saúde dos Estados-membros da União Europeia”. Com o aumento da população estrangeira no mercado de trabalho europeu, a sua saúde é vista por outro ângulo, não só económico, mas também social. A situação de *stress* psicológico, empregos precários, salários reduzidos e condições de habitação agravam a saúde e favorecem a vulnerabilidade dos imigrantes. Estrela (2009) e Backstrom (2002) partilham a mesma opinião e acrescentam as dificuldades de inserção no mercado de trabalho e novo contexto sociocultural como fatores que prejudicam a saúde dos imigrantes.

Estudo realizado por Backstrom, defende que fatores socioeconómicos ajudam a compreender a relação entre migração e vulnerabilidade. Fatores como a pobreza, emprego precário e exclusão social diminuem a procura de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde (Fonseca, 2009, Backstrom, 2002, Malheiros et al., 2007). Na realidade, segundo Fonseca (2009), o acesso a serviços de saúde depende do estatuto legal ou da nacionalidade do imigrante. Um imigrante legalizado tem inscrição no centro de saúde e usufrui das consultas, enquanto os imigrantes indocumentados praticamente não utilizam este serviço e só recorrem as urgências hospitalares, porque têm medo de serem identificados. Nas urgências a forma de atendimento é mais anónima e não exigem documentação. Uma investigação realizada pelo mesmo autor (Fonseca, 2005) reconhece que alguns imigrantes usam pseudónimos e moradas falsas, para não serem apanhados pela polícia e recusam a assistência por não terem dinheiro suficiente para pagar a consulta.

Chauvin e Parizot (2007) relatam os entraves que influenciam o acesso aos serviços de saúde dos imigrantes recém-chegados (indocumentados). Além do medo de denúncia, como já foi referido um pouco antes, também a falta de informação (desconhecimento dos direitos e dos locais onde ir para serem tratados), horários incompatíveis com os dos serviços de saúde, de insuficiência ou mesmo falta de cobertura de cuidados de saúde, tudo isso são entraves de acesso aos serviços. Em

muitos casos, um imigrante indocumentado nem sabe que alguns serviços são gratuitos (consultas infantis e as vacinas). Cabe aos funcionários dos hospitais e centros de saúde informar os utentes. Na prática, os profissionais desconhecem a legislação em vigor. Isto só demonstra “a ausência de transmissão de informação dos níveis superiores da administração central para as entidades locais que atendem os pacientes” (Fonseca, 2009).

Chauvin e Parizot (2007) fizeram o estudo comparativo sobre o acesso aos cuidados de saúde das pessoas em situação irregular entre 7 países: Bélgica, Espanha, França, Grécia, Itália, Portugal e Reino Unido. Os autores depararam-se com a falta de estatísticas fiáveis sobre esta população. Mais uma razão para desenvolver os estudos, que são tão poucos, nessa área. Em comparação com outros países da União Europeia em Portugal, os “direitos teóricos”<sup>3</sup> de acesso a saúde estendem-se a todos os indivíduos, sendo que na prática apenas uma percentagem razoável beneficia deles.

Backstrom (2009) no seu estudo observou os imigrantes recém-chegados (indocumentados) e imigrantes com mais tempo de residência para perceber se o fator de tempo de permanência em Portugal afeta o acesso. Chegou-se à conclusão de que recém-chegados apresentam melhores condições de saúde de que aqueles que permanecem no país mais tempo. Com passagem dos anos podem tornar-se mais vulneráveis e mais expostos a fatores de risco, porque no país de acolhimento o imigrante encontra grandes diferenças começando desde o meio ambiente, o clima, a língua, a cultura incluindo o funcionamento dos serviços.

Padilla tem vindo a investigar o fenómeno migratório, dando maior atenção à saúde e acesso dos imigrantes aos serviços de saúde pública. Para compreender melhor o fenómeno migratório é fundamental ter noção sobre as necessidades dos imigrantes em relação à saúde. Apesar de Portugal adotar um sistema de saúde universal, que permite o acesso a todos os indivíduos, sem exceção ou discriminação, a autora sublinha que “verificam-se desigualdades significativas ao nível da acessibilidade do sistema que são mais notórias entre as populações migrantes, as minorias étnicas e outros grupos vulneráveis” (Padilla, 2011). A autora identifica 3 tipos de barreiras que podem limitar o acesso aos serviços de saúde: barreiras externas, internas e autoexclusão (Padilla (2011). As barreiras externas incluem as barreiras económicas (falta de emprego, nível de pobreza), a localização (se os centros de saúde ou hospitais estão perto da zona de

---

<sup>3</sup> Esta expressão utilizada por autores do estudo

residência do imigrante), os fatores culturais ou étnicos ou a falta de infraestrutura pública na prestação dos serviços. As barreiras internas têm a ver com próprio sistema de saúde, prestação de serviços, atitudes dos funcionários, a falta de sensibilidade cultural por parte dos profissionais de saúde. As primeiras barreiras acontecem na entrada do sistema, as segundas relacionam-se com o contacto com o prestador do serviço. Na autoexclusão o imigrante exclui-se a si próprio por motivos como a estigmatização (saúde mental, SIDA, etc.) ou por medo de ser identificado pelas autoridades (comum nos indocumentados).

Com a crise financeira vivida no país, as medidas de austeridade que exigiam corte nas despesas públicas, viu-se necessidade de adotar novas políticas públicas em que o sistema de saúde também não foi poupado (Padilla, 2011 e Ingleby et al., 2005). As mudanças nas políticas de saúde alteram o princípio de gratuidade. Na prática verifica-se a existência de barreiras de acesso muitas vezes difíceis de ultrapassar, como exemplo pagamento de taxas de utilização elevadas, difíceis de suportar pela população com possibilidades financeiras reduzidas e imigrantes (Padilla, 2011). Segundo (Rafael, 2015) a crise instalada no país coloca em causa as conquistas, pondo em perigo a integração de imigrantes na saúde. As alterações existentes no acesso e nos cuidados de saúde afetam quer os nacionais quer os imigrantes.

Outro contributo prático e científico é o estudo realizado por Sónia Dias. O objetivo deste estudo foi conhecer a perspetiva de diferentes grupos de profissionais de saúde sobre as barreiras no acesso e utilização dos serviços pelos imigrantes. Os profissionais que responderam aos inquéritos criados no âmbito de estudos mencionam que o fator dos estereótipos, dos preconceitos e das atitudes negativas dos profissionais de saúde face aos imigrantes pode condicionar o acesso e a utilização dos serviços e causar insatisfação dos utentes (Dias, 2011). O Estudo comprova que maior parte dos profissionais desconhecem a legislação que regulamenta o acesso destas populações aos serviços. Ver no ponto de vista dos funcionários, existem muitos fatores que condicionam o acesso e utilização dos serviços, entre eles: desconhecimento da língua, mudança constante de residência, medo de denúncia, situação ilegal, poucos recursos financeiros, desconhecimento da lei de acesso, diferentes culturas e religião. Andrade (2008) menciona dois grupos de fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde pública: a oferta e a procura. A oferta engloba dois tipos de constrangimentos no acesso: as barreiras estruturais potenciais e as características dos profissionais de saúde. As barreiras estruturais potenciais estão associadas às especificidades do sistema de saúde

como: disponibilidade de serviços, pagamento de taxas moderadoras, tempo de deslocação até aos serviços de saúde, horário de funcionamento destes serviços). No caso dos imigrantes recém-chegados que por norma inicialmente não têm emprego e nem recursos económicos para percorrer uma determinada distância para aceder aos serviços de saúde de que precisam. Em relação ao segundo constrangimento, as particularidades dos profissionais de saúde incluem a idade, género, religião, etnia, experiência profissional ou atitude no exercício da sua atividade.

Posto isto, podemos agrupar os fatores que influenciam e criam as barreiras no acesso dos imigrantes aos serviços de saúde pública em três grupos: fator contextual, fator estrutural e o estatuto do imigrante (Figura 1.3).

**Figura 1.3.** Dimensões de acesso à saúde.



Fonte: Elaboração Própria

A Figura 1.3 apresenta as dimensões de acesso à saúde. Nesta pesquisa não são abordados os indicadores culturais, linguísticos, económicos e religiosos derivado a existência de muitos trabalhos académicos neste sentido, apenas descrevemos as características que explicam os determinantes estruturais que podem ser utilizados para avaliar essas dimensões segundo modelo teórico apresentado. Oliveira e Gomes (2018: 31) mencionam que estes determinantes estruturais “...se relacionam com os fatores de natureza legal, institucional e administrativa que facilitam ou impedem o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes nas sociedades de acolhimento”.

### **1.5.2 Barreiras discursivas no acesso à saúde**

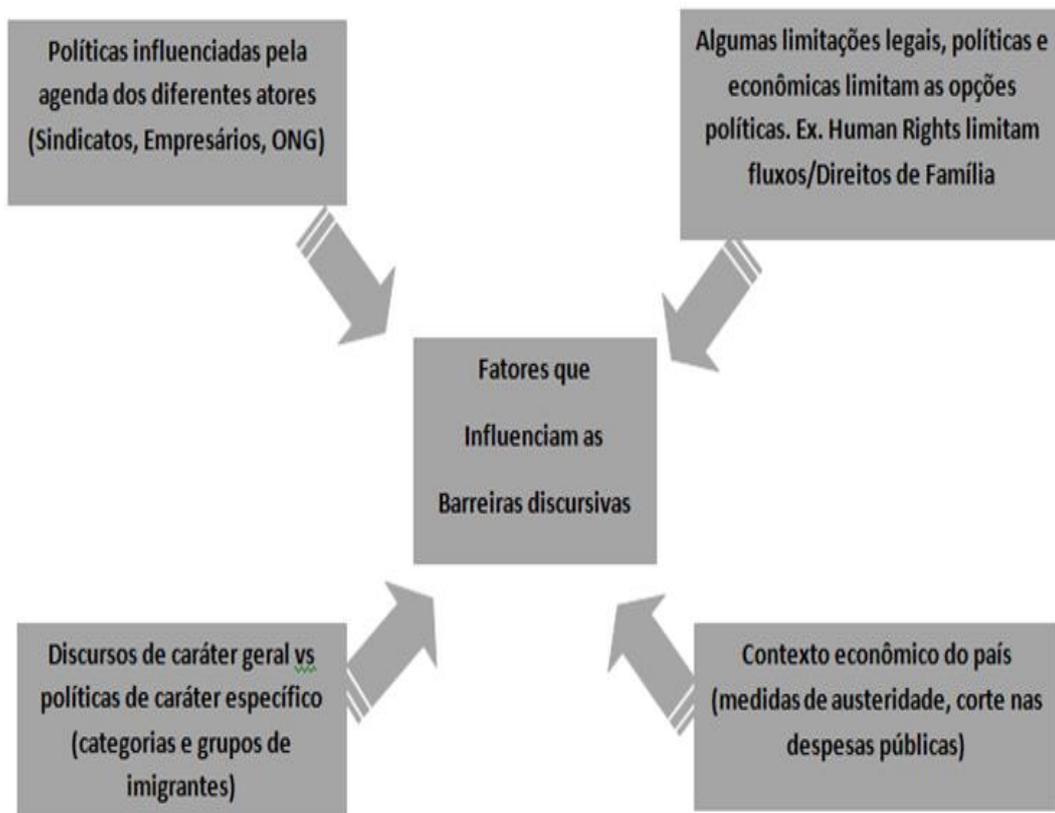
Adotamos o modelo teórico de análise de políticas públicas de imigração do Czaika e de Haas (2011) como suporte para analisar as políticas de saúde dirigidas aos imigrantes. Como referimos anteriormente, os criadores de modelo teórico sustentam a ideia de que o discurso de políticas públicas é influenciado por muitos autores que entram em ação no momento de elaboração das políticas públicas. As políticas de imigração, em especial, caracterizam-se pelo De Haas e Vezzoli (2011) como o resultado de uma luta ou de um compromisso entre múltiplos grupos com vários interesses, muitas vezes conflitantes. Exemplo disso são as associações empresariais que apoiam as políticas de imigração e os sindicatos que vêem a imigração como ameaça para os nativos. Os imigrantes estão dispostos a trabalhar por menos dinheiro e sujeitam-se aos trabalhos que os nacionais recusam. Tais interesses concorrentes, muitas vezes, influenciam os resultados das políticas de imigração e torna-se difícil atingir o objetivo “real”.

As políticas de imigração de cada país determinam e estabelecem os critérios de legalização e integração dos imigrantes. Alguns países receiam que facilitar o processo de legalização e autorizar o acesso aos serviços sociais, como a saúde pública, possa funcionar como o fator de atração para futuros imigrantes (Romero-Ortuño, 2004). Ingleby (2006) afirma, que o clima político de um país é um fator crucial que pode apoiar ou coibir que os sistemas de saúde passam a ser mais abertos às necessidades dos migrantes. Nos países que adotaram as políticas multiculturais (Portugal, Espanha, Suécia e Reino Unido) preocupam-se mais com as necessidades de saúde dos recém-chegados. Em França, Alemanha e Áustria a maior importância é dada a adaptação dos próprios imigrantes. Porém, segundo Mladovsky (2009:249), “as políticas que podem ser prejudicadas ou mesmo revertidas por partidos políticos dependentes de sentimentos anti-imigração”. A imigração desde sempre foi o assunto que divide a opinião de esquerda e da direita. Os políticos da direita afirmam que a imigração não traz nada de bom, pelo contrário é pior para todos. Enquanto o partido da esquerda apoia a entrada dos imigrantes no país e até considera que a imigração ajuda a sociedade. Os governos e partidos políticos que estão no poder têm papel crucial na tomada das decisões relativamente aos imigrantes.

Outro fator na sequência do qual podem surgir barreiras discursivas são as políticas de imigração desenvolvidas para afetar o comportamento de uma população alvo (migrantes) em uma determinada direção. Em muitos casos, as políticas que não

estão relacionadas com a migração influenciam a migração, e seus efeitos podem ser ainda maiores do que as políticas de imigração direcionadas (Czaika e de Haas, 2011). As políticas de mercado de trabalho, educação, bem-estar social, macroeconómicas podem, segundo os mesmos autores, incentivar ou desencorajar os imigrantes. No caso de políticas que favorecem a imigração de trabalhadores migrantes e estudantes altamente qualificados, criando barreiras aos trabalhadores migrantes com baixa qualificação. Ingleby (2005) e Padilla (2011) afirmam que o contexto económico em que está o país pode ter influência na criação de barreiras com que os imigrantes se deparam no acesso aos serviços de saúde. As medidas de austeridade e o corte nas despesas com saúde também têm que ser levadas em conta. Portanto, antes de avaliar a implementação de políticas, é necessária uma compreensão do contexto político e económico no qual as políticas emergiram. A Figura 1.4 apresenta os possíveis fatores que influenciam as barreiras discursivas.

**Figura 1.4.** Barreiras discursivas.



Fonte: Asensio e Padilla (2018).

### **1.5.3. Barreiras resultantes da implementação das políticas**

Se a formulação de políticas públicas é o resultado de uma luta ou de um compromisso entre múltiplos grupos com vários interesses (de Haas e Vezzoli, 2011), a implementação segundo Bryner (2010) caracteriza-se como a relação entre a classe política e a classe administrativa. No momento de implementação das políticas públicas aplicam-se as soluções para os problemas identificados e é testada a aplicabilidade das medidas. Nesta fase a administração pública é convocada para atuar e a executar o que a classe política estabeleceu (Howlett, Ramesh e Perl, 2009).

Romero-Ortuño (2004), Padilla (2013), Dias (2018), Backstrom (2009) falam sobre os fatores que podem influenciar o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde pública. O fator de discricionariedade surge quando os responsáveis (técnicos e/ou especialistas que executam as medidas) implementam as políticas e interpretam as leis, sendo eles os atores finais que tomam decisão de permitir ou não o acesso. As leis ambíguas, leis parcialmente implementadas criam espaço para discricionariedade. As atitudes dos responsáveis pela implementação das medidas são consideradas pelos autores como fatores que podem gerar barreiras não só para imigrantes, mas também para todos os utentes de serviços de saúde.

Lipsky (1980), já nos anos 80, estudava essa questão. Os responsáveis por implementar as políticas públicas, segundo o autor, são “burocratas de nível de rua”<sup>4</sup>. O autor explica que, por vezes, as ações dependem de muitas regras e de procedimentos impostos pelas políticas públicas e pela legislação, condicionando as suas escolhas. A discricionariedade também pode ser influenciada ou incentivada pelo ambiente em que esses agentes trabalham. A complexidade das leis, as leis volumosas e contraditórias geram imensas possibilidades de interpretação. Segundo Hogwoode Gunn (1984), a falta de comunicação e a coordenação são razões para as barreiras que podem surgir na implementação das políticas. Em muitos casos o desconhecimento dos funcionários da legislação em vigor cria barreiras de acesso aos serviços. Os casos de utentes que têm direito de isenção de pagamento das consultas são uma realidade descrita em obras de autores como Fonseca (2005), Baganha (2005). Os documentos que são exigidos no momento de acesso aos serviços de saúde desencorajam os imigrantes. Trata-se de casos de imigrantes indocumentados. Gomes Canotilho (2000) afirma que os imigrantes indocumentados vêm-se privados dos mais básicos direitos de cidadania, encontrando as

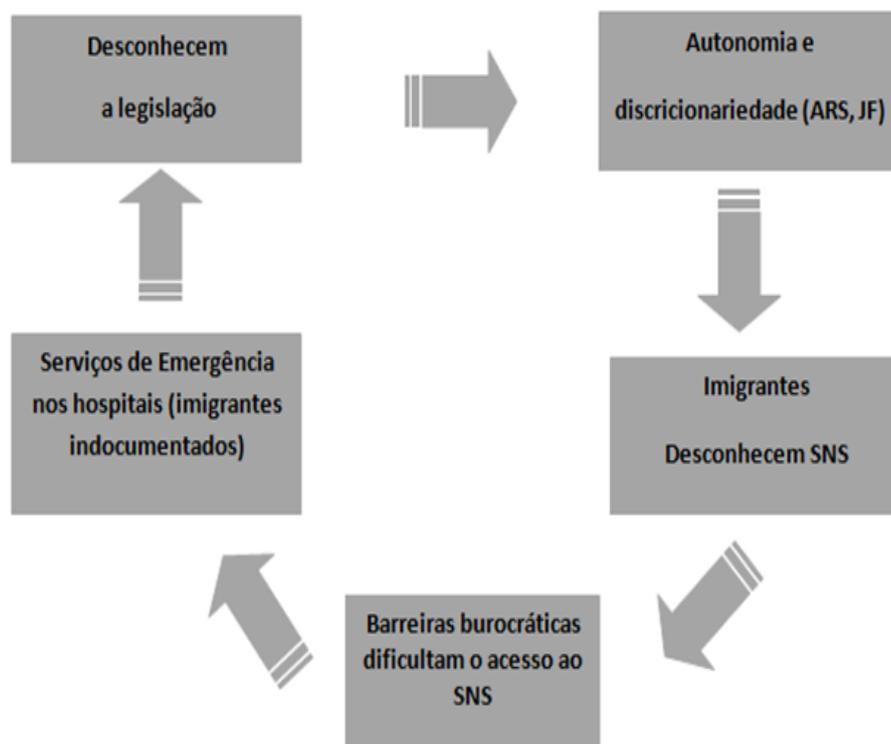
---

<sup>4</sup>São agências em que os trabalhadores interagem diretamente com o público (clientes, usuários, cidadãos). Exemplo de agências: escolas, postos de saúde e de polícia, hospitais.

portas fechadas no acesso aos apoios sociais prestados por instituições públicas ou privadas. Os imigrantes ilegais continuam marginalizados e em muitas vezes excluídos da lista quem tem direito aos benefícios sociais. Backstrom (2009) menciona outro fator que dificulta o acesso, este é o desconhecimento dos procedimentos de acesso no país recetor. Por norma, os imigrantes indocumentados sentem medo de utilizar os serviços públicos por causa de denúncia. Nesses casos preferem ir ao hospital aonde não exigem documentos específicos.

A Figura 1.5 permite identificar as principais barreiras que, segundo os autores acima mencionados, podem surgir na implementação de políticas públicas de saúde.

**Figura 1.5.** Barreiras resultantes da implementação das políticas.



Fonte: Asensio e Padilla (2018).

Fechamos o primeiro Capítulo da nossa tese e passamos de enquadramento teórico para a parte empírica, apresentando a metodologia utilizada.

## **CAPÍTULO II – METODOLOGIA**

Pretendemos neste capítulo apresentar as nossas opções metodológicas, os sujeitos, os instrumentos de recolha de dados e a forma como os dados foram analisados.

O nosso trabalho aborda a problemática das políticas de imigração, em particular as políticas de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde pública em Portugal. A questão central levantada nessa pesquisa parte da questão: “Que dificuldades enfrentam os imigrantes no acesso aos serviços de saúde pública, considerando as políticas de integração dos imigrantes em Portugal?” Para responder a esta questão torna-se pertinente assumir como objetivo principal desta investigação, identificar as principais dificuldades existentes no acesso à saúde pública dos imigrantes, considerando as políticas de integração dos imigrantes em Portugal. Para tal, pretende-se neste estudo: averiguar se a introdução das políticas de imigração e, em especial, as políticas de saúde dirigidas aos imigrantes nas agendas dos governos e posterior aprovação das leis responderam aos problemas de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde pública; descrever um conjunto de variáveis/fatores que desencadearam as lacunas de implementação das respetivas leis de imigração e de saúde dos imigrantes, levando a criação de barreiras no acesso aos serviços de saúde; construir um quadro referencial, compilando as políticas públicas do período de 2000-2015.

### **2.1. Tipo de pesquisa**

O presente estudo é do tipo descritivo com uma abordagem qualitativa. Os estudos descritivos procuram descrever as características de um grupo populacional, uma experiência, ou um fenómeno (Kripka, Scheller & Benotto, 2015: 3). No estudo descritivo o objetivo do autor do trabalho é apenas identificar as relações entre um conjunto de variáveis e informações contidas nos levantamentos dos dados e relatórios encontrados. Em caso de levantamento dos dados como relatórios, programas políticos, legislação que servem de base para a implementação de políticas públicas. O autor da pesquisa não interfere na realidade e não produz dados, ele somente utiliza os dados obtidos (Kripka, Scheller & Benotto, 2015: 3). Optamos por este modelo de investigação, em primeiro lugar, devido aos próprios objetivos de estudo e, em segundo lugar, baseando-nos na sugestão das pesquisadoras Czaika e de Hass (2011), pois segundo os autores, as informações de política, leis e regulamentos de migração são difíceis de expressar em termos numéricos.

## **2.2. Instrumento**

Sendo a nossa pesquisa de abordagem qualitativa, optámos por utilizar como instrumento de recolha de dados a análise documental e análise bibliográfica. Para Silva et al (2009) a recolha de dados é a fase da pesquisa documental, mais importante. Isso acontece tendo em vista que a escolha da fonte errada, pode não levar a resposta do problema de pesquisa, bem como, pode não ser a fonte mais segura. Portanto, saber “extrair” dados relevantes aproxima o pesquisador do fenómeno estudado.

A fase inicial de recolha de dados começa com uma revisão da literatura. A intenção é perceber o que já existe e o que foi investigado até a data de elaboração da tese. Segundo Bento (2002:1), essa fase envolve localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação. Isso acontece devido à necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o tema em pesquisa, visando desenvolver o tema de imigração e as diretrizes propostas na área da saúde. O desenvolvimento do estudo exigiu a obtenção de dados secundários, como: relatórios de organizações governamentais e privados, artigos, teses de mestrado, publicações dos jornais e outras informações relevantes para o tema do nosso trabalho. Para isso, recorreu-se às várias fontes: bibliotecas, sítios oficiais da Comissão Europeia, da Organização Mundial de Saúde, do Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, do INE, do Ministério de Saúde, da ERS etc.

Também as publicações do Observatório de Imigração serviram como apoio para a nossa investigação. O Observatório desenvolve o papel essencial na cooperação científica e institucional, visa estimular o diálogo entre académicos e decisores políticos no que toca à discussão, à avaliação e à proposta das políticas públicas. O Observatório desenvolve a recolha de informação e dados que não se encontram acessíveis em fontes primárias, elabora os estudos e investigações científicas em diversas áreas ligadas a fenómeno de imigração. Importa destacar o relatório de Integração de imigrantes de Oliveira e Gomes (2018), como uma fonte importante que nos fornece informação relevante para o nosso estudo.

Uma vez que a pesquisa tem como suporte teórico o modelo de análise das políticas migratórias de Czaika e De Haas (2011), optou-se por analisar os programas políticos e a respetiva legislação no período temporal de 15 anos (2000-2015). São documentos oficiais e importantes instrumentos para a análise das políticas públicas. Os dados fornecidos e extraídos permitem-nos responder à questão principal da nossa pesquisa. Outro elemento utilizado na pesquisa são os relatórios escritos por várias

organizações que exploram a questão da saúde e as barreiras enfrentadas por imigrantes nos países de acolhimento. Para obtenção destes dados foram consultados documentos oficiais, tais como: Relatórios de Desenvolvimento Humano, Relatório do MIPEX Vertente Saúde Relatório do PICUM e Relatório da ERS (2015).

### **2.3. Análise de dados**

Valendo-se da revisão da literatura faz-se a delimitação do problema de pesquisa. A delimitação do problema da pesquisa é desenvolvida em duas etapas. Na primeira etapa: A decomposição do tema em fenómenos e definição das variáveis de pesquisa. Neste estudo, as variáveis pesquisadas são as seguintes:

a) O processo de imigração, tendo em vista como enfoque: a construção teórica evolutiva do tema de estudo, ou seja, procurou-se retratar a história das migrações. É aqui importante perceber o momento em que surge a maior onda de imigração em Portugal, que mudanças os processos de imigração trazem para o país, que medidas o Estado toma para adaptação dos serviços sociais com aumento de imigrantes.

b) As políticas de imigração em Portugal. Esta unidade, além das diretrizes aplicadas pelo Estado no controle da imigração, refere-se também às políticas de saúde dirigidas aos imigrantes em Portugal.

Numa segunda etapa: A escolha da pergunta de interesse da pesquisa. A questão básica que justifica o estudo proposto refere-se a: Quais são as principais dificuldades existentes no acesso à saúde pública dos imigrantes, considerando as políticas de integração dos imigrantes em Portugal?

De seguida identificámos que tipo de metodologia vamos aplicar ao nosso estudo e que técnicas precisamos para recolher os dados necessários. A penúltima etapa da pesquisa é a análise dos dados. Importa referir que a interpretação dos dados baseia-se em dados secundários. A análise dos dados fez-se a partir de uma estrutura conceitual para a avaliação empírica de política de migração elaborada por Czaika e De Hass (2011). Os autores separam os níveis da política de imigração para demonstrar como diferencia o discurso político das políticas na prática. Eles analisam as políticas de imigração e distinguem quatro níveis a partir dos quais se possa fazer essa análise: discursos de políticas públicas, políticas de migração no papel, implementação de políticas e resultados de políticas. A partir dessa análise os investigadores desenvolveram um modelo de análise segundo qual distinguiram três lacunas na política de imigração (Figura 2.2): a lacuna discursiva (a diferença entre os discursos e as

políticas públicas no papel); a lacuna de implementação (a divergência entre políticas no papel e sua implementação); a lacuna de eficácia (até que ponto as políticas implementadas são capazes de afetar a migração).

Conforme os autores, as lacunas discursivas são muito comuns nas políticas públicas. Entendidas como a discrepância entre os discursos políticos e as políticas de migração no papel, que se materializam em leis, medidas e normas. Essas lacunas são o reflexo do conflito de interesses na elaboração das políticas migratórias e demonstram a tentativa dos governos ter um diálogo com os diferentes atores (Czaika e de Haas, 2011).

A lacuna de implementação suporta diferenças entre as políticas no papel e sua implementação real. Algumas leis e regulamentos não são implementados ou implementados parcialmente, por várias razões, entre tais: restrições práticas ou orçamentais. Praticamente impossível medir o grau em que as políticas no papel são implementadas.

A lacuna de eficácia mostra em que grau as leis, regulamentos e medidas implementadas atingem efeito pretendido no volume, tempo, direção e composição dos fluxos de migração. A eficácia da política é limitada. Por muito que o Estado limite a entrada dos imigrantes e aumente o controlo nas fronteiras, a imigração tem tendência de continuar (Czaika e De Hass, 2011).

Tendo em conta o período limitado de pesquisa e a escassez de informação fidedigna no contexto de nosso trabalho, abordamos apenas as primeiras duas lacunas. Conforme a Entidade Reguladora de Saúde (2015), em Portugal, existe “a falta de dados sobre a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes, o que limita o conhecimento sobre os múltiplos determinantes da utilização dos serviços de saúde” (ERS, 2015: 1). A análise documental de programas dos Governos e a legislação produzida pelos governos no período em estudo utiliza-se como suporte prático para testar parcialmente o modelo teórico desenvolvido pelo Czaika e de Hass (2011). O modelo de análise de Czaika e de Hass (2011), análise de programas dos governos, legislação, dados dos relatórios e publicações dos jornais permitem perceber se, no caso de Portugal, verificam-se as lacunas mencionados pelos autores em cada fase de processo político e se destas lacunas resultam as: barreiras discursivas e barreiras de implementação.

### **CAPÍTULO III – CASO EMPÍRICO**

#### **Políticas de imigração em Portugal. As políticas de saúde dos imigrantes em particular.**

As políticas de imigração, em particular, as políticas de saúde direcionadas aos imigrantes, constituem o objeto da nossa pesquisa. Identificámos as leis, as medidas e as circulares que, de alguma forma, podem influenciar o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. Entre eles destacam-se o I e II Plano de Integração dos Imigrantes (2007-2009 e de 2010-2013), Lei das Bases de Saúde (1990), Plano Estratégico para Imigração (2015-2020), Planos Nacionais de Saúde (2004-2010 e de 2011-2016). O estudo tem período temporal de 15 anos (2000-2015). Optamos pelo ano 2000 como ponto de partida da nossa pesquisa, sendo o ano em que começou a ser implementada a maior parte das políticas públicas dirigidas à saúde dos imigrantes. Também, nesse período, verifica-se o maior crescimento de cidadãos de países terceiros que procuram melhor qualidade de vida em Portugal. O ano de 2015 é o ano em que o país começa a sua caminhada após a crise financeira e como resultado, verifica-se a diminuição de número estrangeiros residentes no território português.

Este capítulo pretende responder as seguintes questões: em que contexto político e económico surgem as políticas de imigração e em especial as políticas de saúde para imigrantes? Que medidas foram desenvolvidas? Os programas políticos dos Governos, a legislação, os planos nacionais e as circulares garantem os direitos dos imigrantes à saúde e se a implementação desta causa barreiras de acesso aos serviços de saúde?

A análise da legislação e os programas dos governos permite-nos responder a estas questões. Czaika e de Haas (2011) e Ingleby (2005) acrescentam que a compreensão do problema está, em muitos casos, dependente do clima político no momento em que foram tomadas certas medidas e implementadas certas leis. Também os governos e partidos políticos que estavam no poder têm papel crucial na tomada das decisões relativamente aos imigrantes. As leis no “papel” e a forma como estão implementadas na realidade também podem identificar as falhas das políticas, que causam barreiras no acesso aos serviços de saúde.

No contexto do nosso trabalho avaliamos os programas políticos de cada Governo que esteve ao poder no intervalo de período temporal que decidimos avaliar (2000-2015), tendo em conta os partidos políticos a que eles pertencem. Verificou-se que de 2000 a 2015 Portugal conheceu seis Governos Constitucionais (Quadro 3.1).

**Quadro 3.1.** Governos Constitucionais (1992-2015).

<b>Governos Constitucionais</b>	<b>Período de mandato</b>	<b>Líder de Governo</b>	<b>Partidos políticos</b>
XIV	1995-2002	António Guterres	PS (partido socialista)
XV	2002-2004	Durrão Barroso Paulo Portas	Coligação PSD/CDS-PP
XVI	2004-2005	Santana Lopes Paulo Portas	Coligação PSD/CDS-PP
XVII	2005-2009	José Sócrates	PS
XVIII	2009-2011	José Sócrates	PS
XIX	2011-2015	Passos Coelho	PSD/CDS-PP

Fonte: Elaboração própria.

Segundo Boaventura de Sousa Santos (2004), a postura do Governo vai-se alterando conforme o interesse nacional e ideologia política que predomina num determinado período temporal. Com isso pretendemos examinar as diferentes posições do Estado face à imigração no período em estudo, levando em consideração os Governos e partidos políticos que estiveram no poder. Os programas políticos poderão transmitir a informação se existe, de facto, no discurso oficial do Estado sobre a imigração, os fatores que podem condicionar, diretamente ou indiretamente o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde.

### **3.1. Discurso político português sobre as políticas de imigração e as políticas de saúde para imigrantes**

Nesta parte de trabalho vamos abordar as políticas de imigração em Portugal, observando principalmente como os governos que estiveram no poder desenvolvem políticas de imigração e tendo em conta os partidos políticos (esquerda, direita, do centro<sup>5</sup>), que lideraram os governos e em que circunstâncias foram tomadas (adesão a espaço Schengen, crise económica, medidas de austeridade).

Portugal, até aos dias de hoje, foi governado por vários governos que, por sua vez, produziram ao longo da sua história diferentes discursos oficiais relativamente às imigrações. No período em análise (2000-2015) estiveram no poder o Partido Socialista (PS), o Partido Social Democrata (PSD), o último sempre em coligação com o Centro Democrático Social/Partido Popular (CDS-PP).

A imigração é o tema que divide a esquerda e a direita. Os políticos da direita têm a opinião que a imigração não traz nada de bom, pelo contrário é pior para todos. Em contrapartida, os da esquerda apoiam a entrada dos imigrantes no país e até acham que a imigração ajuda a sociedade. O Governo e o Parlamento português viram-se obrigados a mudar de atitude em relação a imigração após a adesão ao Acordo Schengen em 1991. Surge a necessidade de introduzir as restrições à abertura de fronteiras, o controlo da entrada, permanência, saída e expulsão de estrangeiros. De repente Portugal viu-se como um país de “regime misto” de migrações, sendo ao mesmo tempo recetor e emissor de migrantes (Santos, 2004).

#### **3.1.1. XIV Governo Constitucional (1992- 2002)**

O XIV Governo assumiu a liderança do país no momento de grande aumento, quase de 50% da população estrangeira em comparação com os últimos 10 anos. Portugal, segundo Ferreira e Rato (2000), ocupa naquela época o quarto lugar entre países comunitários com maior índice de crescimento da população estrangeira residente em Portugal. O Estado português viu-se obrigado a reagir perante este fenómeno. Surge a necessidade de desenvolver uma política de imigração direcionada para controlo da imigração e promoção de políticas sociais dirigidas aos imigrantes.

---

<sup>5</sup>Os termos da política de direita e política de esquerda surgiram na Revolução Francesa, no século XVIII. A pertença a esquerda ou a direita dependia do lugar que os políticos ocupavam no parlamento francês. Se os políticos eram a favor que o rei tivesse mais poder, estavam sentados à direita, mas se desejassem que o rei tivesse menos poder, sentavam-se à esquerda.

As primeiras políticas nacionais de imigração surgem no mandato do XIII Governo em 1995, liderado por Primeiro-ministro António Guterres, pertencente ao PS (partido socialista). Segundo Bäckström (2009), até 1995 nos programas de governo não existia qualquer referência às questões da imigração. Neste mandato emerge a preocupação do Estado com o direito de integração dos imigrantes residentes no seu território, enquanto o Governo anterior preocupava-se em maioria dos casos com a vigilância das fronteiras. Com a entrada do Partido Socialista na liderança do governo a política de imigração foi repensada sendo que o principal objetivo é garantir uma maior igualdade de direitos entre nacionais e estrangeiros (Bäckström, 2009). O Governo socialista segue o caminho de harmonização da legislação nacional conforme as diretivas da União Europeia. Levando a um novo processo de regularização extraordinário e alterações da lei da imigração e asilo. A política de tolerância perante o fluxo imigratório irregular e a entrada em vigor do Acordo de Schengen aumentou em curto espaço de tempo o número de estrangeiros residentes em Portugal. Na realidade, a legalização dos imigrantes em situação irregular tinha como objetivo satisfazer a necessidade de país na procura de mão-de-obra desqualificada sobretudo pelo sector da construção e obras públicas (Carvalho, 2009:75). Com abolição das fronteiras internas entre países membros da UE, após criação do espaço Schengen, Portugal deparou-se com a entrada no seu território de muitos cidadãos nacionais de Estados - terceiros que tinham um visto de curta duração válido, emitido por qualquer um dos países aderentes (Baganha, 2005). O quadro 3.1 ilustra o crescimento de aproximadamente 107% da população estrangeira no período de 1990-2001.

**Quadro 3.2.** Evolução da população estrangeira (1990-2001).

<b>Ano</b>	<b>Mil/pessoas</b>
1990	107.767
1991	113.978
1992	123.612
1993	136.932
1994	157.073
1995	168.316
1996	172.912
1997	175.263
1998	178.137
1999	191.143
2000	207.607
2001	223.602

Fonte: Relatório de Estatísticas do SEF (2001).

Do esforço feito para coordenar as políticas e reconhecimento público da problemática das minorias étnicas e dos imigrantes resultou a criação do Alto-Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), em Janeiro de 1996, por via de Decreto-Lei nº 3- A/96 (Bäckström, 2009). Conforme Dionísio (2007), a criação do ACIMI visa preencher um vazio institucional, face a crescente onda imigratória em Portugal. A iniciativa vem do governo socialista. O Governo passa a comunicar com os imigrantes através de associações, praticamente inexistente até esse momento (Santos, 2004). Em 2001, entrou em vigor Decreto-Lei nº 4/2001 de 10 de Janeiro que regula a entrada, saída e permanência e afastamento de estrangeiros em território português. A Lei regularizou muitos imigrantes indocumentados que permaneciam na altura no país. Segundo Baganha (2005:34): “...a legalização destes imigrantes surge como resposta às fortes pressões dos *lobbies* da construção civil e obras públicas e da indústria do turismo... ao abrigo do Decreto-Lei nº 4/2001 se regularizou a permanência em território nacional de 184 mil imigrantes entre 2001 e 2003”.

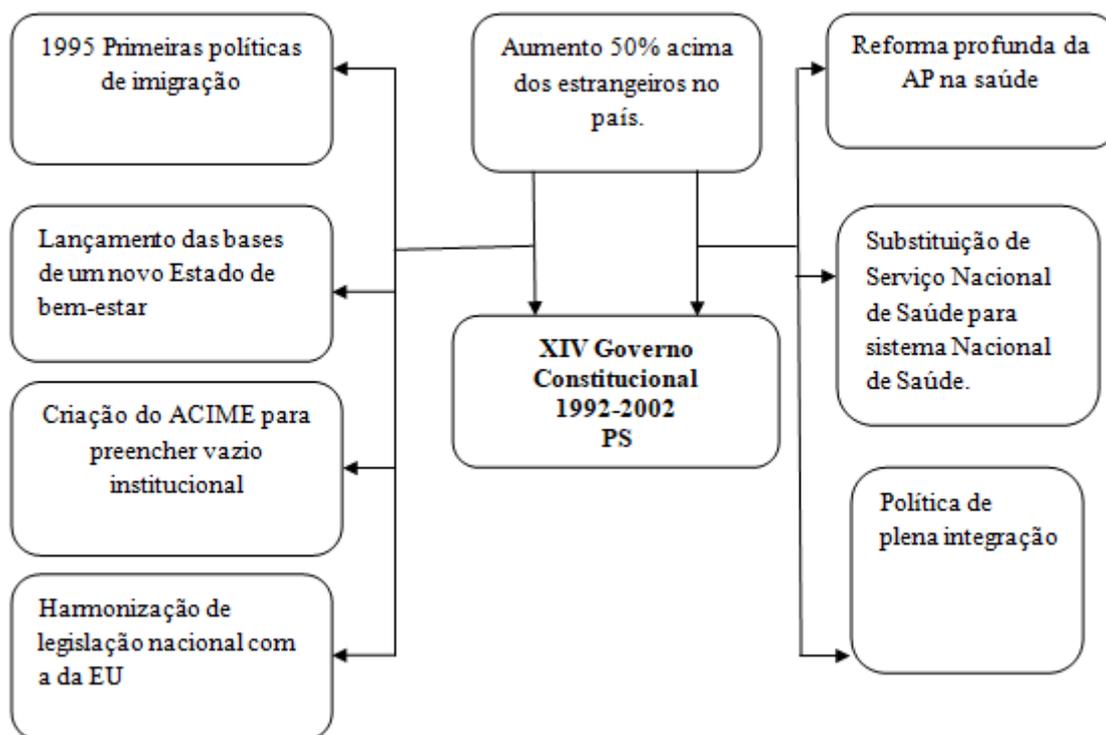
XIV Governo Constitucional é o Governo que rumo em direção de uma geração de políticas sócias, promovendo a ideia de uma sociedade para todos que garante os direitos sociais (saúde, educação entre outros). A saúde é a nova prioridade da política social. As reformas implementadas nessa área devem acautelar o acesso à saúde em condições de equidade social. Com este programa o Governo visa lançar as bases de um novo Estado de bem-estar social, com a ajuda das políticas sociais. Mas garantir o bem-estar social torna-se difícil sem a proximidade do Estado ao cidadão, sem garantir a melhoria dos serviços às famílias e o apoio aos mais desfavorecidos, entre os quais também se encontram os imigrantes.

O Governo exige uma reforma profunda da Administração Pública na saúde. Os anos 2002 a 2005 caracterizam-se como o período em que se oposta na eficiência do sistema e mudança para um sistema misto (público e privado) e de substituição do Serviço Nacional de Saúde por um Sistema Nacional de Saúde (Silva, 2012). As bases desta reforma têm como prioridade o acesso, à qualidade e à eficiência dos serviços de saúde e com objetivo diminuir as desigualdades na saúde.

Os imigrantes também usufruem de serviços de saúde. O acesso e a utilização dos serviços são condições fundamentais para a sua plena integração no país de acolhimento (Dias et al. 2018). O programa do XIV Governo propõe uma política de plena integração dos imigrantes e visa: “assegurar o acesso dos estrangeiros que residam e/ou trabalham em Portugal, ao atendimento médico, à prestação de cuidados de saúde em

geral, incluindo diagnóstico e terapêutica em todos os estabelecimentos de saúde do SNS, quando deles ainda não beneficiam”. A nova estratégia para a saúde visa salvaguardar a dignidade humana, o direito à proteção na saúde, a solidariedade entre todos na garantia desse direito. Figura 3.1 descreve as principais ações de XIV Governo Constitucional, relevantes para nossa pesquisa.

**Figura 3.1.** Discurso político do XIV Governo Constitucional (1992-2002).



Fonte: Elaboração própria na base de análise documental.

### 3.1.2. XV e XVI Governos Constitucionais (2002- 2005)

A perda do PS nas eleições autárquicas de Dezembro de 2001 faz com que o líder do referido partido e Primeiro-Ministro, António Guterres, peça a sua demissão. Em Março de 2002, o Presidente Jorge Sampaio convoca eleições antecipadas. O PSD ganha as eleições, mas não consegue a maioria absoluta, vindo a ser obrigado a recorrer a uma coligação com o CDS-PP. Em Abril de 2002, toma a posse o XV Governo Constitucional. José Manuel Durão Barroso ocupa o lugar do chefe de governo. Julho de 2004, Durrão Barroso anuncia a sua demissão na sequência do convite para concorrer ao cargo de presidência da Comissão Europeia, cedendo o lugar do Primeiro-ministro ao seu sucessor na liderança partidária, Pedro Santana Lopes. O mandato deste acabou passados quatro meses, por iniciativa do presidente que convocou eleições antecipadas.

Segundo Santos (2004), a questão de imigração ganha maior importância no programa do Governo XV e tem como principais prioridades controlar os fluxos migratórios, essencialmente no combate de imigração clandestina. Implementam-se medidas tais como: o limite anual de entrada em Portugal do número de imigrantes de países terceiros; a adaptação de política de combate de imigração ilegal; a celebração de acordos bilaterais entre o Estado Português e os Países de origem, entre outras. No Diário de Notícias de 18/09/2003 foram publicados dados relativamente aos vistos de trabalho. O Estado deseja reduzir a entrada de imigrantes, permitindo só a autorização de 3500 vistos. Mas, se o nível nacional de desemprego subir, a quantidade de vistos emitidos pode vir a reduzir. Segundo o Programa Político de XV Governo (p.176) :

“Os recursos nacionais são escassos não se pode adotar uma política de “porta aberta”. O Estado deve, pois, ser rigoroso, responsável e solidário. Só assim teremos capacidade para assegurar aos que nos procuram um nível de vida digno”.

O XV Governo tem como prioridade o princípio “do rigor nas entradas e generosidade no acolhimento”. Ou por outras palavras, a legislação, ao mesmo tempo, restringe e controla a entrada de imigrantes, tendo em conta as necessidades do mercado de trabalho e promove uma política de acolhimento para integração dos imigrantes. Foi dado um passo importante nas políticas de acolhimento com a profunda reformulação do papel do Alto-Comissário e Minorias Étnicas<sup>6</sup>. A criação dos Centros Nacionais e Locais de Apoio ao Imigrante (CNAI, CLAI) serve como ponte de contacto da administração com os imigrantes para responder aos problemas das comunidades estrangeiras em Portugal (Relatório de Atividade do ACIME 2002-2005). O Governo considera indispensável a elaboração de um Plano Nacional para a Integração dos imigrantes, colaboração do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e com a inspeção do trabalho, para controlar a imigração ilegal, apoiar a criação de associações representativas das comunidades de imigrantes, celebrar os contratos com as ONG de imigrantes, para o promover políticas de apoio aos imigrantes, com intenção de melhor integração na sociedade portuguesa. As medidas estabelecidas no programa caracterizam o período de mudança em todos os níveis que o país está a atravessar. Este período caracteriza-se como o período em que aumentam as despesas do Estado e cresce o descontrolo das contas públicas. A situação de Portugal naquela época não estava estável. A crise económica em que Portugal estava a entrar acabou por levar a uma

---

<sup>6</sup> Um cargo unipessoal transforma-se numa estrutura interdepartamental que presta ajuda e apoio ao Governo nas questões de imigração e minorias étnicas.

estagnação de economia por mais de uma década. O período de 2000-2005 foi deficitário. Este longo período, que é detalhado no Quadro 3.3, leva o governo de coligação de Durão Barroso à introdução de fortes medidas de austeridade e consolidação orçamental.

**Quadro 3.3.** Despesas, receitas e défice orçamental em relação ao PIB.

Ano	Despesas das AP em % do PIB	Receitas das AP em % do PIB	Défice público em % do PIB
2000	42,6	39,4	-3,2
2001	44,1	39,3	-4,8
2002	43,7	40,4	-3,3
2003	45,3	40,9	-4,4
2004	46,1	39,4	-6,2
2005	46,7	40,5	-6,2

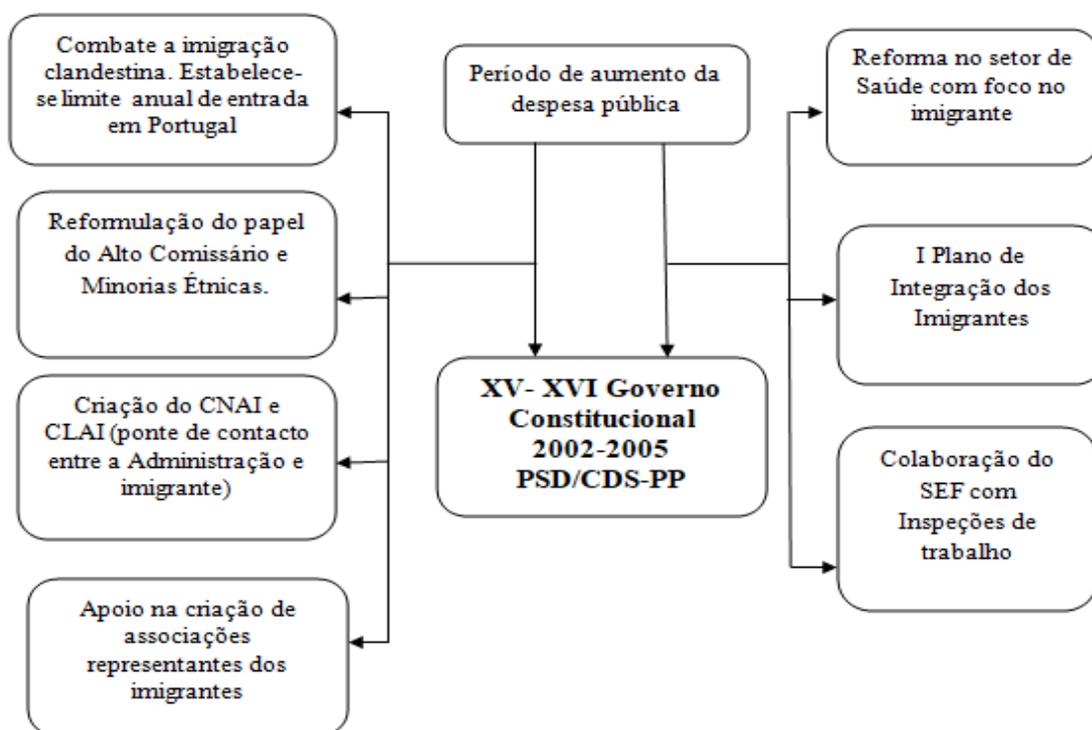
Fonte: INE (2007).

A subida da despesa pública apresentada no Quadro 3.2 de 42,6% em 2000 a 46,6% em 2005 e, como se pode verificar, o aumento acelerado do défice público -6,2 % (2005) tiveram como consequência cortes na saúde. A saúde em Portugal foi um dos setores mais afetados. A desorganização e degradação do Serviço Nacional de Saúde prejudicam o acesso e a qualidade de serviços prestados aos cidadãos nacionais, não falando da situação dos grupos sociais mais desfavorecidos (como imigrantes), que ainda mais enfrentam dificuldade para aceder a estes serviços. Surge a necessidade de reformar o Sistema de Saúde. A mudança tem como objetivo servir o cidadão e não o cliente. Servir melhor aqueles a quem o SNS se destina, pondo acima de tudo os interesses dos cidadãos. O programa do XVI Governo Constitucional assenta na continuidade das políticas desenvolvidas pelo Governo anterior. A ideia chave de governo parte de princípio de que a saúde é um componente das políticas sociais que mais contribui para uma sociedade justa e solidária. A reforma do setor de saúde direcionada para criar um Sistema Nacional de Saúde em Portugal com foco no cidadão, para que todos tenham acesso aos melhores cuidados de saúde sempre que deles necessitem. O objetivo político da legislatura do XVI Governo referente às políticas de imigração centra-se no desenvolvimento das políticas de integração em duas grandes

áreas: “o aprofundamento dos direitos de cidadania e uma atenção especial às segundas e terceiras gerações de imigrantes em Portugal” (p. 148).

Verifica-se a evolução do conceito de SNS para um novo paradigma de Sistema Saúde misto, combinado e interligado, onde coexistam entidades públicas, privadas e sociais, que atuem em rede de modo integrado e orientadas para as necessidades dos utentes. A Figura 3.2 resume as principais pontes de ação extraídas dos programas políticos dos XV e XVI Governos Constitucionais (2002-2005).

**Figura 3.2.** Discurso dos XV – XVI Governos Constitucionais (2002-2005).



Fonte: Elaboração própria na base de análise documental.

### 3.1.3. XVII – XVIII Governos Constitucionais (2005- 2008, 2009-2011)

Após a queda de Governo de Santana Lopes chega ao poder o XVII Governo Constitucional (2005-2008) liderado por José Sócrates, líder de Partido Socialista (PS). Segundo Vieiras (2007:129) o PS ganhou as eleições com maioria absoluta.

As políticas sociais, como políticas de saúde, ocupam um lugar muito importante no programa político deste governo. A situação com que o país se depara é preocupante. Aumento da taxa de desemprego, abandono escolar, nível reduzido de escolaridade, rendimentos baixos todos estes fatores geram situações de desigualdade e exclusão em saúde. O governo propõe as medidas direcionadas à diminuição da pobreza, inclusão

social das pessoas em situação de risco, entre eles: “os imigrantes acolhidos muitas vezes sem assegurar condições de vida e trabalho sem um mínimo de dignidade” (p. 68 do Programa do Governo.).

A nova Lei da Nacionalidade<sup>7</sup> de 2006 no seu art.º6 determina uma série de novas oportunidades de obtenção da nacionalidade portuguesa por naturalização para imigrantes que já residiam em Portugal ou vieram a nascer no território nacional. Surge uma nova Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho<sup>8</sup> sobre o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional. A legislação facilita a imigração regular, estabelece um único tipo de visto que autoriza a entrada no território português para fixação de residência, cria mecanismos de defesa de vítimas de tráfico humano. Segundo Relatório de Atividade de ACIME (2007: 11): “...é um diploma sistematicamente melhor organizado, com uma visão mais humana do fenómeno migratório”.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve ser gerido e direcionado para o cidadão, para poder aproveitar os valores que estão disponíveis. Com isso, é necessário rever a legislação de Saúde no sentido da sua modernização e eficiência. O SNS tem que ser modernizado, deixando de ser: “pesado, pouco ágil, desarticulado, que nega acolher a inovação” (p. 81 do Programa do Governo). Em questão da imigração, o Governo promove uma política de maior inclusão dos imigrantes. Os eixos prioritários são a integração, regulação e fiscalização. A crise económica atingiu os imigrantes severamente, tal como os portugueses. Muitos dos sem-abrigo mais recentes são cidadãos estrangeiros. Eles não conseguem enfrentar as dificuldades com que se deparam, na realidade, não têm emprego estável, vivem em habitações temporárias, e em alguns casos, não dominam a língua portuguesa e desconhecem os seus direitos (Backstrom, 2009). Nesta legislatura o governo propõe reforçar os mecanismos de integração e garantir o mínimo dos mecanismos de proteção social idênticos que usufruem os portugueses. Com esta intenção o programa inclui as medidas que reconhecem o estatuto da cidadania as pessoas que têm nascido em Portugal, integração no mercado social e laboral, reconhecimento de diplomas obtidos nos países de origem dos imigrantes, criar mecanismos de proteção social para imigrantes que perderam emprego, participação das associações de imigrantes nos processos de integração e outros.

---

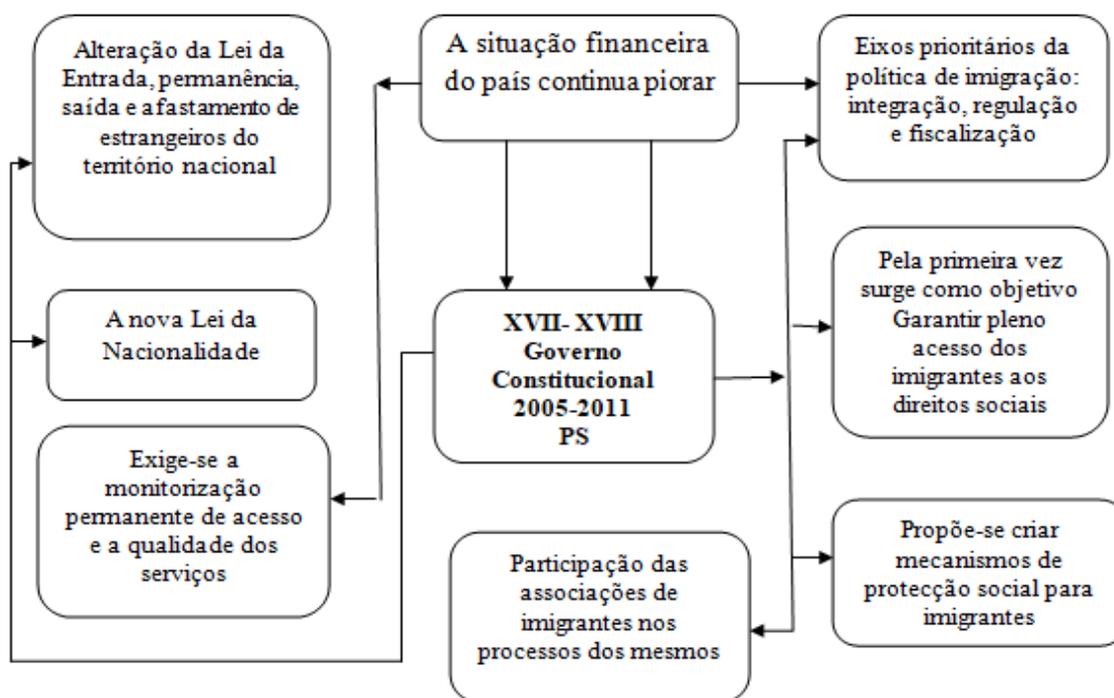
<sup>7</sup> Lei n.º2/2006, de 17 de Abril

<sup>8</sup> Decreto Regulamentar n.º 84/2007 de 5 de Novembro

O XVIII Governo é liderado na mesma por José Sócrates. Venceu as eleições mas desta vez sem maioria absoluta, em 2009, e perdeu o mandato em 2011. O programa deste governo da continuação ao programa do governo anterior em relação de promoção de políticas sociais. Continua-se a apostar na modernização da Administração Pública e reforma de SNS, como o principal pilar de saúde. O melhor acesso aos serviços de saúde pública e a qualidade dos serviços prestados surgem como prioridades no combate as desigualdades existentes. É necessário que o Estado assuma o seu papel regulador, exigindo a monitorização permanente de acesso e a qualidade dos serviços prestados.

No programa do XVIII Governo, apesar de outros governos antecedentes promoverem os direitos sociais dos imigrantes, surgem pela primeira vez bem explícitos os objetivos para integrar melhor os imigrantes. Algumas das medidas que merecem ser mencionadas são: Garantir o pleno acesso dos imigrantes aos direitos sociais; Aprofundar o combate à discriminação dos imigrantes e das minorias étnicas; Melhorar os serviços de atendimento aos cidadãos imigrantes. **Figura 3.3.** transmite informação relativamente às principais políticas propostas pelos XVII-XVIII (2005-2011).

**Figura 3.3.** Discurso dos XVII – XVIII Governos Constitucionais (2005- 2011).



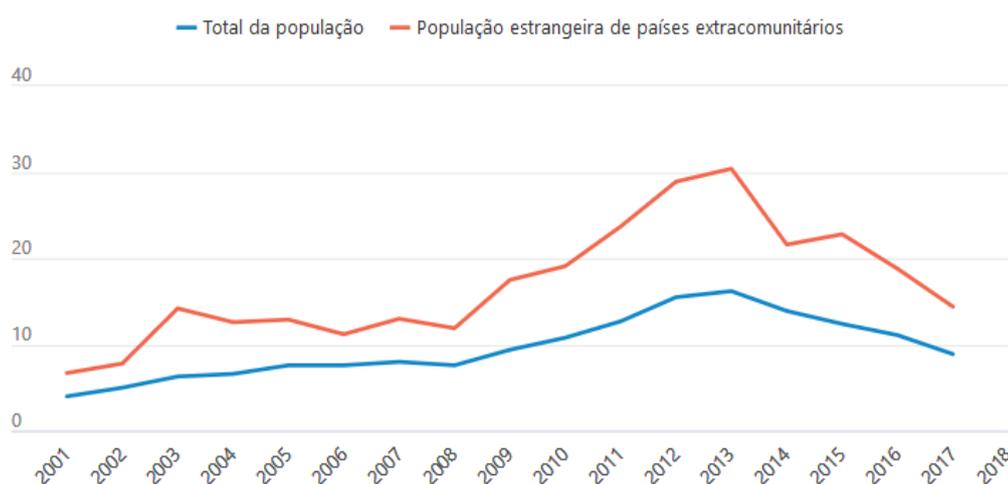
Fonte: Elaboração própria na base de análise documental.

### 3.1.4. XIX – XX Governos Constitucionais (2011- 2015)

O Governo do Sócrates apresentou a sua demissão devido à rejeição do novo Programa de Estabilidade e Crescimento (PEC) 2011-2014. O parlamento chumbou a proposta do programa. E mais uma vez, sobe à arena política o Governo de coligação de PSD e CDS-PP, mas agora, liderado por Pedro Passos Coelho.

No contexto de austeridade, a legislatura de Passos Coelho tem como objetivos principais a resolução da crise económica e financeira em que o país se encontra nesse período. A chegada da Troika, em Abril de 2011 (assinatura do Memorando de Entendimento sobre as contingências de Política Económica de Portugal), significou para Portugal a introdução do programa de ajustamento económico e financeiro. Portugal enfrenta o problema de aumento de desemprego e de pobreza que atinge não só população nacional mas também imigrantes que permanecem no país. Segundo dados de EUROSTAT, o desemprego subiu quase o dobro, de 2006-8,6% para 17,3 % em 2013. As taxas de pobreza e de exclusão social de 25% em 2006 passam para 27,4% em 2013 (Legido-Quigley et al., 2016). A Figura 3.4 mostra crescimento do nível de desemprego entre população nativa e estrangeiros de países extracomunitários.

**Figura 3.4.** Taxa de desemprego em Portugal segundo a nacionalidade (2001 e 2017).

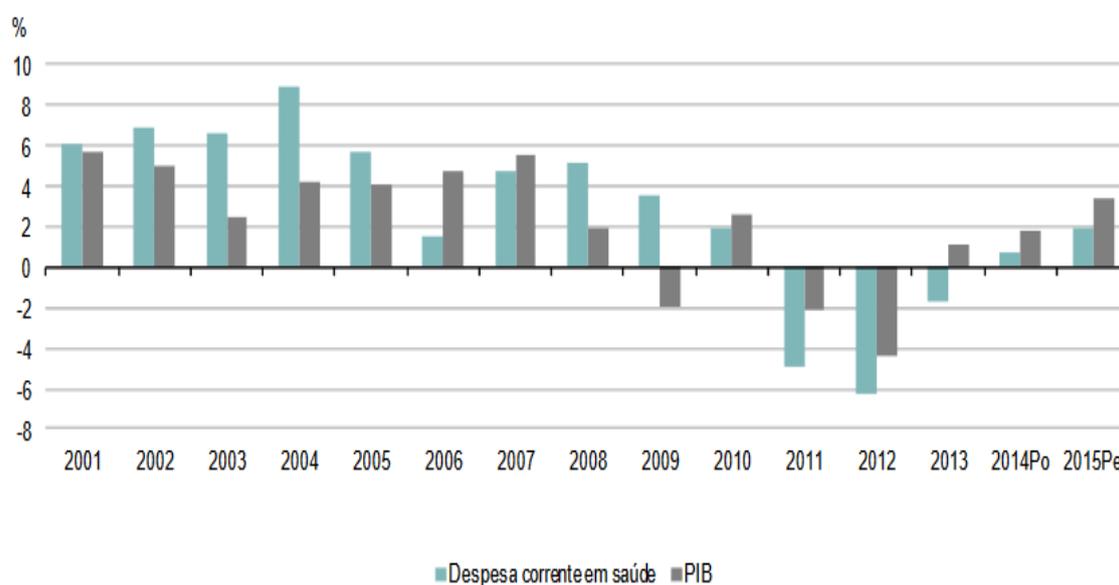


Fonte: Oliveira e Gomes (2018).

Padilla et al. (2018) constata que a crise económica e financeira teve grandes impactos no serviço nacional de saúde e na proteção de saúde dos cidadãos nacionais, incluindo os imigrantes. Inicia-se a época de grande corte na despesa pública. Como

podemos ver na Figura 3.5, o setor da saúde não ficou livre destes cortes e como resultado as despesas com saúde caíram em Portugal (Morgan e Astolfi, 2013). O Memorando de Entendimento entre a Troika e o governo português exigiu um corte no sector dos cuidados de saúde para alcançar poupanças de € 550 milhões em 2012 e € 375 milhões em 2013. Foram necessárias medidas para reformar o sistema de saúde, nomeadamente: um aumento nas taxas moderadas do SNS, incluindo taxas mais altas, uma redução dos beneficiários do SNS e implicações nas condições de acesso aos serviços de saúde (Legido-Quigley et al.2016, Oliveira e Gomes, 2018).

**Figura 3.5.** Despesas públicas em saúde em % do PIB (2000-2015)



Fonte: INE (2016).

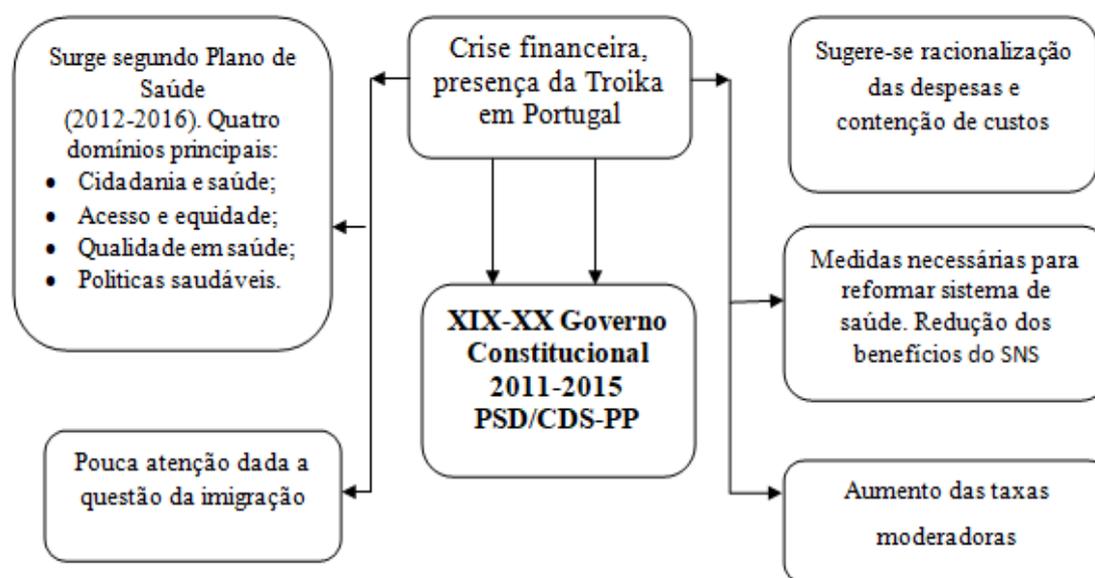
Tendo em conta o gráfico apresentado, a despesa pública com a saúde em Portugal começa a crescer progressivamente a partir de ano 2001 (8,4 %) e atinge o seu pico em 2010 (9,8% do PIB). A partir de 2011, o ano em que começam a ser introduzidas as medidas de austeridade, a despesa pública com a saúde diminui até 9,5% e já em 2015 chega aos 9,0%.

No Relatório da Primavera (2015) consta que as desigualdades na saúde em Portugal surgem na sequência de cortes orçamentais e recessão económica. No entanto, as mudanças que o governo sugere são: racionalização das despesas e contenção de custos com intuito de reforçar a sustentabilidade financeira do SNS. Objetivos estratégicos que o governo do Passos Coelho identifica no programa visam “...

continuar a melhorar a qualidade e o acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde...pela garantia do acesso universal e equitativo, tendencialmente gratuito, aos cuidados e serviços de saúde” (Programa de governo: 78). O programa contém medidas direcionadas para garantir a cobertura dos cuidados primários, assegurando o acesso à generalidade dos cidadãos. Nessa legislatura, em meados de 2012, foi adotado o Plano de Saúde 2012 – 2016, abrangendo quatro domínios principais: cidadania e saúde, acesso e equidade, qualidade em saúde e políticas saudáveis. Pouca ou quase nenhuma atenção dada à questão da imigração no programa do XIX Governo Constitucional. Apenas em algumas palavras se aborda o tema do desenvolvimento de políticas de plena integração dos imigrantes.

O XX Governo Constitucional, novamente à frente com Passos Coelho, tomou posse em 30 de Outubro de 2015, mas não chegou a entrar em funções. Foi demitido passando 11 dias, após a tomada de posse, sem ver aprovado o seu programa. A Figura 3.6 permite-nos fazer um breve resumo das políticas descritas nos programas dos XIX-XX Governos Constitucionais (2011-2015).

**Figura 3.6.** Discurso dos XIX – XX Governos Constitucionais (2011- 2015).



Fonte: Elaboração própria na base de análise documental.

A descrição feita permite-nos entender de que forma os Governos que estiveram no poder abordam as questões de imigração e de saúde dos imigrantes (Quadro 3.4).

**Quadro 3.4.** Ideias manifestadas pelos governos em relação de imigração e saúde dos imigrantes nos vários programas de governos.

Governo	Ideias
XIV (PS)	Uma sociedade para todos
XV (PSD/CDS-PP)	Rigor nas entradas e generosidade no acolhimento
XVI (PSD/CDS-PP)	Aprofundamento de direito de cidadania
XVII (PS)	Visão mais humana do fenómeno migratório
XVIII (PS)	Melhor acesso à saúde e qualidade dos serviços
XIX-XX (PSD/CDS-PP)	Racionalização das despesas e contenção de custos

Fonte: Programas dos governos

Todos os programas de governo que observamos antes, independentemente do partido a que pertencem, incluem o tema de imigração e saúde dos imigrantes nas suas agendas. No período em estudo, verificamos que os partidos como PS e PSD/CDS-PP estiveram no poder praticamente substituindo-se um ao outro. No caso do XIV Governo (PS) a adesão a espaço Shengen e a necessidade de mão-de-obra justificam a maior inpotência dada à imigração nesse mandato. O Governo vê-se obrigado a garantir as necessidades sociais mínimas dos imigrantes. Enquanto o XV e XIX e XX governos, como se verifica no Quadro 3.4, pertencentes ao PSD/CDS-PP na maioria das vezes têm como maior objetivo restringir e controlar a entrada dos imigrantes no território nacional o PS desenvolve políticas de maior integração dos imigrantes. As políticas de restrição e controlo causam barreiras difíceis para se legalizar e com isso ter direitos sociais ao mesmo nível que a população nativa. No entanto, em geral, as políticas desenvolvidas por todos os governos em estudo não negam os contributos positivos que os imigrantes proporcionam a Portugal, tentando, de forma mais ou menos rigorosa, integrá-los na sociedade portuguesa.

### **3.2. Políticas de saúde para imigrantes no papel e as possíveis barreiras de acesso a saúde, resultantes da implementação**

Portugal é um dos países da Europa do Sul que até 1990 não se preocupava com a questão de saúde dos imigrantes. O quadro muda com aumentos de número de imigrantes que começaram a chegar ao país desafiando os profissionais de saúde. A maior parte das políticas dirigidas à saúde dos migrantes começou a ser implementada no início dos anos 2000. A preocupação das políticas públicas era o direito dos migrantes aos cuidados de saúde e não a necessidade de programas multiculturais (Padilla et al. 2016:112).

Como já foi referido, o aceleração dos fluxos migratórios em direção ao Portugal a partir de ano 2000 aumentou o nível de multiculturalidade na sociedade. No entanto, os governos desenvolvem progressivamente as políticas de saúde culturalmente sensíveis, dando atenção às comunidades imigrantes presentes nos seus territórios. As políticas de saúde elaboradas visam promover o acesso e utilização aos cuidados de saúde e ao mesmo tempo lutar contra às barreiras que põe o exercício deste direito fundamental em causa (Andrade, 2008).

Neste ponto de nosso trabalho, vamos identificar, descrever e analisar a legislação existente em Portugal no período em estudo (2000-2015) relativamente ao acesso dos imigrantes aos serviços de saúde e cruzar esta informação com os dados existentes de Relatórios dos órgãos competentes na área e publicações dos jornais e revistas. Pretende-se verificar se existem divergência entre o que diz a legislação (leis, medidas, despachos, circulares) elaborada e implementada e o que se verifica na realidade, tendo em conta que ainda persistem barreiras no acesso aos cuidados saúde por parte dos imigrantes (Padilla, 2011, Andrade, 2008). Oliveira e Gomes (2018:35) sublinham: “É importante reconhecer que os enquadramentos legais e institucionais de saúde são determinantes no acesso a cuidados de saúde pelos imigrantes e residentes estrangeiros nos diferentes países. Os enquadramentos legais criam as condições a partir das quais os cuidados de saúde podem ser obtidos”. O parlamento elabora as leis, enquanto que a execução cabe às autoridades subordinadas (neste caso, o Ministério da Saúde ou Autoridades Regionais de Saúde). Em muitos casos, surgem situações que complicam a implementação da lei. Acontece que os direitos que a lei concedeu aos migrantes não podem ser exercidos devido a barreiras administrativas que surgem a um nível inferior.

Conforme OIM (2016) os arranjos administrativos também são políticas, então a “lacuna de implementação” resulta de um choque entre políticas em diferentes níveis.

Portugal consagra o direito de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde no seu documento fundamental (Constituição). O artigo 64º da Constituição da República Portuguesa estabelece que “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”. O direito à proteção da saúde realiza-se através de um serviço nacional de saúde universal e tendencialmente gratuito. (Constituição da República Portuguesa, Artigo 64.o). O artigo 15º da Constituição complementa o artigo 64º e confere a todos os estrangeiros e os apátridas que residam em Portugal os direitos e os deveres do cidadão português. O mesmo artigo identifica o direito à proteção da saúde como um direito universal de todos os imigrantes.

A Lei n.º 48/90 das Bases de Saúde<sup>9</sup> (Base I, nº2) é outro documento importante que garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde conforme os recursos disponíveis (humanos, técnicos e financeiros). Esta lei foi alvo de muitas críticas, segundo Padilha (2013:58): “a percepção do conceito de cidadão introduziu ambiguidade”. A lei prevê o acesso igual a todos os cidadãos, incluindo os imigrantes.

Para esclarecer as dúvidas de que forma os cidadãos dos países terceiros se relacionam com o SNS foi publicado o Despacho nº 25360/2001. O despacho surge no momento em que aumenta o fluxo migratório em Portugal. Derivado à situação, torna-se imprescindível adotar medidas de integração de cidadãos vindos dos países, principalmente dos de fora da comunidade Europeia. Os imigrantes recorrem aos serviços de saúde na medida das suas necessidades, que por sua vez devem ser disponibilizados a todos independentemente da raça, orientação política, religião, condições económica ou social (Constituição da OMS, de 1946). O documento foi elaborado na altura do XIV Governo Constitucional, e serviu para execução ao ponto 8, da al. d) do capítulo III do programa do Governo. Com isso, os imigrantes que residem legalmente em Portugal têm acesso aos serviços de saúde igual aos dos cidadãos nacionais. Os imigrantes ilegais também podem aceder ao SNS só na condição de pagamento da taxa moderadora. Segundo (Scheppers et al. 2006) as taxas moderadoras podem ser vistas como uma barreira formal, criando iniquidade no acesso de muitos grupos migrantes que geralmente têm as suas possibilidades económicas reduzidas.

---

<sup>9</sup> Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24

Os doentes estrangeiros que não possuem o estatuto legal, mas que são menores de idade<sup>10</sup>, gestantes ou representam perigo para a saúde pública estão isentos de pagamento das taxas (Despacho nº 25360/2001)<sup>11</sup>. Apesar de ser estabelecido no Despacho nº 25360/2001, essa regra nem sempre é do conhecimento dos profissionais de saúde. A falta de conhecimento sobre os direitos dos cuidados de saúde dos imigrantes prejudica o acesso aos serviços de saúde. Conforme a Fonseca et al. (2005), os profissionais de saúde não estão informados que existem serviços gratuitos para migrantes (saúde infantil, gravidez, portadores de doenças infectocontagiosas que apresentam risco para saúde pública). O Quadro 3.5 apresenta os dados recolhidos do Relatório MIPEX (2015) relativamente a informação transmitida as prestadores de serviços sobre os direitos dos migrantes. O Quadro 3.5 demonstra que em Portugal só se transmite a informação as organizações provedoras de serviço ou as organizações transmitem informações sobre esses direitos a seus funcionários.

**Quadro 3.5.** Informações para prestadores de serviços sobre os direitos dos imigrantes

Informações para prestadores de serviços sobre os direitos dos migrantes	Ambos A e B 4	Apenas um deles <sup>16</sup>	Nem 13
A. As organizações provedoras de serviços recebem informações actualizadas sobre os direitos dos migrantes.	BH, FI, MK HU	BE, HR, CY, CZ, EE, FR, GR, IT, NL, NÃO, PT, RO, ES, SE, CH, Reino Unido	BG, DK, DE, IS, IE, LV, LL, MT, PL, SK, SI, TR
B. As organizações transmitem informações actualizadas sobre esses direitos a seus funcionários.			

Fonte: MIPEX (2015)

No relatório consta que: “A falta de informações sobre direitos é uma barreira séria para exercê-las: as pessoas que não conhecem seus direitos não podem reivindicá-las. Infelizmente, essa ignorância pode não estar confinada aos migrantes, porque os funcionários muitas vezes são inadequadamente informados sobre os direitos. Esta situação é agravada quando a legislação é complexa e muda rapidamente (OIM, 2016).

<sup>10</sup> Foi criado o diploma legal específico o Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de Março do acesso aos serviços de saúde dos menores de idade em situação irregular.

<sup>11</sup> Diário da República nº286, II Série, de 12 de Dezembro

Segundo o Despacho nº 25360/2001 para cedência do cartão de utente do SNS aos imigrantes legais é exigido o comprovativo de autorização de permanência ou de residência, ou visto de trabalho em território nacional. A situação altera quando se trata da inscrição no centro de saúde do imigrante ilegal. É necessária a apresentação de um comprovativo emitido pelas juntas de freguesia, que o cidadão estrangeiro permanece há mais de 90 dias em Portugal (Despacho nº 25360/2001).

Após a leitura do Despacho surge a pergunta, como é que o cidadão estrangeiro realiza a sua inscrição no SNS nos primeiros 90 dias da sua permanência em Portugal? Segundo o Manual de Procedimentos Administrativos para inscrição dos imigrantes nos centros de saúde (2007, nº 3.3 al. d, e) o acesso destes imigrantes depende de existência de documento comprovativo do seguro de saúde válido. No caso de ausência de documento, o cidadão tem que suportar o pagamento integral dos cuidados. Os direitos do cidadão estrangeiro a acesso aos serviços de saúde primária estão postos em causa se o imigrante não poder suportar o pagamento. A lacuna existente neste Despacho desencoraja e cria barreiras administrativas de acesso aos serviços de saúde para imigrantes que estão no país a menos de 90 dias. Segundo dados do MIPEX, na vertente de saúde, Portugal é o exemplo de país onde o SNS ainda não cobre os imigrantes durante os primeiros meses. Os Quadro 3.6 e 3.7 comprovam a presença de fatores mencionados acima que impedem o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde.

**Quadro 3.6.** Barreiras administrativas

Discriminação administrativa e documentação para migrantes	Nenhum	A ou B	A e B
A. Exigências administrativas para documentos que podem ser difíceis para os migrantes produzirem.	15	12	7
B. A cobertura para migrantes pode depender de decisões com resultados incertos. Exemplos de A: prova de baixa renda com base em declarações fiscais; documentos de identidade disponíveis apenas da polícia; prova de endereço dos registos da autoridade local.  Exemplos de B: Decisões tomadas por administradores (receptionistas, gerentes), profissionais de saúde fazendo julgamentos clínicos sobre critérios de direito, como "urgência", departamentos financeiros que decidem com que rigor perseguir contas não pagas, etc.	AT, BE, HR, FI, FR, DE, IS, NL, NO, PL, SK, SE, CH, TR, BH	Only A (8): BG, CZ, GR, HU, IT, LT, LU, RO  Only B (4): DK, IE, LV, MT	CY, EE, PT, SI, ES, UK MK

Fonte: OIM (2016)

Contudo, a legislação portuguesa garante o acesso dos imigrantes indocumentados nos casos de emergência aos serviços de hospital, mas a consulta deve ser paga. Como demonstra o Quadro 3.7 o imigrante ilegal não paga se encontrar-se na situação de incapacidade de pagar as suas contas médicas.

**Quadro 3.7.** Condições para inclusão no sistema nacional de cuidados de saúde (cobertura)

Inclusão incondicional (se apenas para atendimento de emergência)	11	AT, EE, FI, DE, IT, LT, RO, SI, SK, SE, GR
Incapacidade de pagar as próprias contas médicas	11	BE, BH, HR, DK, FR, HU, É, IE, NL, PT, UK
Deve pagar prémios de seguro de saúde	2	CH, LU
Deve ter residido por mais de três meses	2	FR, PT
Pagamento de 10 euros por consulta	1	CY

Fonte: OIM (2016)

A situação de incapacidade financeira é difícil de ser provada pelo imigrante, não sendo ele inscrito na segurança social. A imprevisibilidade da cobertura pode ser uma barreira séria para usufruir dela. Os imigrantes indocumentados que acedem aos serviços de saúde correm o risco de enfrentar custos de saúde muito elevados (OIM, 2016).

Além disso, a lei estipula que a situação económica do paciente sempre será levada em conta pelas autoridades aquando da cobrança das despesas incorridas. No entanto, muitos obstáculos administrativos impedem os migrantes indocumentados de uma isenção final (PICUM, 2014). Verifica-se a elaboração de vários documentos de carácter indicativo para as práticas relativas ao acesso dos imigrantes aos serviços e cuidados de saúde. As Circulares - Informativos elaboradas no período entre 2002-2004 são (XV- XVI Governos Constitucionais): nº 14/DSPCS de 02/04/2002 que esclarece o acesso ao SNS dos estrangeiros sem autorização de permanência, residência ou visto de trabalho; nº 48/DSPCS de 30/10/2002 relativamente aos cuidados a prestar aos estrangeiros residentes em Portugal; nº 65 /DSPCS de 26/11/2004 que regulamenta o acesso dos filhos menores dos imigrantes aos cuidados de saúde (Fonseca et al, 2009).

No mandato do XV Governo Constitucional dá-se especial atenção às crianças com estatuto irregular. O Registo Nacional de Menores Estrangeiros que estão em situação ilegal<sup>12</sup> no território de Portugal, criado em 2004, permite aos centros de saúde acompanhar as condições de saúde destas crianças.

Mais tarde em 2009, na legislatura do Governo do Sócrates (XVIII Governo Constitucional), o Despacho n.º 25360/2001 foi complementado pela Circular Informativa da Direção-Geral da Saúde n.º 12/DQS/DMD, de 7 de Maio. No quadro de diminuição de despesa pública, surgem dúvidas relativamente aos procedimentos em matéria de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. No ano seguinte surge a Circular Informativa da Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS n.º 001/2010/AICSTF, de 14 de Setembro de 2010, que vem solicitar às Administrações Regionais de Saúde (ARS) e estruturas das regiões autónomas a informação periódica sobre acesso e financiamento de cuidados de saúde prestados a cidadãos estrangeiros em Portugal. O objetivo era garantir a criação de dados estatísticos que permite a aquisição de informação fiável para futuras decisões nessa área. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é uma entidade administrativa independente que regula a atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, emitiu no ano de 2015 o Relatório de acesso a cuidados de saúde por imigrantes em que apurou um número elevado de barreiras sentidas pelos imigrantes no momento de acesso aos serviços de saúde. Segundo o Relatório (2015:3): “Cada uma das ARS (Administração Regional de Saúde) e a própria ACSS não têm dado cumprimento à obrigação de registar, tratar, monitorizar informação sobre todos os cidadãos estrangeiros que acedem aos cuidados de saúde no SNS”.

Posto isto, a circular vem clarificar o enquadramento e procedimentos de acesso aos cuidados de saúde por imigrantes nacionais de países terceiros, titulares de autorização de residência ou que se encontrem numa situação irregular. No âmbito de projeto de avaliação dos aspetos de saúde pública das migrações da Europa (PHAME) realizado por iniciativa de Escritório regional da OMS para a Europa em que participaram especialistas de vários países, incluindo Portugal, foram entrevistados alguns membros da equipa de saúde que trabalham nos centros de imigrantes.

---

<sup>12</sup>Decreto-Lei n.º67/2004 de 25 de Março

Os especialistas relataram que:

“As circulares administrativas do Ministério da Saúde e instruções sobre questões de imigração podem resultar em práticas administrativas inconsistentes que por sua vez podem limitar o acesso a serviços de saúde para imigrantes sem documentos” (OMS, 2014).

A Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD, nomeadamente no seu n.º 7 prevê que os imigrantes indocumentados têm direitos iguais aos cidadãos nacionais no acesso ao SNS, no caso se eles se encontram em situação de exclusão social ou em situação de carência económica comprovada pelos Serviços da Segurança Social. O Serviço de Jesuítas para os Refugiados considera que as disposições deste artigo não estão a ser concretizadas na prática<sup>13</sup>. Na realidade, não se sabe como se obtém o comprovativo de situação de exclusão social ou situação de carência económica. “Após alguma pesquisa e contactos junto da DGS e do Instituto da Segurança Social, I.P., pudemos concluir que, até à data, o único comprovativo existente é o de insuficiência económica, que é pedido no Portal do Utente, para a obtenção do qual são necessários dados, como o número de utente, de que um imigrante em situação irregular não dispõe, não se encontrando no entanto indicado o serviço competente para a emissão do dito comprovativo” (site oficial de SJR). A descrição da situação acima mencionada indica-nos que existem muitos casos, e este é um deles, em que as leis, circulares e os despachos são parcialmente implementadas, deixando lacunas, que por sua vez causam barreiras de acesso dos imigrantes aos serviços públicos.

O acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde merece atenção nas medidas específicas das políticas públicas de integração dos imigrantes. Até à data foram elaborados e implementados dois planos para integração dos imigrantes. O I Plano<sup>14</sup> abrange o período entre 2007-2009, e o II Plano<sup>15</sup> é de 2010-2013. Atualmente está em vigor até 2020 o Plano Estratégico para as Migrações<sup>16</sup> (2015-2020). O I Plano de integração (2007-2009) dos imigrantes é um documento que pretende introduzir novas iniciativas e simplificar e desburocratizar vários processos. Portugal não possuía

---

13 Serviço de Jesuítas Para os Refugiados enviou acarta no dia 14/03/2014 aos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Saúde, da Segurança Social e das Migrações, para a necessidade de promover um acesso mais alargado e justo ao Serviço Nacional de Saúde por parte dos imigrantes em situação irregular.

<sup>14</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, de 3 de Maio.

<sup>15</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 74/2010, de 17 de Setembro.

<sup>16</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015, de 20 de Março.

nenhum plano de integração dos imigrantes antes. Segundo Peixoto (2004) várias iniciativas foram tomadas para integrar os imigrantes. Em 1991 foi criado o Secretariado Coordenador dos Programas Multiculturais, atual Secretariado Entreculturas.

No ano de 2002 dá-se outro passo importante para promover a integração dos imigrantes e minorias étnicas na sociedade portuguesa, cria-se o Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (Decreto-Lei nº 251/2002 de 22 de Novembro), que mais tarde ganhou a estatuto do Instituto Público, resultado da fusão do ACIMI com a estrutura de apoio técnico à coordenação do Programa Escolhas, da Estrutura de Missão para o Diálogo com as Religiões e do Secretariado Entreculturas (Marques et al., 2007: 42). Em 2004 surge mais um elemento de apoio a integração dos imigrantes, o Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI) em Lisboa e Porto (Marques et al., 2007).

O I Plano de integração promove 122 medidas em diversas áreas e promete: “Afirmção dos direitos e deveres dos imigrantes ...Igualdade de oportunidades para todos, com particular expressão na redução das desvantagens no acesso à educação, ao trabalho, à saúde, à habitação e aos direitos sociais, rejeitando qualquer discriminação em função da etnia, nacionalidade, língua, religião ou sexo e combatendo disfunções legais ou administrativas” (I Plano de integração dos imigrantes:6 (2007-2009)).

As medidas desse documento direcionadas para a área de saúde são a continuação de política de plena integração dos imigrantes desenvolvida pelo governo ao longo dos anos de experiência de Portugal como país recetor de imigrantes. O foco dessas medidas é:

- Promover e executar as ações de formação, educação e de comunicação para combater a falta de informação dos profissionais de saúde e de outras entidades públicas face a diversidade cultural e os direitos e procedimentos administrativos a ter no atendimento do cidadão estrangeiro;
- Para conseguir realizar as tarefas propostas no Plano propõe-se a divulgação da informação relativamente aos serviços de saúde existentes para imigrantes e inculir o hábito de utilização dos serviços de saúde pública por imigrantes;
- Elaboração do Manual de Procedimentos Administrativos para inscrição dos imigrantes nos centros de saúde independentemente do estatuto. O Manual deve ser divulgado a todos os serviços e juntas de freguesia;

- Divulgação de condições de acesso à saúde em embaixadas para que os cidadãos de outros países possam beneficiar de cuidados de saúde;
- Desenvolver ações de formação contínua para desenvolvimento de competências interculturais e linguísticas dos prestadores dos cuidados de saúde.
- A criação nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de um módulo de atendimento telefónico para resolver problemas administrativos de inscrição de imigrantes;
- Garantir o acesso à saúde de cidadãos estrangeiros em situação irregular.

Os autores Norredam e Krasnik (2010), apoiam certas medidas, em especial a necessidade e a falta de intérpretes qualificados. Isso pode originar má comunicação e até desencorajar o acesso aos serviços de saúde (Padilla et al, 2016). A falta de financiamento, ausência de perceção de necessidade de interpretação nos serviços e lacunas na formação do pessoal cria as barreiras para o uso de intérpretes qualificados. A falta de intérpretes cria muitos problemas devido à má tradução, à sensibilidade da comunicação e o *stress* psicossocial para os membros da família, em particular as crianças, que são frequentemente usados como intérpretes nessas situações (Bischoff et al. 2003; Bischoff e Hudelson 2010). Fonseca et al. (2009) reforça que muitos centros de saúde e hospitais não se quer sabem da existência destes serviços.

A medida que garante o acesso à saúde de cidadãos estrangeiros em situação irregular na realidade contradiz com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro que leva à atualização das taxas moderadoras. O acesso à saúde dos cidadãos estrangeiros indocumentados nesse período conforme Padilla (2011) é dificultado ainda mais. Oliveira e Gomes (2018) disponibilizam os dados de uma fonte bastante importante que permite demonstrar de que forma é dada a resposta institucional e como na prática funciona legislação que visa proteger direito a saúde para a maioria dos residentes em Portugal, incluindo os imigrantes. O Quadro 3.8 inclui dados de evolução dos processos acompanhados pelo Provedor de Justiça em questões ligados com o sistema de saúde nos últimos 20 anos.

**Quadro 3.8** Evolução dos processos acompanhados pelo Provedor de Justiça relativas a saúde, por total geral de processos por Ministério da Saúde no período entre 1997-2016.

Ano	Processos sobre saúde					Ministério da Saúde como instituição visada		Total Geral de Processos	
	N	Taxas moderadoras %	Procedimentos administrativos %	Prestação de cuidados %	Outros assuntos %	N	% do total da administração central	N	Processos de saúde %
1997	s.d	s.d	s.d	s.d	s.d	307	9,9	5,038	*
1998	s.d	s.d	s.d	s.d	s.d	292	9,4	5,362	*
1999	s.d	s.d	s.d	s.d	s.d	s.d	s.d	6,664	*
2000	s.d	s.d	s.d	s.d	s.d	295	9,7	5,283	*
2001	s.d	s.d	s.d	s.d	s.d	223	4,3	6,502	*
2002	84	s.d	s.d	s.d	s.d	193	8,9	4,528	1,9
2003	105	s.d	s.d	s.d	s.d	199	7,8	5,113	2,1
2004	140	3,4	38,0	13,0	45,6	201	7,4	5,784	2,4
2005	127	s.d	s.d	s.d	s.d	191	6,2	5,759	2,2
2006	158	1,3	30,4	32,3	36,0	209	5,2	6,377	2,5
2007	168	3,0	27,4	26,8	42,8	255	6,0	6,737	2,5
2008	150	4,0	30,7	14,7	50,6	192	4,4	6,961	2,2
2009	195	5,6	32,8	21,5	40,1	214	5,7	6,749	2,9
2010	148	2,7	27,0	25,0	45,3	129	4,5	6,505	2,3
2011	180	11,1	30,0	10,0	48,9	203	6,3	5,812	3,1
2012	253	41,5	17,8	8,7	32,0	254	6,5	7,027	3,6
2013	314	24,5	23,6	11,5	40,4	356	6,9	8,521	3,7
2014	334	20,7	19,5	15,9	44,0	381	7,6	8,526	3,9
2015	289	18,3	13,1	16,3	52,2	342	13,6	7,335	3,9

Fonte: Oliveira e Gomes (2018)

Embora os dados apresentados no Quadro não se refiram só às queixas dos imigrantes é óbvia a relevância dos mesmos, permitindo mostrar que existem as falhas na prática das políticas de proteção da saúde em Portugal. Segundo Oliveira e Gomes (2018), a situação económica do país e a presença da Troika encontra a sua reflexão nos dados do Quadro. As queixas relativamente às taxas moderadoras começam a disparar em 2011 de 11,1 % e atingem em 2012 o valor histórico de 41,5%. O Quadro 3.8 também demonstra um número elevado das queixas em relação aos procedimentos administrativos. No período entre 2004 e 2011 a percentagem das queixas varia entre 27% a 38%.

O Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro sobre o aumento das taxas moderadoras provoca outras controvérsias como o aumento das barreiras económicas no acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. Segundo Masanet et al. (2012: 21), o aumento do preço das consultas prejudica sobretudo as mães. Se na gravidez elas usufruíam da isenção então a partir de momento quanto a criança nasce a isenção termina. Essa falha na legislação faz com que as mulheres que têm dificuldades financeiras e não estão legalizadas no país fiquem numa situação de maior vulnerabilidade e vêm-se obrigadas a pagar as consultas na totalidade. Padilla (2011)

reforça essa ideia e diz, que:” Estas desigualdades socioeconómicas mostram que a universalidade do Serviço Nacional de Saúde está em risco”. O Quadro 3.9 ilustra o número de imigrantes que recorrem aos serviços de Gabinete de Saúde do CNAIME, que quadruplicou no período entre 2006-2017.

**Quadro 3.9.** Atendimento do Gabinete do CNAIM entre 2006 e 2017

Ano	Atendimento	% Atendimentos saúde por total de atendimentos do CNAIM de Lisboa
2006	610	0,2
2007	636	0,2
2008	631	0,3
2009	720	0,4
2010	744	0,4
2011	856	0,5
2012	844	0,5
2013	1031	0,7
2014	1598	1,0
2015	1865	1,3
2016	2844	1,9
2017	3288	2,4

Fonte: Oliveira e Gomes (2018)

Os dados são calculados através de % de atendimentos por gabinete de saúde no total de atendimentos do CNAI de Lisboa nesse período. Verifica-se o progressivo aumento de atendimento com crescimento significativo em 2011- 0,5% passando a representar 2,4% do total de atendimentos do CNAI de Lisboa em 2017.

O II Plano de integração (2010-2013) dos imigrantes surge como resultado de avaliação do I Plano e identificação das necessidades de intervenção para o período 2010-2013 e integra 90 medidas. O II Plano é fruto de trabalho do XVIII Governo Constitucional liderado pelo José Sócrates. No total são seis as medidas de saúde dos imigrantes, entre elas destacamos três, relacionadas com acesso aos serviços:

- Implementar estratégias que promovam a redução de desigualdades em saúde, nomeadamente através da adequação de recursos e desenvolvimento de medidas que permitam ou contribuam para dar resposta às necessidades dos imigrantes;
- Divulgar a informação, junto dos imigrantes, sobre os seus direitos e deveres no que respeita ao Serviço Nacional de Saúde (SNS);

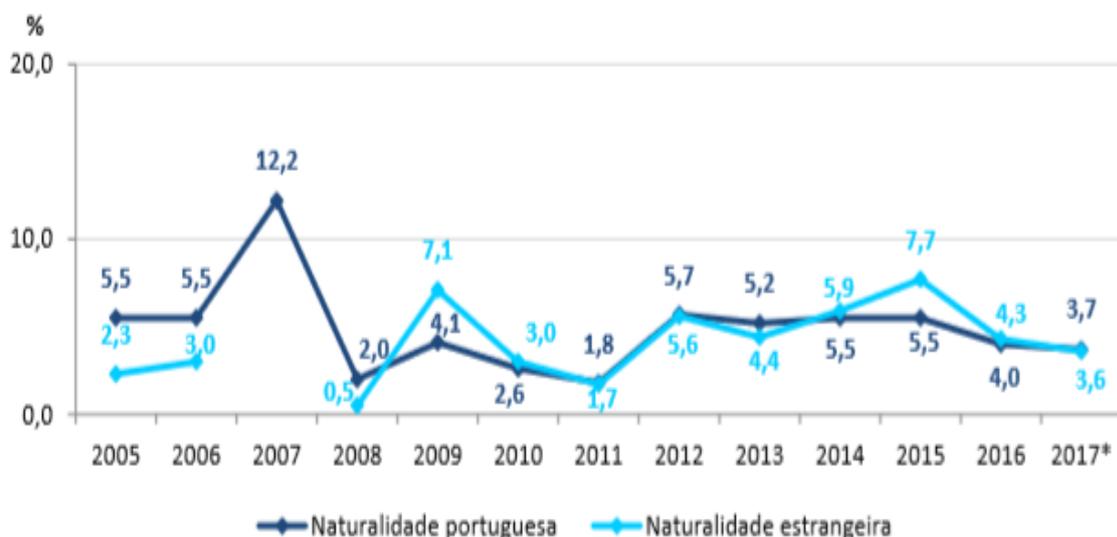
- Promover as parcerias para a promoção do acesso dos imigrantes à saúde em Portugal com diferentes atores sociais (as organizações do sector público e privado, às organizações não governamentais, associações civis, religiosas, de ação social e outros sectores da sociedade).

A medida relativamente à divulgação da informação junto dos imigrantes, sobre os seus direitos e deveres no que respeita ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi mencionada também no I Plano de integração dos imigrantes (2007-2009). Como o Relatório da MIPEX (2015) também o Relatório do PICUM (2014) sublinha que em Portugal verifica-se a falta de informação existente entre o administrador de saúde e os próprios migrantes. E, por vezes, muitas autoridades locais encarregues de implementar a lei carecem de informações sobre os direitos dos migrantes indocumentados e, assim, podem negar ou recusar ilegalmente reconhecer o direito dos imigrantes indocumentados a aceder a cuidados de saúde subsidiados particularmente. Como consequência, surgem um número crescente de obstáculos diretos e indiretos ao acesso à saúde por parte dos imigrantes.

Outra medida que visa implementar estratégias que promovam a redução de desigualdades em saúde, nomeadamente através da adequação de recursos e desenvolvimento de medidas que permitam ou contribuam para dar resposta às necessidades dos imigrantes, na realidade nem sempre funciona. O relatório da ERS (2015) destaca os constrangimentos causados por sistemas informáticos, que não permitem registar os imigrantes indocumentados, o que provoca a criação de barreiras de acesso aos serviços de saúde. A incapacidade do sistema informático nestes casos não permite recolher a informação e efetuar a monitorização da realidade. ARS Lisboa e Vale do Tejo relatam as dificuldades existentes da inscrição e da prescrição eletrónica no SNS de imigrantes em situação irregular e requerentes de asilo, por não terem o número de utente. Isso traz constrangimentos de registar alguns direitos no acesso à saúde nas plataformas informáticas, mesmo se estes direitos estão previstos e garantidos por lei. É impossível pedir a isenção da taxa moderadora para as crianças, grávidas, pessoas em situação de exclusão social e carência económica.

Oliveira e Gomes (2018) fazem comparação de necessidades não satisfeitas de consulta médica segundo a naturalidade (Figura 3.7) recorrendo aos dados do INE. Esses dados indicam que o desenvolvimento de medidas que permitam ou contribuam para dar resposta às necessidades dos imigrantes falham.

**Figura 3.7.** As necessidades não satisfeitas de consulta médica nos últimos 12 meses, segundo a naturalidade

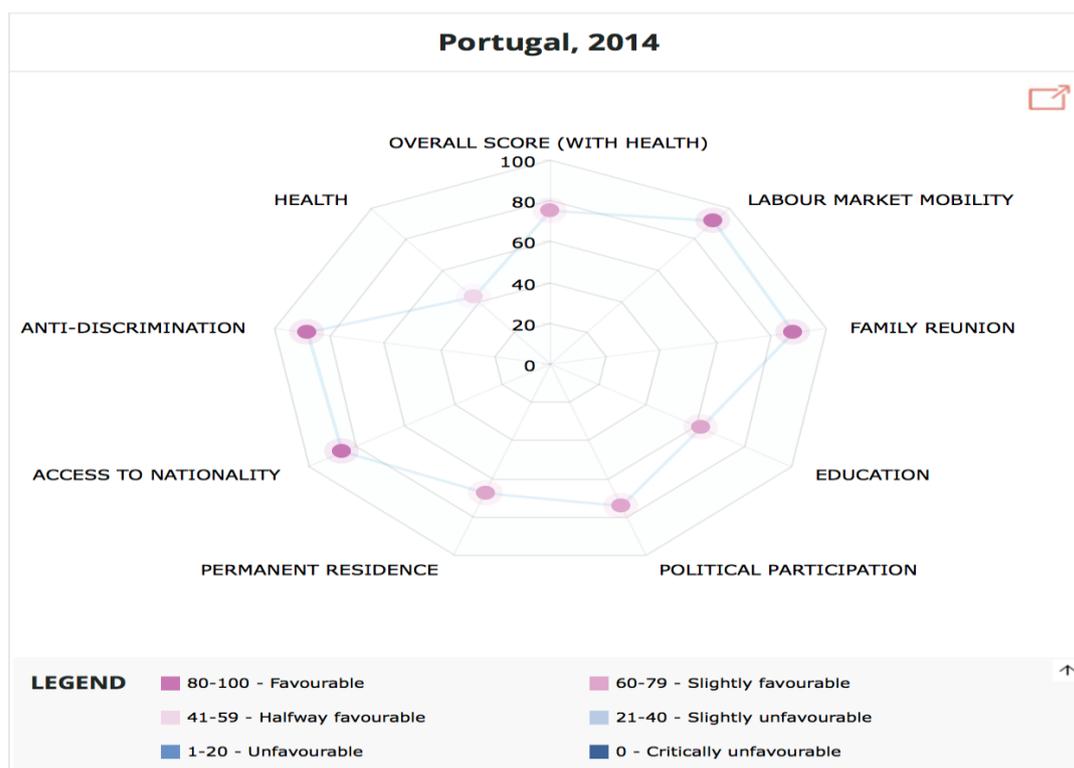


Fonte: Oliveira e Gomes (2018).

Verificamos dois picos de aumento de dificuldades no acesso e uso de serviços de saúde por naturais estrangeiros referentes aos anos 2009 e 2015. São anos em que o país começa a sentir as dificuldades económicas, a situação antes e durante a recessão económica. A Figura 3.7 evidencia a percentagem que começa a subir a partir de 2011 e atinge o seu auge em 2015 (em 2011- 1,7%, e em 2015-7,7 %). Além das medidas direcionadas aos imigrantes, importa mencionar os Planos Nacionais de Saúde de 2004-2010 e de 2011-2016. O Plano Nacional de Saúde de 2004-2010 foi avaliado pelo Escritório Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde (OMS). A iniciativa decorreu por parte de Alta Comissária de Saúde, Maria Céu Machado. Verificou-se a existência de lacunas significativas na variedade de opções de políticas. No Plano fazem-se muitas menções às desigualdades na saúde e foco de atenção são pobres em geral, sem especificar uma estratégia clara sobre como reduzir essas desigualdades. Também não foram implementados os indicadores e metas para monitorização de desigualdades. Os indicadores importantes de desigualdade como barreiras de acesso e os determinantes financeiros da utilização do serviço de saúde considerado pelo OMS como a lacuna do Plano Nacional de Saúde. (IOM, 2010). No entanto, todas as políticas e a legislação produzida antes da nossa pesquisa descrita até este ponto e as possíveis barreiras que surgem no acesso dos imigrantes aos serviços de saúde pública foram apreciadas no Relatório do MIPEX (2015). MIPEX apresenta os indicadores que medem o nível de integração dos imigrantes nas vertentes como

políticas de educação, política laboral, políticas de acesso à nacionalidade e outras (Figura 3.8). A partir da observação do quadro constata-se que a saúde é uma das áreas com menos pontuação. É a área onde existem mais barreiras à integração dos imigrantes, apesar de Portugal ocupar o segundo lugar entre países que melhor acolhe e integra os imigrantes (MIPEX, 2015).

**Figura 3.8.** Nível de integração dos imigrantes. Resultados do MIPEX

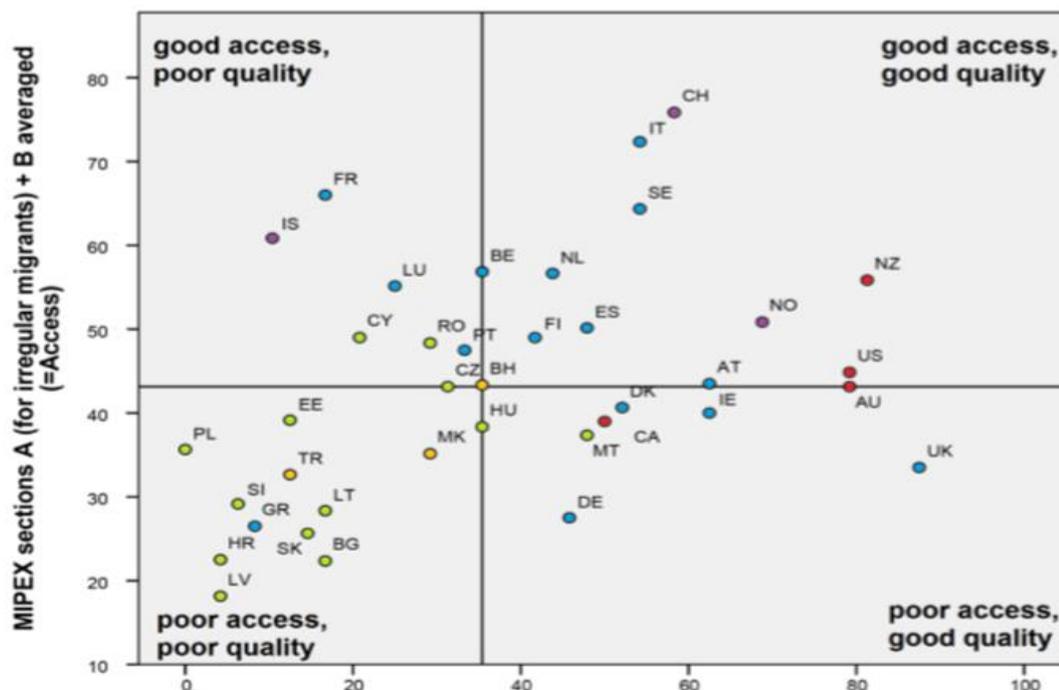


Fonte: MIPEX (2015)

Os imigrantes indocumentados continuam a ter dificuldades no acesso aos serviços de saúde pública. O estudo MIPEX confirma que os imigrantes sem documentos quase em todos os países de acolhimento têm um nível muito baixo de autorização para aceder aos serviços de saúde. O relatório inclui Portugal na lista dos países em que as políticas de saúde estão longe de alcançar os resultados desejados. A saúde dos migrantes surge como uma área de investigação recente no MIPEX e é considerada uma das principais áreas de fraqueza de Portugal. Isso acontece devido à existência de barreiras administrativas de dois tipos: como julgamentos discricionários e / ou documentação difícil de ser obtida pelos migrantes. A crise económica em Portugal deixou as suas marcas. Como resultado, os pacientes migrantes encontram mais obstáculos administrativos ao exercício de seus direitos e serviços de saúde menos responsivos.

O Estudo MIPEX utilizou, entre outras, duas variáveis, como: o acesso e qualidade dos serviços de saúde para analisar a prioridade que cada país dá a cada um desses dois aspetos da política de saúde dos migrantes.

**Figura 3.9.** Relação entre acesso e qualidade



Fonte: MIPEX (2015)

A Figura 3.9 demonstra que, apesar de Portugal ocupar um lugar de um dos países com bom acesso a sistema de saúde, ainda persistem barreiras que influenciam a qualidade dos serviços prestados aos imigrantes. Os direitos fundamentais tradicionalmente garantidos ao imigrante e que ajudam na inclusão, por um lado, e isenções na lei, por outro lado, foram minados por problemas de documentação e descrição. Sobretudo os imigrantes sem documentos e os requerentes de asilo têm direitos de saúde bastante fracos. Portugal ocupa o 33º lugar entre 38 países (MIPEX, 2015).

O relatório PICUM (2014) também revela que realidade dos imigrantes indocumentados em Portugal é um verdadeiro problema. As inúmeras reclamações levadas ao governo por várias organizações não estão sendo atendidas. As leis e medidas não atingem o seu verdadeiro objetivo, exemplo disso é as inúmeras barreiras que imigrantes enfrentam no acesso aos serviços de saúde. A responsável do Gabinete de Saúde no CNAIME pronunciou-se, dizendo que várias reclamações e propostas de alteração e esclarecimento adequado da legislação do acesso dos imigrantes aos serviços

de saúde foram apresentadas ao governo e entidades responsáveis. A responsável do gabinete depara-se na prática com casos de:

“Mal interpretação da lei, ausência de interpretações claras ou clarificação o que esta na lei, erros conceptuais na legislação. A Circular Informativa da Direção-Geral da Saúde n.º 12/DQS/DMD, de 7/0572009 de 2009, que vinha esclarecer o processo de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde não trouxe nada de novo... continua insuficiente, contraditório e tem os mesmos erros, tirando n.º 7 da respetiva Circular” (Oliveira e Gomes, 2018)

Outro exemplo de chamada de atenção ao Governo português e sinal que as políticas de saúde dos imigrantes falham e não atingem os seus objetivos consiste nas dificuldades que os imigrantes enfrentam no acesso aos serviços de saúde que parte do Grupo de Mulheres da Solidariedade Imigrante. A coordenadora do grupo revela que muitas queixas trazidas por mulheres grávidas em situação irregular resultam de negação de acesso aos serviços de saúde ou assistência médica (Grupo Parlamentar, 17 de Janeiro, 2017).

Na imprensa portuguesa surgem várias publicações que evidenciam as falhas das políticas direcionadas à saúde e ao acesso dos imigrantes aos serviços de saúde pública. O Jornal de Notícias (14 de Maio, 2018) anuncia a maior manifestação de imigrantes irregulares de todo o país. O protesto é organizado por associação de Solidariedade de Imigrantes e tem como objetivo permitir a legalização dos imigrantes irregulares que durante anos fazem descontos para a segurança social e não têm acesso aos serviços de saúde e nos casos quando conseguem aceder são obrigados a pagar taxas muito elevadas. O presidente da associação, Timóteo Macedo afirmou: “Os imigrantes contestam uma lei que torna impossível a legalização e atira os imigrantes para condições desumanas. Um dos problemas é o acesso aos cuidados de saúde. Há milhares de pessoas que não têm cartão para ir ao hospital e pagam balúrdios por situações de rotina. No entanto, fazem os seus descontos. E isto não é justo”.

Após o levantamento dos dados, realizado pela associação, relativamente as condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde verificou-se que existem casos de discriminação. Enquanto um cidadão nacional ou um imigrante legalizado paga pelos serviços de urgência hospital os 20 euros o imigrante sem documento paga em média 90 a 130 euros. Foi identificado o caso de uma grávida de cinco meses que não era recebida em nenhum centro de saúde por não ter cartão de utente<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup>Marina Bertolami realizou o estudo promovido pela associação Solidariedade Imigrante.

Contudo, concluímos a nossa pesquisa com as falhas que Relatório da ERS (2015) identificou:

- ✓ As falhas do sistema nem sempre permitem o cumprimento das indicações dos Despachos, Circulares e Manuais;
- ✓ Persistem as barreiras que podem limitar esse acesso e que são sentidas, especialmente, pelos imigrantes em situação irregular;
- ✓ Não há um efetivo conhecimento da realidade relativamente aos utentes, cidadãos estrangeiros, seja no que respeita à sua identidade, à sua nacionalidade e sua origem, seja ainda relativamente aos cuidados que são prestados e aos valores que lhes são efetivamente cobrados;
- ✓ Esta falta de conhecimento limita a capacidade de desenvolver políticas que promovam melhor acesso pelos imigrantes aos cuidados de saúde que lhes são legalmente salvaguardados;
- ✓ As restrições no acesso fundamentam desigualdades, podendo resultar em situações divergentes das características da universalidade, equidade e generalidade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

## CONCLUSÃO

Partimos para esta pesquisa com o objetivo de identificar as principais dificuldades que os imigrantes enfrentam no acesso aos serviços de saúde pública, considerando as políticas de integração dos imigrantes em Portugal. Nesta perspetiva, e com base no modelo teórico de análise de políticas migratórias criado por Czaika e de Haas (2011), analisamos os determinantes estruturais para perceber se eles facilitam ou impedem o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes em Portugal no período em estudo (2000- 2015). Os determinantes estruturais, segundo Oliveira e Gomes (2018), “...se relacionam com os fatores de natureza legal, institucional e administrativa “.

O modelo teórico no nosso estudo serve de suporte para analisar as políticas de imigração e as políticas de saúde dirigidas aos imigrantes. A estrutura adotada está composta por três etapas de análise de políticas públicas de migração. Cada etapa, por sua vez, inclui fatores que podem ter influência nos discursos das políticas públicas, na implementação e no resultado final das políticas e ao mesmo tempo criar lacunas discursivas, de implementação e de eficácia. Tendo em conta o período limitado de pesquisa e escassez de informação fidedigna no âmbito do nosso estudo, testamos o modelo parcialmente, ou seja, apenas as primeiras duas etapas.

A análise da primeira etapa faz-se a partir de observação de programas políticos de Governos Constitucionais e permite constatar que, independentemente do partido político que esteve no poder durante 15 anos, de ano 2000 a ano 2015, incluem o tema de imigração e saúde dos imigrantes nas suas agendas. Verificou-se que Portugal aborda a questão de imigração na base de aceitação e integração, em vez de controlo e expulsão, independentemente do partido no poder ou da coligação. Também identificámos que, enquanto os XV e XIX e XX governos, pertencentes ao PSD/CDS-PP, na maioria das vezes, têm como maior objetivo restringir e controlar a entrada dos imigrantes no território nacional, o PS desenvolve políticas de maior integração dos imigrantes. Portanto, nessa parte da nossa pesquisa, não se conseguiu apurar a influência do fator do contexto político como um dos indicadores de barreiras discursivas no acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. Em contrapartida, a análise de contexto económico do país, que segundo Ingleby (2005) é um dos indicadores que causa barreiras de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde pública comprovou que existe uma relação direta entre a situação económica em que se encontra o país e o surgimento de barreiras ao acesso dos serviços de saúde por parte dos imigrantes. A crise económica que acabou por levar Portugal a uma estagnação de economia de mais

de uma década. A entrada no Euro e déficit orçamental excessivo levou à introdução de fortes medidas de austeridade e consolidação orçamental. A chegada da Troika em Abril de 2011 significou para Portugal a introdução do programa de ajustamento económico e financeiro. A redução dos custos na saúde, além de população nativa, afeta também em grande parte os imigrantes indocumentados que não têm os seus direitos sociais mínimos assegurados. Os fatores acima mencionados têm forte influência no surgimento de barreiras ao acesso dos imigrantes aos serviços de saúde.

Na segunda etapa, a análise faz-se a partir de interpretação da legislação existente em Portugal, no período em estudo (2000-2015), relativamente ao acesso dos imigrantes aos serviços de saúde e chegámos à conclusão de que existem divergências entre o que diz a legislação elaborada e implementada e o que se verifica na realidade. Através de legislação, Relatórios do MIPEX (2015), PICUM (2014), ERS (2015) e algumas publicações de jornais que conseguimos obter como o auxílio para a nossa pesquisa foi possível identificar a existência de fatores que são considerados como razão das barreiras que podem surgir na implementação das políticas. Entre eles: a autonomia e a discricionidade; o desconhecimento da legislação da parte dos imigrantes e funcionários dos serviços de saúde; as elevadas taxas moderadoras; a estrutura institucional; a falta de comunicação e coordenação ao nível de SNS. Foi possível identificar que a discricionariedade dos serviços do SNS, a burocracia e a complexidade dos procedimentos administrativos surgem como principais fatores que afetam e criam as barreiras administrativas de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. As leis complexas e parcialmente implementadas também causam dificuldades ao acesso. Os dados apresentados no MIPEX (2015) demonstram que as barreiras de implementação geralmente surgem “...não porque uma política de governo é implementada de maneira insatisfatória, mas sim, porque ela entra em conflito com outras políticas”. Verificou-se que as medidas nos Planos de Integração e a legislação que promovem o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde entram em conflito com as políticas que exigem a redução dos custos. No caso das medidas de austeridade que levaram à redução das despesas com saúde. Apesar de existência de planos nacionais, circulares e manual que esclarece como se processa o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde os prestadores de serviços em diferentes centros de saúde, segundo MIPEX (2015) “...podem ter suas próprias políticas que se opõem a essas leis”. Os funcionários, principalmente os administrativos, criam as barreiras no acesso dos imigrantes à saúde. Muitos desconhecem como se processa o acesso dos imigrantes indocumentados aos serviços

de saúde, alguns cobram as taxas moderadoras elevadas aos imigrantes que por lei gozam de isenção de pagamento, como no caso das grávidas, menores e imigrantes que apresentam o perigo para saúde pública (doenças transmissíveis e contagiosas). Aos imigrantes são exigidos documentos que para eles é impossível obter. Segundo WHO (2010:16): “Enquanto nós encontramos administradores locais que implementam a lei muito generosamente, organizando campanhas de informação ou adotando diretrizes para alcançar a uniformidade, há outros administradores que discriminam ou introduzem requisitos adicionais ilegais para dificultar o acesso aos serviços de saúde”.

Concluindo podemos dizer que os dados do MIPEX permitem-nos constatar que a área de saúde dos migrantes surge como uma das principais áreas de fraqueza de Portugal. Ao mesmo tempo, o Relatório do PICUM (2014) revela que realidade dos imigrantes indocumentados em Portugal é um verdadeiro problema. Também a criação do Gabinete de Saúde no CNAIM, como resultado de inúmeras queixas de dificuldades dos imigrantes no acesso aos serviços de saúde, pode-se considerar como um sinal que na realidade existem lacunas na legislação que não permitem oferecer o acesso equitativo e universal como se declara na Constituição e Lei das Bases de Saúde (1990).

Relativamente a desenvolvimentos futuros, importa referir a importância de dar a continuação da pesquisa. Este estudo deixa em aberto a questão da análise de resultados finais de políticas de saúde dirigidas aos imigrantes. Esta questão pode ser um ponto de partida para futuras investigações.

## BIBLIOGRAFIA

- Adão e Silva, Pedro (2002), O Modelo de Welfare State da Europa do Sul, *Sociologia*, problemas e práticas, nº 38, pp. 25-59.
- Alenikoff, A. e Klusmeyer, D. (2000). *From Migrants to Citizens: Membership in a Changing World*. Washington, DC: Carnegie Endowment for International Peace.
- Andrade, Inês (2008) *Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa*. Lisboa: ACIDI.
- Arruda, Aline Maria Thomé (2015). A relação entre o Estado e a imigração: aspetos pertinentes para análise dos casos brasileiros e canadense. *Cadernos OBMigra*, Vol. 1, nº3.
- Asensio, Maria e Padilla, Beatriz (2018). Imigração, Integração e Cidadania em Portugal. O Caso da Política da Saúde em Portugal. I Congresso Internacional sobre Gestão Pública e Saúde. Universidade de Brasília (Brasil).
- Backstrom, Barbara (2002). Os imigrantes e a saúde em Portugal. Lisboa: ACIDI. pp. 341-351.
- Backstrom, Bárbara et al. (2009). Imigração e saúde - O Gabinete de Saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, em *Revista Migrações*, Abril, n.º 4, Lisboa: ACIDI, pp. 161-189.
- Baganha, M.I. e Marques, J.C. (2001). *Imigração e política: o caso português*, Lisboa, FLAD.
- Baganha et al. (2004). Novas migrações, novos desafios: A imigração do Leste Europeu. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. N.º 69. Outubro, pp. 95-115.
- Baganha, M. I. (2005). Política de imigração: a regulação dos fluxos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 73.
- Baganha, M. I. (2009). The Lusophone Migratory System: Patterns and Trends. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2009.00522.x>
- Bento, Fábio R. (2002). *Viver e Compreender a Sociedade: Ensaio de introdução à Sociologia*. Tubarão: Editora Unisul.
- Bhagwati, Jagdish (2003). Borders beyond control, *Foreign Affairs* (January/February), pp. 98–104.
- Bischoff, A. et al. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*, 57(3): 503–12.

- Bischoff, A. e Hudelson, P. (2010). Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7 (7): 2838– 44.
- Boaventura Santos, de Sousa (1987). O Estado, a Sociedade e as Políticas sociais. O caso das políticas da saúde. *Revista científica em ciências sociais* nº 23, Setembro.
- Boaventura Santos, de Sousa (1995), Sociedade - Providência ou Autoritarismo Social? *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Vol. 42, pp. 1-4.
- Boaventura Santos, de Sousa (2004). Do pós-moderno ao pós-colonial: e para além de um e de outro. Conferência de abertura do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra, 16 Setembro, p.45. Disponível em: [www.ces.uc.pt/misc/Do\\_pos-moderno\\_ao\\_pos-colonial.pdf](http://www.ces.uc.pt/misc/Do_pos-moderno_ao_pos-colonial.pdf)
- Bollini, Paola (1992). Health policies for immigrant populations in the 1990s. A comparative study em seven receiving countries. *International migration*, Vol.30, pp. 103-119.
- Boswell, Christina e Geddes, Andrew (2011). *Migration and Mobility in the European Union*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bryner, Gary C. (2010). Organizações Públicas e Políticas Públicas. In: Peters, B. Guy; Pierre, Jon. *Administração Pública: coletânea*. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, p. 315-333.
- Canotilho, J. Gomes (2000). *Direitos Humanos, Estrangeiros, Comunidades Migrantes e Minorias*, Oeiras, Celta Editora, p. 287.
- Carling, Jorgen (2002). Migration in the age of involuntary immobility: Theoretical reflections and Cape Verdean experiences, *Journal of Ethnic and Migration Studies* nº 28, pp. 5–42.
- Carmo, Renato Miguel e André Barata (2014). *Estado Social, De todos para todos*. Lisboa, Tinta-da-china.
- Carvalho, João (2009). *A Política de Imigração do Estado Português entre 1991 e 2004*, Lisboa, ACIDI.
- Carvalho, Tomas (2012). *Virtualidades e fragilidades das políticas de integração de imigrantes: a realidade do Município do Seixal*. Lisboa: ISCTE-IUL. Tese de doutoramento. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle>
- Castles, Stephen (2000). International Migration at the Beginning of the Twenty First Century: Global Trends and Issues, *International Social Sciences Journal*, UNESCO, nº. 165, pp. 269-281.

- Castles, Stephen (2004). Por qué fracasan las políticas migratorias? *Migraciones*, n.º 15, pp.147-184.
- Castles, Stephen (2005). *Globalização, Transnacionalismo e Novos Fluxos Migratórios dos Trabalhadores Convidados às Migrações Globais*, Lisboa, Edições Fim de Século.
- Castles, Stephen e Miller, Mark J. (2009). *The Age of Migration*. Palgrave Macmillan: Houndmills.
- Chauvin, P., Parizot, I. (2007). *Inquérito Europeu sobre o acesso aos cuidados de saúde das pessoas em situação irregular*. Paris: Observatório Europeu de acesso à Saúde de Médicos do Mundo.
- Council of the European Union (2004). *Joint report by the Commission and the Council on Social Exclusion (Report 7101/04)*, Brussels.
- Council of the European Union (2006). *Council Conclusions on Health in All Policies (HiAP)*. Brussels.
- Correia da Silva, F. (2013). *Os portugueses e o Estado-Providência : uma perspectiva comparada*. Instituto de Ciências Sociais. Lisboa.
- Costa, I., Ramos, N., Silva, A.O. (2012). “Avaliação do acesso aos serviços de saúde por imigrantes brasileiros em Portugal”, pp. 1-14. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/NR> e...
- Czaika e de Haas (2011). *The effectiveness of immigration policies: A conceptual review of empirical evidence*. DEMIG/IMI Working Paper, International Migration Institute, University of Oxford.
- De Haas, Hein (2006). “Turning the tide? Why ‘development instead of migration’ policies are bound to fail”. In *Working Papers International Migration Institute*, University of Oxford
- De Haas, Hein (2011). “The determinants of international migration,” DEMIG Working Paper 2, International Migration Institute, University of Oxford.
- De Haas, Hein e Vezzoli, Simona (2011). “Leaving matters: evolution and effects of emigration policies”. DEMIG/IMI Working Paper 34. International Migration Institute, University of Oxford.
- Dias, Sonia (2011). “Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes. A perspetiva dos profissionais de saúde”. *Acta Med. Port.*, 24 (4): 511-516.

- Dias, S. et al. (2018). Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes, Coleção de Estudos do Observatório das Migrações, Vol. 62, Lisboa: ACM.
- Dionísio, Elsa (2007). Políticas locais e acção colectiva dos imigrantes da Europa do Leste, no concelho de Lisboa. Tese de mestrado em Relações internacionais, Universidade Aberta, Lisboa.
- EC (2013). The EU rights of victims of trafficking in human beings. Brussels: European Commissions. Disponível em: [http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/e-library/docs/thb\\_victims\\_rights\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/e-library/docs/thb_victims_rights_en.pdf)
- ERS (2015), Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Disponível em: [https://www.ers.pt/writer\\_file/document/Est...](https://www.ers.pt/writer_file/document/Est...)
- Esping-Andersen, G. (1990). The three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity.
- Estrela, Paulo (2009), “A saúde dos imigrantes em Portugal”, Revista Portuguesa de Clínica Geral, nº 25, pp. 45-55.
- Ferrera, M. (1996). The “southern model” of welfare in social Europe. Journal of European Social Policy, London, Vol. 6, nº.1, pp. 17-37, Feb.
- Ferreira, Eduardo de Sousa e Rato, Helena (2000). Economia e Imigrantes, Contribuição dos Imigrantes para a Economia Portuguesa, Oeiras, Celta editora.
- Figueiredo, Joana Miranda (2005). Fluxos Migratórios e Cooperação para o Desenvolvimento. Realidades compatíveis no contexto Europeu? Lisboa, ACIDI.
- Fitzgerald, Jennifer et al. (2014). Defying the Law of Gravity: the political economy of international migration’, World Politics, 66 (3), 406 – 55.
- Fonseca, Maria Lucinda, Jorge Malheiros e Sandra Silva (2005). Current Immigration Debates in Europe: a publication of the European Dialogue – Portugal”. Disponível em: [http://www.archive.migpolgroup.com/public/docs/141.EMD\\_Portugal\\_2005.pdf](http://www.archive.migpolgroup.com/public/docs/141.EMD_Portugal_2005.pdf)
- Fonseca, M. et al. (2009). 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. Departamento de Geografia. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos. Universidade de Lisboa
- Fonseca, M.L. e Silva, S. (2010). Saúde e Imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça, Coleção de Estudos do Observatório da Imigração, Vol. 40, Lisboa: ACIDI.

- FRA (2011) Migrants in an irregular situation: Access to healthcare in 10 European Union member states. Vienna: EU Fundamental Rights Agency. Disponível em: [https://fra.europa.eu › default › files › fra\\_uploads](https://fra.europa.eu › default › files › fra_uploads).
- Freeman, Gary (1995). “Modes of Immigration Politics in Liberal Democratic States”, *International Migration Review*, 29 (4), pp. 881 – 913.
- Furtado, Cláudia, Pereira, João (2010), *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa.
- Geddes, Andrew (2003). *The Politics of Migration and Immigration in Europe*. London: Sage Publications.
- Grupo Parlamentar (2017). *Acesso de imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde*. 17 de Janeiro.
- Hollifield, James F. (2000), *The politics of international migration – How can we «bring the State back in»?*, in Brettell, Caroline B. e James F. Hollifield (Ed.), *Migration Theory – Talking Across Disciplines*, Nova Iorque, Routledge, pp. 137-185.
- Hollifield, James F. (1992). “Migration and International Relations: Cooperation and Control in the European Community,” *International Migration Review*, 26/2: 568-595.
- Hollifield, James F. (2012) *Why do states risk migration?* 22nd World Congress of Political Science, *Reshaping Power, Shifting Boundaries*, July 8-12, 2012, Madrid, Spain.
- Hobsbawm, Eric (1995). “Era dos Extremos: O breve século XX: 1914 -1991”. 2 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995
- Hogwood, B., & Gunn, L. A. (1984). *Policy Analysis for the Real World*. New York: Oxford University Press.
- Howlett, Ramesh e Perl, A. (2009). “Studying Public Policy, Policy Cycles and Policy Subsystems,” Oxford University Press, Toronto.
- INE (2007). *Despesas, receitas e défice orçamental em relação ao PIB*. Disponível em: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- INE (2016). *Despesas públicas em saúde em % do PIB (2000-2015)*. Disponível em: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Ingleby et al. (2005). “The role of health in integration. In Fonseca M.I. e Malheiros J. *Social Integration and mobility: education, housing and health*. IMIS-COE Cluster B5 State of the art report, Estudos para o planeamento regional e Urbano nº67, pp.88-

119. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos. Disponível em: <http://www.ercomer.eu/downloads/ingIV.doc>
- Ingleby, D (2006). ‘Getting multicultural healthcare off the ground: Britain and the Netherlands compared’. *International Journal of Mental Health and Social Care*2, 4-15.
- Ingleby, D. E Petrova - Benedict, R. (2016). Recommendations on access to health services for migrants in an irregular situation: an expert consensus. Brussels: IOM Regional Office Brussels. Disponível em: <http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>
- Jornal Nacional (2013). Imigrantes ilegais e pessoas sem cartão de utente sem acesso à saúde. 24 de Março. Disponível em: <https://www.jn.pt › sociedade › saude › interior › imigrantes-ilegais-e-pess...>
- Jornal Nacional (2018). Imigrantes em protesto contra falta de documentos, 14 de Maio. Disponível em: <https://www.jn.pt › nacional › interior › mais-de-uma-centena-de-imigrant...>
- Kripka, R., Scheller, M. e Benotto, D. (2015). Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de investigaciones UNAD*, Vol.14, nº2, Julho- Dezembro. Disponível em: <hemeroteca.unad.edu.co › article › viewFile>
- Kymlicka, Will e Norman, Wayne (1994). Return of the Citizen: A Survey of Recent Work on Citizenship Theory. *Ethics*, Vol. 104, No. 2 (Jan., 1994), pp. 352-381. The University of Chicago Press Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/2381582>
- Legido-Quigley et al.(2016), “Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal”, in *Health Policy*, pp. 833-839.
- Lipsky. M. (1980). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. NY: Russell Sage Publications.
- MIPEX (2015). Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Reports. Brussels: IOM, Migration Research series, nº52. Disponível em: [www.iom.int](http://www.iom.int).
- Malheiros, Jorge. (2001). *Transnacionalismo e Inovação*. Tese de Doutoramento em Geografia (Geografia Humana), apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.
- Malheiros, Jorge. (2007). “Imigração Brasileira em Portugal - Os Brasileiros em Portugal (a síntese do que sabemos).” Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), Lisboa. ISBN 978-989-8000-30-9. p11-38.

- Malheiros, Jorge (2011). Acesso a habitação e Problemas Residenciais dos Imigrantes em Portugal. Observatório da Migração. ACIDI.
- Malheiros, Jorge e Alina Esteves (2013), Diagnóstico da População Imigrante em Portugal, Desafios e Potencialidades, Lisboa, ACIDI.
- Manual de Procedimentos: Acesso à Saúde de Cidadãos/as Estrangeiros/as (2007). Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/manual-de-ac...>
- Marques R. et al. (2007). “Acolhimento e Integração dos Imigrantes em Portugal”. Editado por: Organização Internacional para as Migrações.
- Masanet et al. (2012). A competência cultural dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: algumas notas preliminares. *Iberoamerican Journal of Health and Citizenship*, Vol. I, nº. 1, pp. 6-18.
- Matias, Gonçalo S. e Martins, Patrícia (2007). A Convenção Internacional sobre a Proteção dos Trabalhadores Migrantes e Membros das Suas Famílias. Perspectivas e paradoxos nacionais e internacionais em matéria de imigração. Coleção Estudos OI, nº25, Lisboa: ACIDI. Observatório da Imigração.
- Meyers, Eytan (2000). “Theories of International Immigration Policies: A Comparative Analysis”. In *International Migration Review*, nº 34, pp. 1245-1283.
- Mirivolic, Nikola (2014). “Regime type, international migration, and the politics of dual citizenship toleration.” *International Political Science Review*, published online before print, May.
- Mladovsky, P. (2007). Migration and health in the EU. Research note for EC Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Unit E1-Social and demographic analysis. Disponível em: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/docs/social\\_situation/rn\\_migration\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/rn_migration_health.pdf)
- Mladovsky, P. (2009). A framework for analysing migrant health policies in Europe. *Health Policy*, 93 (1): 55–63.
- Morgan D. e Astolfi, R. (2013).” Health spending growth at zero: which countries ,which sectors are most affected? OECD Health Working Paper, N°60, OECD publishing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/5k4ddlst95xv-n>.
- Mozzicafreddo, Juan (1992). “Estado de Providencia em Portugal: estratégias contraditórias”. *Sociologias. Problemas e práticas*. N 12, pp.57-89
- Mozzicafreddo, J. (2000). Estado-Providência e Cidadania em Portugal. Lisboa: Celta Editora.

- Neves, José (2014). “The foreign road to the homeland. Paris and the national turn of a Portuguese communist”, em *Twentieth Century Communism*.
- Norredam, M., Nielsen, S.S. e Krasnik, A. (2010). Migrants’ utilization of somatic healthcare services in Europe – a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20, 555-563.
- OIM (2010). *World Migration Report (2010). The Future of migration: building capacities for change*. Disponível em: <http://www.iom.int>
- OIM (2016). *Recommendations on Access to health services for migrants in an irregular situation: an expert consensus*. Brussels: Regional Office Brussels, Migration Health Division. Disponível em: <http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>
- Oliveira, Catarina Reis de (coord.) e Gomes Natália (2014). Monitorizar a integração de Imigrantes em Portugal. *Relatório Estatístico Decenal, Observatório das migrações*, 1, Alto Comissariado para as Migrações (ACM), pp. 222. Disponível em: <https://www.om.acm.gov.pt › relatorios-decenais>
- Oliveira, C. R. e Gomes, N. (2018), *Migrações e Saúde em números: o caso português, Caderno Estatístico Temático # 2, Coleção Imigração em Números do Observatório das Migrações* (coord. C. R. Oliveira), Lisboa: ACM.
- Oliveira Sabala, Yago (2015). “Migrações, Alteridades e Estilos de Vida. O estudo de caso da aldeia de Santa Margarida da Serra, no concelho de Grândola. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Universidade Aberta.
- OPSS (2015). *Relatório de Primavera. Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Observatório Português dos Sistemas de Saúde*.
- Ortega, Francesc e Peri, Giovanni (2009). *The causes and effects of international migrations: evidence from OECD countries 1980- 2005*. Cambridge: Working Paper 14833. Disponível em: <http://www.nber.org/papers/w14833>
- Padilla, Beatriz e Pereira, Miguel (2009). *Health and Migration in the EU: Building a shared vision for action*. In FERNANDES, Ana; PEREIRA MIGUEL, José (eds.). *Health and Migration in the EU: Better Health for All in and inclusive society*. London: Pro-Book Publishing Limited, pp. 15-22.
- Padilla, Beatriz (2011). “Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal”, in *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 40, Brasília, pp. 49-68.

- Padilla, Beatriz e Ortiz, Alejandra (2012), “Fluxos Migratórios em Portugal: do boom migratório à desaceleração no contexto de crise - balanços e desafios”, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, Brasília, 20 (39), pp. 159-184.
- Padilla et al (2016). Health Strand. Country Report Portugal MIPEX, Bruxelas: IOM, MHD, RO.
- Padilla et al. (2018). “Saúde dos imigrantes. Desigualdades e crise no SNS”, in Carmo, R. M. et al. (orgs.), Desigualdades sociais. Portugal e a Europa, pp. 315-334.
- Papademetrio, Demetrios G. (2008). “ A Europa e os seus imigrantes no século XXI”. Lisboa: Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento.
- Peiro, Maria - José e Benedict, Roumyana (2009) Migration Health: Better Health for All in Europe. Brussels: International Organization for Migration.
- Peiro, Maria - José e Benedict, Roumyana (2010). Migrant health policy .The Portuguese and Spanish EU Presidencies, in Migration and health in the European Union. Journal Euro health, Volume 16 Number 1.
- Peixoto, J. (2004). As Teorias Explicativas das Migrações: Teorias Micro e Macro Sociológicas. (Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações) Disponível em: <http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/publicacoes/wp/wp200411.pdf>.
- Pequito, José Pedro Ferreira Lourenço (2009). “Políticas de Imigração, Estado de Bem-Estar e População imigrante em Portugal”. Dissertação de Mestrado. Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1149/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Jos%C3%A9%20Pedro%20Pequito.pdf>
- Pereirinha, José (2006). “Política Social no Contexto das Políticas Públicas”. Apontamentos da cadeira de Fundamentos de Política Social, Mestrado de Economia e Política Social.
- Peters, B. Guy, Pierre, Jon. (2010). Administração Pública: coletânea. São Paulo: Ed. UNESP; Brasília: ENAP, p. 15-29.
- PICUM (2014). Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe: The Key Role of Local and Regional Authorities. Brussels: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Disponível em: <http://picum.org/en/news/picum-news/45488>
- Portugal, R. et al (2007) em Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 101-211.

- Programa Político do XIV Governo Constitucional, (1992); disponível em: [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt), consultado a 10 de Maio de 2019.
- Programa Político do XV Governo Constitucional, (2002); disponível em: [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt), consultado a 10 de Maio de 2019.
- Programa Político do XVI Governo Constitucional, (2004); disponível em: [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt), consultado a 10 de Maio de 2019.
- Programa Político do XVII Governo Constitucional, (2005); disponível em: [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt), consultado a 10 de Maio de 2019.
- Programa Político do XVIII Governo Constitucional, (2009); disponível em: [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt), consultado a 10 de Maio de 2019.
- Programa Político do XIX Governo Constitucional, (2011); disponível em: [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt), consultado a 10 de Maio de 2019.
- Rafael, Ana Maria de Fátima (2015). “Integração dos Imigrantes em Portugal”.  
Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Ramos, N. (2012). “Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde”. *Revista Inter-Legere*, 11 (2): 30-51.
- Reis, M. (2004), *Theorizing Diáspora: Perspectives on “Classical” and “Contemporary” Diáspora*, *International Migration*, Vol. 42 (2), pp. 41-57.
- Reis, José (2007). *A imigração qualificada: economia, sociedade, pessoas e território*. Coimbra: CES-UC.
- Relatório de Atividade do ACIME (2002-2005). Disponível em: [https://www.acm.gov.pt > documents > Relatório+](https://www.acm.gov.pt/documents/Relatório+)
- Relatório de Atividade de ACIME (2007). Disponível em: [https://www.acm.gov.pt > documents > relatorio\\_actividades\\_2007.pdf](https://www.acm.gov.pt/documents/relatorio_actividades_2007.pdf)
- Relatório de desenvolvimento Humano (2009). Disponível em: [hdr.undp.org > sites > default > files > hdr2009-portuguese](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2009-portuguese)
- Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) (2015). Disponível em: [https://sefstat.sef.pt > Docs > Rifa2015](https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2015)
- Ribeiro, Rita e Rodrigues, Ana Raquel (2012). *Cidadania e imigração na União Europeia: a força das fronteiras nacionais*. Dissertação de Mestrado em Políticas Comunitárias e Cooperação Territorial. Universidade de Minho.
- Rodrigues, Eduardo Vítor (2010).” O Estado e as Políticas Sociais em Portugal” *Sociologia: Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, Vol. XX, pp. 191-230.

- Romero - Ortuño, R (2004). Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *European Journal of Health Law*, nº11, pp. 245-272.
- Santos, V. (2004). O discurso oficial do Estado sobre a emigração dos anos 60 a 80 e emigração dos anos 90 à actualidade. (*Observatório da imigração*; 8), Edição ACIME, Lisboa.
- Serviço Jesuíta aos Refugiados. Disponível em : [www.jrsportugal.pt](http://www.jrsportugal.pt)
- Spencer, Sarah (2008). O desafio da integração na Europa em Papademetrio, Demetrios G. (2008). *A Europa e os seus imigrantes no século XXI*. Lisboa: Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento, pp. 1-34.
- Scheppers et al. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23: 325-348.
- Silva L. R.C. et al. (2009). Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. Disponível em: [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3124\\_1712.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3124_1712.pdf)
- Silva, A. (2012). Perfil dos utilizadores das urgências: um estudo no Centro Hospitalar Cova da Beira. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/1063>
- Skeldon, R. (1997). *Migration and Development: A Global Perspective*, London: Longman/Pearson Education.
- Sousa, J. E. F. de (2006). “ Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde”. Coleção Teses, n.º 4, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), Março.
- Thielemann, Eiko (2006). The Effectiveness of Governments' Attempts to Control Unwanted Migration. Disponível em: [personal.lse.ac.uk > Papers-PDF > CUP-LSE](http://personal.lse.ac.uk/Papers-PDF/CUP-LSE)
- Varela, Raquel; Guedes, Renato (2013). “Sindicatos, Neoliberalismo e Estado Social em Portugal (1974 -2012) ”, In *Revista Praia Vermelha – Estudos de Política e Teoria Social*. Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ. Volume 21 Número 1, pp. 71-88.
- Viana, Vanessa Cervinho (2010), *Saúde Mental, Qualidade de Vida e Acesso aos Cuidados de Saúde na Comunidade Brasileira em Lisboa*. Alto Comissariado para as Migrações, Lisboa. Outubro, 1º Edição, Teses.
- WHO (2010). How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/127526/e94497.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf)

WHO (2014). Portugal: Accessing health-system capacity to manage sudden large influxes of migrants . Disponível em: <http://www.euro.who.int>

## **LEGISLAÇÃO**

Constituição da Republica Portuguesa, artigos, n.º 13 (Princípio da Igualdade), n.º 15 (Estrangeiros, Apátridas e Cidadãos Europeus) e n.º 64 (Saúde).

Lei n.º 2/2006, de 17 de Abril, Lei da Nacionalidade.

Lei n.º 23/2007, de 4 de Julho. Regula o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional.

Decreto-Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Lei das Bases de Saúde, artº 6.

Decreto-Lei n.º 67/2004 de 25 de Março, Registo Nacional de Menores Estrangeiros que estão em situação ilegal.

Despacho n.º 25360/2001, Acesso à saúde por parte dos Imigrantes.

Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro (regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios).

Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, de 3 de Maio. I Plano de Integração dos Imigrantes (2007-2009).

Resolução do Conselho de Ministros n.º 74/2010, de 17 de Setembro. II Plano de Integração dos Imigrantes (2010-2013).

Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015, de 20 de Março. Plano Estratégico para as Migrações (2015-2020).

Circular - Informativa: n.º 14/DSPCS de 02/04/2002 que esclarece o acesso ao SNS dos estrangeiros sem autorização de permanência, residência ou visto de trabalho.

Circular - Informativa n.º 48/DSPCS de 30/10/2002 relativamente aos cuidados a prestar aos estrangeiros residentes em Portugal;

Circular - Informativa n.º 65 /DSPCS de 26/11/2004 que regulamenta o acesso dos filhos menores dos imigrantes aos cuidados de saúde.

Circular Informativa da Direção-Geral da Saúde n.º 12/DQS/DMD, de 7/05/2009 de 2009

Circular Informativa da ACSS n.º 001/2010/AICSTF, de 14 de Setembro de 2010, (Informação periódica a submeter a ACSS no âmbito do n.º 7 do Despacho n.º 25360/2001 (2ª série) de 16 de Novembro).