

Migração e Saúde

Sónia Dias* e Aldina Gonçalves**

Resumo A migração internacional é considerada um dos maiores desafios da Saúde Pública a nível mundial. Actualmente há uma reconhecida necessidade de compreensão da movimentação da população e do seu impacto na saúde, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem, quer para as populações, migrantes e autóctones. Neste contexto, é fundamental um melhor conhecimento dos determinantes de saúde e do estado de saúde dos indivíduos e comunidades imigrantes. A crescente imigração, a que muitos países estão sujeitos, torna necessário reflectir sobre políticas e estratégias de saúde integradoras e sustentadas, que produzam efeitos reais na redução de riscos e vulnerabilidades e permitam obter ganhos efectivos em saúde.

Palavras-chave: migração e saúde, determinantes de saúde, estado de saúde, políticas e estratégias de saúde.

Summary International migration is considered to be one of the greatest challenges facing Public Health on a world level. There is currently a recognised need to understand population movement and its impact upon health, in host countries. There is currently a recognised need to understand population movement and its impact upon health, in host, transitory and origin countries as well as for migrant and native populations. Within this framework a better understanding of the factors that determine health, the state of health of individuals and of immigrant communities is fundamental. The growth in immigration that many countries are subject to has made it necessary to reflect upon integrated and sustained health policies and strategies, that produce real effects in reducing risks and vulnerability and that also lead to reaping the positive gains of health.

Key-words: migration and health, health determinants, state of health, health policies and strategies.

* Unidade de Saúde e Desenvolvimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.

** Médica, Professora de Saúde Pública.

■ Migração e Saúde

Sónia Dias e Aldina Gonçalves

Os movimentos migratórios têm vindo a ganhar uma frequência cada vez mais acentuada no mundo actual. Em 2004, estimou-se que existiam cerca de 25 milhões de não-nacionais a viver nos países da União Europeia (EUROSTAT, 2006). Em Portugal, dados de 2006 referem que a população estrangeira era constituída por 409.185 cidadãos, contabilizando autorizações de residência, autorizações de permanência e vistos de longa duração (SEF, 2006).

A migração internacional é actualmente considerada um dos maiores desafios a nível mundial, surgindo como fonte de reflexão para a generalidade dos países. Neste contexto, há uma reconhecida necessidade de compreensão da movimentação da população e do seu impacto, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem, quer para as populações, migrantes e autóctones (Carballo e Nerukar, 2001; IOM, 2003).

Na história da humanidade sempre existiram deslocações de pessoas ou grupos dentro dos países e para fora destes. No entanto, as necessidades e as motivações deste fenómeno têm sofrido alterações associadas às rápidas mudanças ambientais, demográficas, sócio-económicas e políticas (Levitt e Jaworsky, 2007). A migração pode ser motivada por vários factores, entre outros, factores ambientais (*e.g.*, catástrofes naturais), económicos (*e.g.*, pobreza, diferença de recursos entre os vários países, aspirações a melhores condições de vida, globalização da economia), políticos e religiosos (*e.g.*, guerras, conflitos). O estado de saúde dos indivíduos e a procura de cuidados de saúde é por vezes também uma causa de mobilidade (WHO, 2003a).

Como fenómeno sócio-económico, a migração pode ser considerada um contributo essencial para o desenvolvimento e para a resolução do problema demográfico que ocorre nos países desenvolvidos, na medida em que estes se confrontam com uma população envelhecida e uma baixa taxa de natalidade. Nestes países, a população imigrante, geralmente em idade activa, contribui com mão-de-obra em várias actividades económicas para as quais não existe, muitas vezes, disponibilidade de trabalhadores nos próprios países. Por outro lado, nos países em desenvolvimento, onde os aspectos demográficos têm outras características, a migração surge, como já se referiu, como um recurso contra a pobreza ou como solução para outras situações, nomeadamente catástrofes naturais, conflitos bélicos, políticos, étnicos e religiosos.

A migração representa um desafio para a Saúde Pública nos vários países. Atendendo à complexidade dos determinantes de saúde dos imigrantes, à he-

terogeneidade destas populações e à falta de dados nacionais e internacionais consistentes sobre estas questões, a investigação nesta temática é ainda muito incipiente (Maggi e Cattacin, 2003; McKay *et al.*, 2003).

Apesar da escassez de informação, as investigações e os indicadores de saúde disponíveis parecem apontar para que os migrantes apresentem uma maior vulnerabilidade a doenças ou a outros problemas de saúde (Carballo *et al.*, 1998; Jansà, 2004). No que respeita às doenças infecciosas, como sejam tuberculose, VIH/SIDA e hepatites, alguns estudos disponíveis sugerem que as populações que migram estão em maior risco de contrair estas doenças do que as populações autóctones (Coker, 2003; Fennely, 2004; Gardete e Antunes, 1997). Uma investigação realizada por Saracino e colaboradores (2005) concluiu que, apesar da taxa de prevalência da infecção VIH/SIDA ter diminuído em Itália, houve um aumento da infecção nas populações imigrantes. Relativamente às doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e outros factores de risco associados, estudos comparativos entre populações autóctones e populações imigrantes apontam para que as últimas apresentem uma maior taxa de prevalência destas doenças (Rubia *et al.*, 2002; Mehler *et al.*, 2001; Hyman, 2007).

Alguns estudos referem que a migração pode também ter um impacto negativo na saúde mental dos imigrantes, sugerindo que as populações imigrantes se encontram em maior risco de vir a sofrer de doenças mentais, nomeadamente depressão, esquizofrenia e stress pós-traumático, como resultado de diversos factores de stress presentes ao longo do processo de migração (Carta *et al.*, 2005; Pumariaga *et al.*, 2005; Keyes, 2000; Fox *et al.*, 2001; Hermansson *et al.*, 2002; Maddern, 2004; Mollica *et al.*, 2001; Steel e Silove, 2001).

No mesmo sentido, investigações na área da saúde reprodutiva apontam para a existência de piores indicadores de saúde associados à população imigrante, concretamente no que se refere à mortalidade perinatal, baixo peso à nascença e menor utilização de métodos contraceptivos (Essen *et al.*, 2000; Mosher *et al.*, 2004; Kornosky *et al.*, 2007).

O efeito da migração na saúde é contudo controverso. Algumas investigações sugerem que nem sempre os migrantes, quando comparados com as populações de acolhimento, apresentam piores indicadores de saúde (McKay *et al.*, 2003; Kandula, 2004). Neste sentido, tem sido descrito o fenómeno do “migrante saudável”, que aponta para o facto de alguns imigrantes serem mais saudáveis do que as populações autóctones e do que as populações da mesma origem, que já nasceram nos países de acolhimento (Abraído-Lanza *et al.*, 1999; Razum *et al.*, 2000). Esta condição tem sido demonstrada através de indicadores de saúde e de mortalidade entre diferentes grupos de imigrantes e populações de vários países de acolhimento (Muennig e Fahs, 2002; Noh e Kaspar, 2003; Swerdlow, 1991; Singh e Siahpush, 2001).

O estado de saúde de uma população é resultado de redes complexas de determinantes que envolvem factores biológicos, genéticos, psicossociais, estilos de vida e comportamentos, meio ambiente físico, sócio-económico e cultural, aspectos relacionados com os sistemas de saúde, e ainda factores políticos e de nível macro-social (Reijneveld, 1998). No contexto da migração e saúde, é cada vez mais consensual que a migração, em si mesma, não representa um factor de risco. Neste sentido, o impacto da migração na saúde e os determinantes presentes em cada fase do processo migratório variam com o tipo de migração (legal/irregular, voluntária/forçada), o ambiente global do país de origem, trânsito e acolhimento, as políticas de imigração adoptadas no país de chegada, as condições de acolhimento ou o contacto mantido com o país de origem (Jolly e Reeves, 2005; McKay *et al.*, 2003). Assim, o efeito da migração no estado de saúde do imigrante, bem como os padrões de morbilidade e mortalidade, dependem de quem está a migrar, quando migra, de onde emigra, para onde migra e quais os parâmetros de saúde que estão a ser avaliados (IOM, 2004; Carballo, 2007).

Apesar de se considerar que, em geral, a população que migra é a mais saudável, estes grupos poderão estar mais vulneráveis à doença pelos riscos para a saúde e bem-estar a que estão expostos nos países receptores (Kandula, 2004). Na chegada aos países de acolhimento, os imigrantes confrontam-se com um contexto novo que inclui diferenças do meio ambiente físico e social, choque de culturas e estilos de vida, barreiras linguísticas, diferenças nos sistemas administrativos e legais, entre outros. Estas circunstâncias podem gerar problemas físicos, psicológicos e sociais, que muitas vezes se associam a outros riscos inerentes ao próprio indivíduo e ao país de origem (Carballo e Nerukar, 2001).

Os determinantes sócio-económicos têm ganho especial relevo no esforço de compreensão da relação entre migração e vulnerabilidade no que diz respeito à saúde (Reijneveld, 1998; WHO, 2003a). Os imigrantes apresentam, em geral, piores condições de vida do que as populações dos países de acolhimento. Frequentemente, residem em zonas degradadas com reduzidos serviços de âmbito social e de saúde, em condições habitacionais deficientes e sem infra-estruturas básicas. No contexto do trabalho, as actividades laborais que habitualmente desenvolvem são pouco qualificadas e conjugam exposições a riscos e agentes de doença. Adicionalmente, os imigrantes apresentam muitas vezes menor autonomia laboral e negligência nos mecanismos de protecção no trabalho, na protecção social e nos cuidados de saúde. Estas situações estão muitas vezes associadas a um estatuto irregular, que torna os imigrantes mais vulneráveis à exploração laboral e limita a capacidade para exercerem os seus direitos (Wolffers *et al.*, 2003).

Um outro factor de vulnerabilidade associado ao processo migratório, que pode influenciar o estado de saúde e bem-estar das populações imigrantes, é a própria experiência de afastamento e ruptura das relações sociais e familiares (espe-

cialmente quando o imigrante migra sozinho), situação que gera uma redução do suporte social e emocional dos indivíduos. A ausência de estrutura familiar e de outros mecanismos micro-sociais de apoio à estabilidade individual e aos comportamentos protectores de saúde pode aumentar a vulnerabilidade, por perpetuar a exposição a factores de risco e favorecer práticas prejudiciais à saúde, como sejam os consumos/dependência de substâncias (álcool, tabagismo, outras drogas) e o envolvimento em episódios de violência (UNAIDS/IOM, 2001). Por outro lado, o frequente isolamento social das populações imigrantes e a estigmatização e discriminação quanto à sua origem étnica, crenças religiosas ou condição de imigrante condicionam a sua adaptação e integração na sociedade de acolhimento. No conjunto, estas situações podem colocar dificuldades ao nível da saúde mental dos imigrantes, que se encontram, muitas vezes, numa situação de grande stress, motivada pela ruptura familiar, ansiedade quanto à sua situação no país de acolhimento e receio de ser extraditado, em caso de imigração irregular (Carballo e Nerukar, 2001; Carta, Bernal *et al.*, 2005).

As desigualdades sócio-económicas que estão associadas a contextos de pobreza, exclusão social e a situações laborais precárias podem traduzir-se em reduzidas oportunidades de acesso à educação, informação e utilização dos serviços sociais e de saúde. Estas desigualdades determinam diferentes graus de exposição a factores de risco e de protecção, que levam a um aumento da vulnerabilidade, com consequências ao nível da saúde destas populações (Braveman e Gruskin, 2003).

No que diz respeito a uma maior exposição aos riscos para a saúde, as questões associadas à migração, saúde e género fazem, cada vez mais, parte das agendas nacionais e internacionais (Jolly e Reeves, 2005; Parlamento Europeu, 2006). De acordo com o relatório *A Passage to Hope – Women and International Migration*, o número de mulheres migrantes (e que migram sozinhas) tem vindo a aumentar significativamente, o que introduz preocupações, pois frequentemente as migrações no feminino representam maiores riscos e vulnerabilidades (UNFPA, 2006). No contexto de pobreza, que caracteriza muitas vezes estes processos de migração, verifica-se uma maior probabilidade de sexo coercivo, violência, exploração, fraco poder de decisão e oportunidades limitadas para adoptar comportamentos saudáveis (Carballo, 2007; Herrera e Campero, 2002; WHO, 2003b).

As políticas de imigração vigentes nos países de acolhimento que não promovem a integração social e contribuem para a manutenção das condições associadas à vulnerabilidade das populações imigrantes podem influenciar de forma negativa a sua saúde (Carballo e Nerukar, 2001; Grove, 2006). De acordo com algumas investigações, a associação positiva entre imigração e risco na saúde parece estar relacionada com um limitado acesso aos serviços de saúde (Calado *et al.*, 1997; Politzer *et al.*, 2001; Stronks *et al.*, 2001). Apesar da existência de cobertura e

acesso universal aos cuidados de saúde na maior parte dos países receptores de imigrantes, o que se constata é que muitas vezes as comunidades não beneficiam de todos os serviços disponíveis e não são efectivamente abrangidas pelos sistemas existentes de promoção da saúde, prevenção ou tratamento da doença (Gautier *et al.*, 1997; Luck *et al.*, 1999; McMunn *et al.*, 1998; IOM, 2004).

O acesso e a utilização dos serviços de saúde pode ser dificultada por diferentes níveis de barreiras e/ou obstáculos, como sejam as barreiras legislativas, estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas (Dias *et al.*, 2004; Fennely, 2004). Apesar de o direito universal à saúde ser reconhecido, na prática as restrições impostas aos imigrantes (sobretudo, aos que estão em situação irregular) podem determinar o acesso aos cuidados de saúde. A situação laboral instável e precária dos imigrantes, a dificuldade em obter protecção social e o custo associado aos cuidados de saúde podem constituir barreiras à utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes.

Os constrangimentos financeiros e a falta de outros recursos na área da saúde existentes em alguns países de acolhimento podem condicionar a adequação e/ou eficácia das respostas às necessidades de saúde das populações imigrantes. Um dos aspectos a referir diz respeito às infra-estruturas e funcionamento dos serviços de saúde, nomeadamente a distância, o horário e os tempos de espera. O comportamento dos administrativos e profissionais de saúde é outro dos factores que pode ser determinante no uso dos serviços. Frequentemente, os profissionais apresentam um limitado conhecimento da legislação ou da sua aplicabilidade, que se traduz na exclusão das comunidades imigrantes do sistema de saúde. Por outro lado, a discriminação e estigmatização, socialmente produzidas e associadas à situação de imigrante (sobretudo a de irregular), podem também condicionar o acesso à informação e à utilização dos serviços de saúde (Wolffers *et al.*, 2003).

Os determinantes culturais, como os costumes, crenças e representações acerca de saúde, doença e tratamento, são outro aspecto importante a considerar, pois influenciam os comportamentos em saúde, as práticas de risco e a necessidade percebida de utilizar os serviços de saúde (Dias *et al.*, 2002; Fongwa, 2001; Stronks *et al.*, 2001). As práticas de saúde nos países de origem, que, muitas vezes, se caracterizam pela preferência da medicina tradicional em substituição do sistema de saúde, podem tender a perpetuar-se nos países de acolhimento e traduzir-se numa menor procura e utilização dos serviços de saúde. Alguns estudos sugerem que tende a haver um aumento da necessidade percebida de aceder aos serviços por parte dos imigrantes que já estão há mais tempo no país e que têm maior grau de alfabetização (Abbott *et al.*, 2000; Gonçalves *et al.*, 2003).

A menor utilização pode também ser potenciada pela pouca preparação dos profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural. Às barreiras culturais,

acrescem-se as barreiras linguísticas que poderão existir entre os prestadores e os utentes dos cuidados. Estas, no seu conjunto, dificultam a comunicação entre paciente e profissionais de saúde, introduzem obstáculos à promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento, e contribuem para um sentimento de insatisfação por parte do utilizador (Eshiett, 2003; Fenton, 2001). Neste sentido, os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para a importância das diferenças culturais e ter competências para desempenhar adequadamente a sua função. Os serviços de saúde devem disponibilizar meios para limitar as barreiras e dar respostas ajustadas e sensíveis às especificidades destas populações (Dorr e Faist, 1997; Jansà, 2004; Kandula, 2004). No global, é necessário uma reorganização dos serviços de saúde que permita um maior ajustamento e adaptação a esta realidade.

As restrições no acesso aos cuidados de saúde impostas aos imigrantes em situação irregular e o receio de denúncia desta condição pode fazer com que estes evitem os serviços de saúde e recorram à auto-medicação, à medicina alternativa e a serviços em que a documentação não é um factor determinante de atendimento – urgências, farmácia, unidades móveis, entre outros (CCHS, 1997). Esta situação pode levar a que apenas recorram aos serviços de saúde em fase avançada de doença, conduzindo a situações de maior gravidade e custos mais elevados com a saúde (WHO, 2003a).

Uma melhor compreensão dos determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde na população imigrante poderá ser de grande utilidade para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde mais adequados (que contribuam de forma efectiva para minimizar os seus problemas de saúde). Será fundamental reconhecer, quer ao nível dos prestadores, quer dos responsáveis políticos, que não basta que o sistema prestador esteja disponível, mas é necessário que seja acessível. De forma a contribuir para que os imigrantes tenham pleno acesso ao que em cada país está estatuído, é também importante que estes sejam informados sobre os seus direitos.

A actual crescente imigração a que muitos países estão sujeitos, em particular os europeus, constitui um desafio a nível nacional e internacional (Carballo, 2007). Tem sido advogada a necessidade de definir uma política de cooperação internacional entre os países de origem, trânsito e destino. É também fundamental estabelecer políticas intersectoriais que englobem os diferentes actores deste fenómeno global. Ao longo do tempo, diversas organizações públicas e privadas têm desenvolvido esforços para elaborar e implementar políticas de imigração que permitam a integração destas populações (ACIDI, 2007; Nações Unidas, 2003). No estado actual do conhecimento é globalmente aceite que as políticas e estratégias devem ser sensíveis à diversidade cultural e adaptadas aos diversos contextos que surgem com o fenómeno migratório, a fim de serem dadas respostas eficazes às necessidades das populações e indivíduos.

Numa perspectiva de Saúde Pública mais específica e ao nível da organização e operacionalização de programas não é demais reforçar que é fundamental um maior conhecimento das comunidades imigrantes em cada contexto particular, onde se inclui a saúde e os seus determinantes (Jansà, 2004). Este será um contributo indispensável para identificar prioridades de intervenção, avaliar necessidades específicas e estabelecer políticas e estratégias de saúde integradoras e sustentadas, que produzam efeitos reais na redução de riscos e vulnerabilidades e permitam obter ganhos efectivos de saúde nestas comunidades, assim como nas comunidades de acolhimento (Grove, 2006).

Neste quadro referencial é indispensável para a sustentabilidade do processo um modelo de intervenção que inclua as comunidades imigrantes, com um enfoque no aproveitamento das suas potencialidades. Neste contexto, deve-se incentivar a participação e empowerment destas comunidades para que adoptem um papel activo na melhoria da sua saúde. A um nível mais abrangente é importante a promoção de parcerias comunitárias que facilitem a identificação dos principais problemas e das soluções mais adequadas.

Existe consenso de que é essencial adoptar uma abordagem integrada da migração e saúde e um modelo social de saúde positiva que contemple os determinantes macro-sociais. Tal como é expresso na carta de Ottawa, para existir saúde é necessário assegurar condições e recursos fundamentais de vida e trabalho (WHO, 1986). As populações imigrantes deverão beneficiar do mesmo tipo de factores protectores da população em geral, nomeadamente recursos sócio-económicos, condições habitacionais, protecção social, laboral e igualdade de oportunidades na educação e saúde. Os pressupostos deste conceito reforçam a necessidade de fortalecimento do compromisso político como eixo fundamental para que estas metas sejam alcançadas. Neste sentido, os responsáveis políticos têm de repensar as políticas de saúde relativas aos imigrantes para que seja ultrapassada a abordagem individual do fenómeno saúde e doença e se aprofunde a discussão em relação às várias dimensões envolvidas na saúde. Na sociedade global deverá ainda prevalecer o objectivo ético de prevenir a discriminação e a exclusão que pode ocorrer em vários contextos da vida social e da saúde, bem como assegurar a promoção e protecção dos direitos humanos a todos os cidadãos (Parlamento Europeu, 2006).

Referências Bibliográficas

- Abbott, M. W., Wong, S., Williams, M., Au, M. e Young, W., (2000), "Recent Chinese migrants' health, adjustment to life in New Zealand and primary health care utilisation", *Disability and Rehabilitation*, 22, pp. 43- 56.
- Abraído-Lanza, A. F., Dohrenwend, B. P., Ng-Mak D. S., e Turner, J. B. (1999), "The Latino mortality paradox: a test of the 'salmon bias' and healthy migrant hypotheses", *American Journal of Public Health*, 89 (10), pp.1543-1548.
- ACIDI (2007), *Plano para a Integração dos Imigrantes*, Lisboa: ACIDI, Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I.P.
- Braveman, P., e Gruskin, S. (2003), "Poverty, equity, human rights and health", , *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (7), pp. 539-545.
- Calado, B., Silva, L. e Guerreiro, D. (1997), "Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal, identificação das barreiras – resultados parcelares", *Saúde em Números*, 12 (4), pp. 29-31.
- Carballo, M., e Nerucar, A. (2001), "Migration, refugees, and health risks", *Emerging Infectious Diseases*, 7 (3), pp. 556-560.
- Carballo, M., Divino, J., e Zeric, D. (1998), "Migration and health in the European Union", *Tropical Medicine and International Health*, 3 (12), pp. 936-944.
- Carballo, M., (2007), *The challenge of migration and health*, Antwerp: International Centre for Migration and Health.
- Carta, M.G., Bernal, M., Hardoy, M.C. e Haro-Abad, J.M. (2005), "Migration and Mental Health in Europe", *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, p. 13.
- CCHS (1997), "Health Care for Children of Immigrant Families", *Pediatrics*, 100 (1), pp. 153-156.
- Coker, R. (2003), *Migration, Public Health and compulsory screening for TB and HIV – Asylum and Migration Working Paper 1*, Londres: IPPR.
- Dias, S., Gonçalves, A., Luck, M., e Fernandes, M.J., (2004), "Risco de Infecção por VIH/SIDA: Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante", *Acta Médica Portuguesa*, II Série, 17 (3), pp. 211-218.
- Dias, S., Matos, M., e Gonçalves, A. (2002), "Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – implicações para a intervenção", *Psicologia, Saúde & Doença*, 3 (1), pp. 89-102.
- Dorr, S. e Faist, T. (1997), "Institutional conditions for the integration of immigrants in Welfare states: A comparison of the literature on Germany, France, Great Britain, and Netherlands", *European Journal of Political Research*, 31 (4), p. 401-426.
- Eshiett, M.U. (2003), "Migrants and health: a cultural dilemma", *Clinical Medicine*, 3 (3), pp. 229-31.
- Essen, B. et al. (2000), "Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden", *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 79, pp. 737-742.

- EUROSTAT (2006), *Statistics in focus: non-national populations in the EU Member States*. Disponível: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITYOFFPUB/KS-NK-06-008/EN/KS-NK-06-008-EN.PDF> (12-06-2007).
- Fennelly, K. (2004), *Listening to the Experts: Provider Recommendations on the Health Needs of Immigrants and Refugees*, Malmo: Malmo University.
- Fenton, K. (2001), "Strategies for improving sexual health in ethnic minorities", *Current Opinion in Infectious Diseases*, 14 (1), pp. 63-69.
- Fongwa, M. (2001), "Exploring quality of care for African Americans", *Journal of Nursing Care Quality*, 15 (2), pp. 27-49.
- Fox, P., Burns, K., Popovich, J. e Ilg, M. (2001), "Depression among immigrant Mexican women and Southeast Asian refugee women in the U.S.", *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 7 (1), pp. 778-792.
- Garbete, M. J. e Antunes, M.L. (1997), "Tuberculose em imigrantes", *Saúde em Números*, 8 (4): 30-32.
- Gautier, A. et al. (1997), "Tuberculose em imigrantes: rastreio activo, será importante?", *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 3 (5), pp. 552-553.
- Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Fernandes, J. e Cabral, J. (2003), "Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1), pp. 55-64.
- Grove, N. (2006), "Our health and theirs: forced migration, othering, and public health", *Social Science & Medicine*, 62 (8), pp. 1931-42.
- Hermansson, A., Timpka, T. e Thyberg, M. (2002), "The mental health of war-wounded refugees: An 8-year follow-up", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (6). pp. 374-380.
- Herrera, C. e Campero, L. (2002), "The vulnerability and invisibility of women facing HIV/AIDS: constant and changing issues", *Salud Publica de México*, 44 (6), pp. 554-564.
- Hyman, I. (2007), *Immigration and Health: Reviewing evidence of the healthy immigrant effect in Canada*, CERIS Working Paper, n.º 55. Disponível: <http://ceris.metropolis.net/Virtual%20Library/WKPP%20List/WKPP2007/CWP55.pdf>(14-06-07).
- Jansà, J.M. (2004), "Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos", *Gaceta Sanitaria*, 18 Supp (11), pp. 207-13.
- Jolly, S. e Reeves, H. (2005), *Gender and Migration: Overview Report*, Brighton: Bridge/Institute of Development Studies.
- Kandula, N.R. (2004), "Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us", *Annual Review Of Public Health*, 25, pp. 357-76.
- Keyes, E. (2000), "Mental health status in refugees: An integrative review of current research", *Issues in Mental Health Nursing*, 21 (4), pp. 397-410.
- Kornosky, J.L., Peck, J.D., Sweeney, A.M., Adelson, P.L. e Schantz, S.L. (2007), "Reproductive characteristics of Southeast Asian immigrants before and after migration", *Journal of Immigrant and Minority Health*. Disponível: <http://www.springerlink.com/content/e06572643512r189/fulltext.pdf> (12-06-07).

- Levitt, P. e Jaworsky, B.N. (2007), "Transnational Migration Studies: Past Developments and Future Trends", *Annual Review of Sociology*, 33, pp. 129-156.
- Luck, M., Ferreira, R., Patrício, A., Simões, G., Horta, R. e Magalhães, E. (1999), "Vigilância da gravidez numa comunidade migrante africana: necessidades elevadas, baixa utilização", *Saúde em Números*, 14 (1), pp. 1-4.
- Maddern, S. (2004), "Post-traumatic stress disorder in asylum seekers", *Nursing Standard*, 18 (18), pp. 36-39.
- Maggi, J. e Cattacin, S. (2003), *Needed Basic Research in «Migration and Health» – 2002-2006 in Switzerland*, Switzerland: SFM.
- Mcmunn, A., Mwanje, R., Paine, K. e Pozniak, A. (1998), "Health service utilization in London's African migrant communities: Implications for HIV prevention", *Aids Care*, 10 (4), pp. 453-462.
- McKay, L., Macintyre, S. e Ellaway, A. (2003), *Migration and Health: A Review of the International Literature*, Glasgow: Medical Research Council – Social and Public Health Sciences Unit.
- Mehler, P. et al. (2001), "Russian immigrant cardiovascular risk assessment", *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 12 (2), pp. 224-235.
- Mollica, R., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vukovic, I. e Massagli, M. (2001), "Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees", *Journal of the American Medical Association*, 286 (5), pp. 546-554.
- Mosher, W.D., Martinez, G.M., Chandra, A., Abma, J.C. e Willson, S.J. (2004), "Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002", *Advance Data*, 350, pp. 1-36.
- Muening, P. e Fahs, M. (2002), "Health Status and Hospital Utilization among Immigrants to New York City", *Preventive Medicine*, 35, pp. 225-32.
- Nações Unidas (2003), *Relatório Conjunto sobre a Inclusão Social*. Disponível: <http://europa.eu/scadplus/leg/pt/cha/c10616.htm> [23-05-07].
- Noh, S. e Kaspar, V. (2003), *Diversity and Immigrant Health*, Toronto: University of Toronto.
- OIM (2003), *World Migration: Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move*. Disponível: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/cache/offoncc/pid/1674?entryId=4992> (15-06-07).
- OIM (2004), *Migration Health Report*. Disponível: <http://www.iom.int/iomwebsite/Publication/ServletSearchPublication?event=detail&id=4494> [28-06-07].
- Parlamento Europeu (2006), *EU Annual Report on human rights*. Disponível: http://ec.europa.eu/external_relations/library/publications/31_2006_eu_human_rights_en.pdf [16-07-07].
- Politzer, R.M., Yoon, J., Shi, L., Hughes, R.G., Regan, J., e Gaston, M.H. (2001), "Inequality in America: The contribution of health centers in reducing and eliminating disparities in access to care", *Medical Research Review*, 58 (2), pp. 234-248.

- Pumariega, A.J., Rothe, E. e Pumariega, J.B. (2005), "Mental Health of Immigrants and Refugees", *Community Mental Health Journal*, 41 (5), pp. 581-597.
- Razum, O., Zeeb, H. e Rohrmann, S. (2000), "The 'Healthy Migrant Effect' - Not Merely a Fallacy of Inaccurate Denominator Figures", *International Journal of Epidemiology*, 21, pp. 199-200.
- Reijneveld, S. (1998), "Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52 (5), pp. 298-304.
- Rubia, M. et al. (2002), "Increased risk of heart disease and stroke among foreign-born females residing in the United States", *American Journal of Preventive Medicine*, 22 (1).
- Saracino, A. et al. (2005), "Access to HAART in HIV-Infected Immigrants: A Retrospective Multicenter Italian Study", *AIDS Patient Care and STD's*, 19 (9), pp. 599-606.
- SEF (2006), *Relatório de Atividades - Imigração, Fronteiras e Asilo*. Disponível: http://www.sef.pt/documentos/56/RelatorioActividSEF_2006_DIGITAL.pdf [20-06-07].
- Singh, G. K. e Siahpush, M. (2001), "All-Cause and Cause-Specific Mortality of Immigrants and Native Born in the United States", *American Journal of Public Health*, 91 (3), pp. 392-99.
- Steel, Z. e Silove, D. (2001), "The mental health implications of detaining asylum seekers", *The Medical Journal of Australia*, 175 (11-12), pp. 596-599.
- Stronks, K., Ravelli, C.J. e Reijneveld, A. S. (2001), "Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs?", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (10), pp. 701-707.
- Swerdlow A. J. (1991), "Mortality and cancer incidence in Vietnamese refugees in England and Wales: a follow-up study", *International Journal of Epidemiology*, 20, pp. 13-19.
- UNAIDS/IOM (2001), *Migrants' Right to Health*. Disponível: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC519-MigrantsRightToHealth_en.pdf (17-06-07).
- UNFPA (2006). *A Passage to Hope - Women and International Migration. State of World Population 2006*. Disponível: <http://www.unfpa.org/swp/> [06-06-07].
- WHO (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*, Geneva: WHO.
- WHO (2003a), *International Migration, Health and Human Rights*. Disponível: http://www.who.int/hhr/activities/en/intl_migration_hhr.pdf [15-06-07].
- WHO (2003b), *Gender and HIV/AIDS*. Disponível: http://www.who.int/gender/hiv_aids/en/ [03-07-07].
- Wolffers, I., Verghis, S. e Marin, M. (2003), "Migration, human rights, and health", *Lancet*, 362 (9400), pp. 2019-2020.