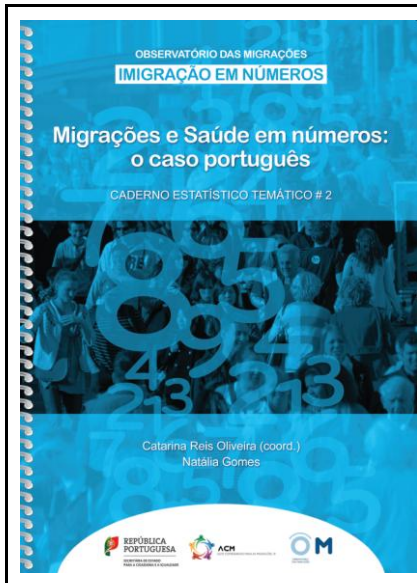




www.om.acm.gov.pt / om@acm.gov.pt



Migrações e Saúde em números: o caso português

Catarina Reis Oliveira (coord.) e Natália Gomes
setembro de 2018, Caderno Estatístico OM #2
Coleção *Imigração em Números*
Observatório das Migrações
Alto Comissariado para as Migrações (ACM)
ISBN 978-989-685-086-9

Caderno Estatístico disponível em: www.om.acm.gov.pt
Contacto: om@acm.gov.pt

1

RESUMO

1. As projeções demográficas que têm sido produzidas determinam como os países da União Europeia - especialmente Portugal, com tendência agravada no **envelhecimento demográfico** - irão continuar a precisar de imigrantes e de saldos migratórios positivos nas próximas décadas, seja para reforçar a sua natalidade, reforçar a sua população ativa ou atenuar o peso dos grupos etários mais velhos. Neste âmbito, **os sistemas de saúde precisam de se adaptar em qualidade às suas populações**, seja porque refletem uma maior pressão de uma parte da população mais envelhecida como outros riscos e necessidades de saúde, seja porque tende a aumentar a diversidade cultural e de origens da sua população residente, definindo-se novos desafios à promoção da equidade em saúde.
2. O melhor conhecimento da saúde dos imigrantes e do seu acesso e utilização do sistema de saúde é essencial para as políticas de integração e de saúde de um país, sendo porém desafiado **pela falta de dados disponíveis**. Atualmente a maioria dos países europeus, entre os quais Portugal, não recolhe dados de forma sistemática acerca do estado de saúde dos imigrantes e do seu acesso e utilização de serviços de saúde nos países de residência. Por outro lado, quando há dados, dificilmente os mesmos surgem desagregados por importantes variáveis explicativas e determinantes do estado de saúde dos migrantes, tais como: o tipo de estatuto de imigração ou condição legal no país de residência, grupo etário, sexo, escolaridade, tipo de ocupação (e inerentes indicadores – e.g. horas de trabalho, trabalho por turnos, segurança no trabalho), rendimentos, condições de habitação e lotação do alojamento, etc. É, pois, fundamental reconhecer-se neste domínio a importância e urgência de serem recolhidos, sistematizados e analisados dados sociodemográficos das populações e dados dos determinantes sociais de saúde para complementar a compreensão e monitorização do estado de saúde, de acesso e de utilização dos serviços de saúde por imigrantes nos diferentes contextos de acolhimento.
3. Os dados que existem neste domínio tendem a referir-se a indicadores de perceção ou autoapreciação do estado de saúde de uma amostra de inquiridos que depois é extrapolada para o universo de residentes. Acresce que em estudos comparativos entre imigrantes e não-imigrantes estes indicadores de mensuração subjetiva assumem riscos de comparabilidade por não serem culturalmente sensíveis quanto à aferição do que é para cada indivíduo a saúde ou o que significa, por exemplo, cada grau de saúde (mau ou muito mau, razoável, bom ou muito bom) para cada grupo. Há, pois, **necessidade de serem estandardizados conceitos e**



www.om.acm.gov.pt / om@acm.gov.pt

formas de recolha regular de dados administrativos e de registo de saúde que, respeitando o princípio da confidencialidade, tragam informação objetiva e comparável acerca do efetivo estado de saúde das populações residentes nos países europeus, entre as quais os imigrantes.

4. As estruturas demográficas das populações não são homogéneas nos vários países do mundo, exercendo diferentes pressões nos sistemas de saúde em função das suas características e apresentando diversas necessidades por cuidados de saúde: países mais afetados pelo envelhecimento demográfico e com fecundidades que não asseguram a substituição das gerações tendem a assumir **cada vez mais gastos no domínio da saúde** (caso de Portugal em que se prevê um aumento da percentagem da despesa com a saúde no PIB, a acompanhar o decréscimo da população), mais pressões sobre os sistemas de cuidados de saúde e novos riscos de saúde com alteração nos perfis da procura de cuidados de saúde. As características sociodemográficas da população são também um importante determinante de saúde, uma vez que podem induzir a resultados bastante diversos quanto ao reporte do estado de saúde e de bem-estar das populações.

5. Observam-se inúmeras **desigualdades e iniquidades nos diversos países do mundo quanto à esperança média de vida, à esperança de vida saudável, à natalidade, à mortalidade infantil e de adultos**, à experiência migratória; e que globalmente conduzem, por sua vez, a diferentes estruturas demográficas das populações residentes e a diferentes necessidades de saúde das populações, a que nem todos os países respondem ou mostram capacidade de resposta semelhante. Estas desigualdades e o grau de assistência médica disponível ou a acessibilidade dos cuidados de saúde podem induzir a movimentos das populações ou reforçar as migrações de sistemas de saúde menos preparados ou menos desenvolvidos para sistemas de saúde mais desenvolvidos. As diferenças entre países podem ainda induzir à definição de acordos de mobilidade internacional de doentes e de profissionais de saúde.

6. Deve, portanto, reconhecer-se que estas diferenças na esperança média de vida, na probabilidade de morte de nados-vivos e de adultos, nas condições de vida, na qualidade de vida, nos cuidados assistenciais ou na exposição e na imunidade a diversas doenças nos diferentes países induzem tanto à mobilidade das populações de países menos favoráveis nos determinantes de saúde para países mais favoráveis (fluxos migratórios), como enquadram as perceções das populações em torno da saúde, da qualidade de vida, do estado da saúde, da procura por cuidados de saúde, ou de comportamentos e estilos de vida saudável. Há, assim, determinantes que afetam os padrões de saúde das populações, e que estão **a montante dos próprios contextos dos países de acolhimento de imigrantes**, relacionando-se com os contextos socioeconómicos e com os padrões de saúde dos países de origem dos imigrantes.

7. Contudo, importa realçar que **é difícil estabelecer relações causais diretas e explícitas entre fluxos migratórios e os determinantes de saúde das populações**, tanto na perspetiva da transferência de estados de saúde e comportamentos e estilos de vida em saúde de um país para outro (de um país de origem dos imigrantes para o país de destino), como na perspetiva de que os indivíduos absorvem os indicadores e padrões de saúde do contexto em que se inserem. Por outras palavras, será que com a imigração de um país com menos esperança média de vida saudável para um país com mais, os indivíduos aumentam os seus anos de vida saudável? A resposta não é direta, porque depende inevitavelmente de outros fatores associados ao próprio contexto de acolhimento, associados desde logo à existência de desigualdades em saúde não apenas entre países, mas também dentro dos próprios países, logo nem todos os residentes de um mesmo país apresentam iguais padrões de saúde, esperanças de vida ou taxas de mortalidade. Por outro lado, nem todos os residentes de um dado país apresentam iguais condições socioeconómicas (e.g. igual habitação, trabalho, rendimento, exposição à sinistralidade e riscos de trabalho) e estes determinantes sociais conduzem incontornavelmente a diferenças em saúde. Assim, deve reconhecer-se que num mesmo país verificam-se disparidades em saúde entre grupos da população, não havendo uma absorção necessariamente direta dos padrões de saúde do país de acolhimento dos imigrantes.



www.om.acm.gov.pt / om@acm.gov.pt

8. Este estudo mostra, assim, que a **saúde constitui-se como um fenómeno social total e transversal**, que reflete diversidade, causada tanto por fatores externos ao indivíduo - inerentes aos contextos sociais, económicos, ambientais, políticos e legais -, como por fatores inerentes ao próprio indivíduo – tanto do seu passado como do seu presente. O estudo desenvolve, portanto, numa análise macro e micro, os diferentes determinantes da saúde: 1) **determinantes estruturais**; 2) **determinantes sociais**; 3) e **determinantes individuais**.

9. Os **determinantes estruturais** da saúde relacionam-se 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. No âmbito dos fatores de natureza contextual, e de um ponto de vista macro, analisaram-se os resultados do *Euro Health Consumer Index* referentes ao ano de 2007 e 2017 para aferir o posicionamento do serviço nacional de saúde português face aos restantes países europeus e enquanto contexto para os imigrantes. Concluiu-se que Portugal registou uma melhoria nos resultados dos indicadores deste índice na última década, assumindo em 2017 a **14ª posição entre 35 países**, com um total de 747 pontos, posicionando-se à frente do Reino Unido (15º), Espanha (18º), Itália (21º) e Irlanda (24º). Neste índice permanece a Holanda em primeiro lugar, seguida pela Suíça. Nos anos da crise económica e financeira, observou-se uma descida na posição de Portugal (descendo para 25ª posição em 2012, com 589 pontos no índice), nomeadamente como consequência das reduções nos gastos do sistema nacional de saúde que induziram a alguma desigualdade na assistência médica, embora o país seja reconhecido neste estudo como um exemplo contrastante com os demais países da Europa do Sul, que tem conseguido superar insuficiências históricas, tais como acesso deficiente e resultados fracos. Na vertente dos determinantes estruturais, analisaram-se ainda os resultados de Portugal no MIPEX (*Migrant Integration Policy Index*) concluindo-se que Portugal surge numa posição intermédia com 43 pontos na dimensão da saúde do índice. Embora Portugal tenha mantido no MIPEX (de 2015) a segunda posição no ranking geral dos 38 países avaliados quanto às melhores políticas de integração de imigrantes (posição que ocupa desde 2007), no que diz respeito às políticas de saúde para imigrantes Portugal ficou em 22º sendo recomendado ao país que os serviços de saúde melhorem as suas valências e aprofundem o acesso dos migrantes, num quadro em que a austeridade levou a medidas que conduziram a um aumento da iniquidade no acesso dos imigrantes à saúde no país.

10. Este estudo procurou aferir, igualmente, o efeito explicativo dos **determinantes sociais da saúde**. A vulnerabilidade na saúde dos imigrantes decorre, antes de mais, das características sociais e de grupo que têm nas sociedades de acolhimento, seja pelos efeitos do emprego/desemprego, do tipo de emprego, da privação social e económica, ou da habitação. As situações de insegurança laboral, precaridade no mercado de trabalho, maior exposição à sinistralidade laboral, horários de trabalho mais exigentes e incompatíveis com o acompanhamento de cuidados de saúde primários, ou o desemprego, colocam também os imigrantes numa situação muito frágil de proteção da sua saúde. Observa-se em Portugal – à semelhança do verificado nos restantes países europeus - que os estrangeiros residentes apresentam maiores riscos de pobreza e vivem com maior privação material (+21 pontos percentuais que os nacionais em 2016), assumem mais situações de sobrelotação de alojamento (+23,1 pontos percentuais que os nacionais em 2016), recebem menores remunerações base médias que os portugueses (-5% em 2015) e estão mais expostos ao desemprego que os nacionais (+8 pontos percentuais que os nacionais). Este contexto social e económico dos imigrantes deixa-os por vezes encurralados em dois cenários: não aceder a serviços de saúde apropriados e atempadamente, ou recorrer de forma exagerada ou inadequada aos serviços de urgência e hospitalares, falhando o acompanhamento continuado da sua saúde. Os imigrantes podem também deixar de procurar os serviços de saúde pelas despesas e custos que lhe estão associados.

11. Numa outra vertente, este estudo procurou ainda aferir **as determinantes individuais da saúde**, procedendo sempre que possível a análises que atendem à influência de características sociodemográficas das populações (e.g. grupo etário, sexo, país de origem, escolaridade, profissão). Embora a maioria das



www.om.acm.gov.pt / om@acm.gov.pt

variáveis de caracterização dos indivíduos (e.g. escolaridade, rendimentos, profissão) que permitiria aferir com rigor a interferência dos determinantes individuais na saúde não esteja disponível nos indicadores de saúde, ou não se encontre acessível de forma desagregada por nacionalidade ou estatuto migratório, é possível defender também a sua interferência no estado de saúde das populações.

12. Este estudo vem também evidenciar que, de uma forma geral, os **imigrantes revelam indicadores do estado de saúde mais favoráveis do que os naturais portugueses**: apresentam uma maior prevalência de respondentes a classificar o seu estado de saúde como bom ou muito bom; têm uma menor prevalência de ausências ao trabalho por problemas de saúde e menor proporção de benefícios de proteção social por razões de doença; e, globalmente, uma menor prevalência de doenças crónicas.

13. Em detalhe, no que toca à **autoapreciação do estado de saúde**, verifica-se que na maioria dos países da Europa do Sul (sendo a imigração mais recente e em média mais jovem que a restante população) os **imigrantes tendem a se autopercecionam como mais saudáveis que os seus homólogos nativos**, o que também sucede em Portugal, onde 60% dos imigrantes reportaram um bom estado de saúde (contra apenas 47% dos nativos, em 2016). Em 2016, no Reino Unido, Irlanda e nos países de imigração recente da Europa do Sul (Chipre, Malta, Grécia, Itália e Espanha) mais de 75% dos imigrantes (nascidos no estrangeiro) reportaram um bom estado de saúde. Por contraste, os imigrantes que declararam bom estado de saúde em países do Báltico (Letónia, Estónia e Lituânia), onde a imigração é mais antiga e onde a média etária dos imigrantes é elevada, foram menos de 28%. Confirma-se que a estrutura etária das populações residentes nos vários países infere diretamente na autoapreciação do estado de saúde dos indivíduos. Comparando as respostas dos nascidos no estrangeiro e os nativos de Portugal com os mesmos grupos para a média dos 28 países da União Europeia, verifica-se que são os indivíduos de grupos etários mais jovens que reportam melhor estado de saúde, tanto no caso dos nascidos no estrangeiro como no caso dos nativos. Este indicador é também sensível a outras características demográficas e sociais dos países, observando-se a tendência para uma maior proporção de autoapreciação mais favorável do estado de saúde na população mais escolarizada e empregada. No caso dos naturais do estrangeiro, conclui-se ainda que a apreciação favorável vai diminuindo com o tempo de residência no país, ou seja, à medida que os imigrantes acumulam mais anos de permanência em Portugal, vai diminuindo a percentagem de autoapreciação do estado de saúde como muito bom e bom. É interessante ainda notar que, de 2008 para 2016, se verifica que nos países europeus mais afetados pela crise económica e financeira, há uma diminuição na percentagem dos respondentes que reportam boa ou muito boa saúde, especialmente no caso dos nascidos no estrangeiro. O caso português evidencia muito bem esta evolução na última década: em 2016, por comparação ao apurado em 2008, observa-se uma diminuição da percentagem de respondentes a reportar boa e muito boa saúde no caso dos nascidos no estrangeiro (-6pp para os inquiridos com mais de 16 anos e -1pp para os inquiridos entre os 16 e 44 anos).

14. Em 2016, na maioria dos países da União Europeia são os nascidos no estrangeiro os que reportam menor percentagem de indivíduos (média da União Europeia 13,5%) com **limitações nas atividades diárias devido a problemas de saúde**, quando comparados com os nativos (17%). Portugal acompanha a média dos países europeus, tendo os nascidos no estrangeiro em 2016 reportado -4,1 pontos percentuais de situações de limitações nas atividades diárias devido a problemas de saúde (21%), quando comparados com os nacionais (25,1%). São os países da União Europeia mais recentes no acolhimento de imigrantes e/ou com uma população nascida no estrangeiro mais jovem, aqueles onde os imigrantes menos reportam limitações nas atividades diárias devido a problemas de saúde e/ou mais se distanciam da população nativa (e.g. Chipre, Malta, Itália, Grécia, Espanha, Portugal). Globalmente nota-se ainda que os naturais do estrangeiro em Portugal tendem a reportar sempre, ao longo dos anos, uma maior percentagem de indivíduos sem limitações na realização de atividade devido a problemas de saúde, embora ao longo dos anos a distância entre os dois grupos (de nativos e naturais do estrangeiro) esteja a diminuir: em 2006 os naturais do estrangeiro reportam 90,2% de indivíduos nada limitados por comparação a 70,8% no caso dos naturais portugueses (+19,4pp que



www.om.acm.gov.pt / om@acm.gov.pt

os naturais portugueses), em 2011 assumem +15,6 pontos percentuais que os naturais portugueses e em 2016 cerca de +8,5 pontos percentuais.

15. Ainda no âmbito do estado de saúde, os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 confirmam que **os naturais do estrangeiro tendem a ausentar-se do trabalho ligeiramente menos que os naturais portugueses** devido a problemas de saúde: 26,1% da população empregada portuguesa declarou em 2014 ter-se ausentado do trabalho por problemas de saúde e 25,8% (-0,3pp) da população empregada natural do estrangeiro. Em consequência, nota-se também que, em termos relativos, os contribuintes estrangeiros tendem a requerer menos subsídios de doença que os contribuintes nacionais em Portugal.

16. Também no que toca às **doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados** se verifica a mesma tendência: os naturais do estrangeiro tendem a apresentar menor expressão de doenças crónicas quando comparados com os nativos dos países da União Europeia. As características sociodemográficas de cada país têm também um efeito direto e evidente no reporte destes indicadores de saúde. A comparação dos resultados destes indicadores para Portugal com a média da UE28, mostra claramente que Portugal é simultaneamente um país com uma estrutura demográfica envelhecida e um país de imigração recente, apresentando os imigrantes maior concentração nos grupos etários mais jovens quando comparados com os nativos. Deste modo, no contexto europeu, o país tem assumido nos últimos anos tanto das mais altas percentagens de nativos que reportam doenças crónicas (42,2% em 2016, superado apenas nesse ano pela Finlândia e Alemanha, com 48% e 43%, respetivamente), como os imigrantes reportam menor prevalência de doenças crónicas quando comparados com os nativos (23,9% em 2008 e 31,4% em 2016, ligeiramente acima da média da UE28 desde 2015, embora até 2014 se tenha mantido sempre em valores abaixo da média da UE28). Verifica-se, por outro lado, ao longo da última década em Portugal (e acompanhando o observado na maioria dos países da UE28) um agravamento da percentagem de indivíduos que reportam doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados, tanto no caso dos nascidos no estrangeiro como no caso da população nativa: de 2008 para 2016, a percentagem da população nativa de Portugal com doença crónica ou problema de saúde prolongado aumentou de 33,8% para 42,2% (+8,4pp), e no caso dos nascidos no estrangeiro a percentagem subiu de 23,9% para 31,4% (+7,5pp). Recorrendo aos dados dos *Inquéritos Nacionais de Saúde* de Portugal de 2005/2006 e 2014, confirmam-se algumas diferenças entre os imigrantes e os nativos, embora globalmente os imigrantes tendam a apresentar sempre menor propensão na generalidade das doenças crónicas aferidas, uma vez que apresentam uma menor percentagem de doentes crónicos.

17. Nos **fatores de risco para a saúde** a população de naturalidade estrangeira apresenta resultados mais desfavoráveis que os naturais portugueses: apresentam maior prevalência de tabagismo, alcoolismo e pior alimentação. Por sua vez nos **fatores protetores de saúde** são os imigrantes que apresentam resultados mais favoráveis por comparação aos naturais portugueses, praticando mais exercício físico e mais deslocações a pé numa semana normal.

18. Este estudo contempla, igualmente, uma análise dos **acordos internacionais de saúde** que induzem a fluxos migratórios por razões de saúde (de entrada ou de saída de Portugal), com o objetivo do cidadão estrangeiro receber cuidados de saúde programados em Portugal ou o cidadão segurado em Portugal receber no estrangeiro cuidados de saúde - em ambos os casos previamente autorizados por Portugal, destacando-se dois grandes grupos: (1) dos cidadãos de um Estado-membro da União Europeia, EEE e Suíça que se deslocam a outro Estado-membro para tratamento médico com a devida autorização prévia do Estado competente; e (2) dos cidadãos nacionais de países terceiros à União Europeia com acordos de cooperação com Portugal no domínio da saúde. Procedendo à análise destes dois grandes grupos, segundo o sentido do fluxo migratório - de saída ou de entrada em Portugal - para a obtenção de cuidados de saúde, é possível verificar que enquanto os fluxos de saída de Portugal têm diminuído ao longo da última década, os fluxos de entrada em Portugal para assistência médica têm aumentado.



www.om.acm.gov.pt / om@acm.gov.pt

19. Este Caderno vem ainda retratar **as condições de acesso dos vários grupos de imigrantes e estrangeiros à proteção da saúde e aos cuidados de saúde em Portugal**, na dimensão jurídico-legal e institucional, por um lado, e, por outro lado, atendendo à prática administrativa deste direito, identificando algumas das barreiras que persistem à equidade em saúde e na utilização de serviços de saúde, comparando imigrantes e não imigrantes.

20. No que toca ao **enquadramento legal e respostas institucionais de saúde para imigrantes**, este estudo sintetiza as principais referências político-legais da área da saúde e com implicações na proteção da saúde dos utentes estrangeiros em Portugal e na sua inscrição e acesso ao sistema de saúde português, entre 1976 e 2017. Esta sistematização de referências político-legais permite verificar que a clarificação do direito à proteção da saúde dos estrangeiros residentes e do seu acesso a cuidados de saúde – sejam esses estrangeiros, imigrantes europeus, extracomunitários com autorização de residência, requerentes de asilo e proteção subsidiária, ou imigrantes em situação irregular no país – fez-se em Portugal só já na transição para o século XXI, quando a população estrangeira residente aumenta a sua importância numérica, desenvolvem-se as primeiras políticas, serviços e programas para a integração de imigrantes no país, e o país começa a desenvolver políticas e programas com preocupações de combate a iniquidades em saúde e estratégias de promoção de mais saúde para todos.

21. As preocupações com a proteção da saúde dos imigrantes residentes no país tornam-se só mais explícitas bastante depois da própria criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1978, sendo contemporâneas da definição das primeiras prioridades e estratégias de atuação na vertente da promoção da saúde para todos e de combate às iniquidades em saúde (e.g. Plano Nacional de Saúde 2004/2010), e do desenvolvimento de políticas e serviços de integração para imigrantes em Portugal (e.g. criação dos Centros Nacionais de Integração de Imigrantes em 2004 com gabinete de saúde, criação do Serviço de Tradução Telefónica em 2006, definição de Planos para a Integração de Imigrantes com medidas na área da saúde desde 2007).

22. Assim, **no caso específico da proteção da saúde dos imigrantes, é só já na viragem do século, com o aumento substantivo da imigração para Portugal**, crescimento da diversidade de nacionalidades e do número de residentes estrangeiros no país, que o país identificou a necessidade de clarificar as condições de acesso ao direito formal de proteção da saúde dos imigrantes, em particular para os nacionais de países extracomunitários, reconhecendo os desafios, contradições e iniquidades que o enquadramento legal gerava, nomeadamente associados ao princípio da reciprocidade. Em 2001 é clarificado o princípio do acesso universal aos cuidados de saúde por parte dos imigrantes de países terceiros à União Europeia, independentemente do seu estatuto administrativo regular ou irregular no país. Nos anos que se seguiram Portugal manteve-se a assumir a importância da promoção da proteção e do acesso à saúde para todos, entre os quais os imigrantes, conforme salvaguardado na Constituição, e a promover o combate às iniquidades em saúde, sendo que nesse período o país era também reconhecido internacionalmente por assumir um forte compromisso político na integração dos imigrantes, desenvolver e implementar políticas amigas dos imigrantes e por promover o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. Contudo, no fim da primeira década do século XXI, o país é afetado por uma crise económica e financeira que teve incontornáveis impactos no serviço nacional de saúde e na proteção da saúde de todos os residentes, entre os quais os imigrantes residentes. A aplicação de medidas e reformas induziram à diminuição da despesa do SNS a partir de 2010, mas conduziram também - em virtude de cumulativamente o país ter passado a viver um contexto de crise económica e financeira que conduziu à chegada da *troika*, em 2011-, a um aumento das desigualdades, exclusão social e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, nomeadamente por imigrantes, contrariando a expectativa de alguns dos investimentos das políticas da primeira década do século XXI para os imigrantes no domínio da integração e particularmente da saúde.



www.om.acm.gov.pt / om@acm.gov.pt

23. O estudo retrata várias naturezas de barreiras ou de efeitos desmobilizadores da utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: barreiras diretas e explícitas no acesso (propriamente dito) a serviços de saúde e que estão ligadas a constrangimentos legais e administrativos (e.g. prática da lei, aumento de taxas moderadoras e diminuição do universo de isentos); barreiras no uso efetivo dos serviços (e.g. qualidade dos serviços prestados, falta de profissionais de saúde, nomeadamente de médicos de família); e barreiras indiretas ou implícitas associadas à condição de imigrante e que se repercutem tanto no acesso como durante o uso efetivo do serviço (e.g. dificuldades de compreensão da burocracia de inscrição no sistema de saúde; receios de serem identificados pelas autoridades em situação de irregularidade no país; dificuldades linguísticas e/ou dificuldades de comunicar com os profissionais do SNS). Constata-se que as barreiras no acesso a cuidados de saúde aumentaram desde o início da segunda década do século XXI, em virtude de mudanças induzidas nas políticas de saúde e nos serviços públicos de saúde, por o país ter atravessado uma crise económica e financeira.

24. Os dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde acerca da utilização dos serviços de saúde revelam que globalmente os imigrantes tendem a procurar menos os serviços de saúde que os portugueses não-imigrantes, a consultar menos um médico nos últimos meses e a passar mais tempo desde a última consulta médica de especialidade que tiveram, embora deva reconhecer-se que os indicadores em torno da utilização dos cuidados de saúde nem sempre refletem de forma direta e proporcional as reais necessidades efetivas e efetivadas de cuidados de saúde (tanto podem refletir melhor estado de saúde dos imigrantes que dispensa os cuidados de saúde; como pode ainda refletir dificuldades ou barreiras no acesso aos cuidados de saúde que os tornam sub-representados no universo de utilizadores dos serviços de saúde). Deve ainda atender-se que as circunstâncias sociais e económicas de alguns grupos imigrantes (com níveis mais baixos de habilitações, mais baixos rendimentos, piores condições de trabalho, e com maior exposição ou risco de exclusão social) afetam diretamente o uso dos serviços de saúde das sociedades onde residem, não se devendo descurar a interferência destes determinantes sociais na utilização dos serviços de saúde e/ou de enviesamento na procura dos serviços de saúde, que nada tem a ver com melhores estados de saúde. A comparação dos resultados de 2005 e 2014 dos Inquéritos Nacionais de Saúde, parece, também, confirmar a ideia de que os imigrantes foram mais afetados pela crise que os não-imigrantes, induzindo neste caso a uma diminuição da procura dos imigrantes por cuidados de prevenção e de medicina familiar, ganhando por contraponto uma maior proporção de população que foi ao hospital a serviços de urgência para cuidados de saúde por total de residentes.

25. No que toca a necessidades médicas não atendidas, o estudo mostra que em Portugal a percentagem dos residentes de naturalidade estrangeira que declararam necessidades médicas não atendidas foi superior em 2016 face a 2006 (+0,6pp). Para estes residentes, a linha evolutiva mostra dois picos onde o acesso e uso de serviços de saúde se mostrou mais difícil: em 2009 e em 2015, quando respetivamente 7,1% e 7,7% dos naturais do estrangeiro declararam necessidades médicas não satisfeitas. Neste indicador são notórios os efeitos da crise económica e financeira vivida no país a partir de 2011, quer para os nativos, quer para os naturais do estrangeiro. Verifica-se também que nos anos da crise económica e financeira vivida em Portugal, aumentaram as razões de necessidades não satisfeitas de consulta médica relacionadas com outras razões que não com o sistema de saúde, tanto no caso da população de naturalidade portuguesa como de naturalidade estrangeira. Ou seja, nos últimos anos as necessidades não satisfeitas de consulta médica em Portugal aumentaram muito por um aumento de razões não relacionadas com o sistema de saúde, mas relacionadas, nomeadamente, com a condição socioeconómica da população que aumentou o seu risco de pobreza ou exclusão social nesses anos.

26. As taxas de mortalidade dos imigrantes são mais baixas que as taxas dos nativos (em 2016, a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal registou menor taxa de mortalidade -3,9%- que a população de nacionalidade portuguesa - 11,0%). Estes resultados devem contudo ser relativizados



www.om.acm.gov.pt / om@acm.gov.pt

atendendo à estrutura etária das duas populações (ou seja, se a população de nacionalidade portuguesa é mais envelhecida que a população de nacionalidade estrangeira é expectável que apresente taxas de mortalidade superiores). Por outro lado, os resultados dos indicadores analisados ao longo do estudo (autoapreciação do estado de saúde, prevalência de incapacidades temporárias por problemas de saúde ou de doenças crónicas, exposição a fatores de risco e fatores protetores de saúde) não induzem necessariamente a resultados lineares ou consequentes na mortalidade dos dois grupos. Algumas razões podem destacar-se para compreender a não causalidade direta entre o estado e saúde e a mortalidade dos imigrantes por comparação aos não imigrantes: os imigrantes tendem a mostrar padrões distintos de doenças quando comparados com os nativos, sofrendo menos de doenças mortais (e.g. cancro) e mais de doenças crónicas que afetam a qualidade de vida (e.g. depressão, artrites); os imigrantes podem morrer de outras causas que não interferem diretamente na sua autoapreciação de saúde por serem imprevistas ou de causas externas (e.g. acidentes de trabalho mortais, doenças do aparelho circulatório e do coração, doenças cérebro-vasculares); finalmente deve atender-se ainda que os imigrantes em idade de reforma ou com doenças terminais ou crónicas podem optar por regressar ao seu país de origem, induzindo a que as estatísticas da mortalidade e das causas de morte podem estar subdimensionadas para os imigrantes por comparação aos nativos das sociedades de acolhimento, uma vez que o registo do óbito não é feito no país de acolhimento em caso de morte, mas no país de origem.

27. A análise dos óbitos ocorridos em Portugal no período entre 2005 e 2016, segundo a naturalidade e a causa de morte, evidencia que **os cidadãos de nacionalidade estrangeira apresentam percentagens superiores aos cidadãos de nacionalidade portuguesa no que toca a mortes não naturais**: em 2016, enquanto os óbitos por causas não naturais representavam 4,2% do total de óbitos de cidadãos de nacionalidade portuguesa, no caso dos cidadãos de nacionalidade estrangeira oriundos de países da União Europeia estas mortes representavam 11,9% do total, sendo que entre os cidadãos naturais de países extracomunitários totalizavam 6,6%. A análise das causas de morte revelou ainda que, muito embora no ano de 2016 as duas principais causas de morte (doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos) sejam comuns às duas populações de nacionalidade portuguesa e estrangeira, denotam-se algumas dissemelhanças quando se analisam as restantes causas de morte subjacentes aos dois universos em análise. Conclui-se igualmente que determinadas causas de morte assumem valores mais expressivos junto da população de nacionalidade estrangeira quando comparados com os valores da população de nacionalidade portuguesa. Em 2016 é possível observar, por exemplo, que as “causas externas de lesão e envenenamento” representam a 4ª causa de morte mais frequente entre os naturais do estrangeiro, sendo responsável por 11,9% dos óbitos dos naturais da UE e por 6,6% dos óbitos dos naturais de países extracomunitários. No mesmo período, essa mesma causa de morte atingiu apenas 4,2% do total de óbitos de cidadãos de nacionalidade portuguesa, posicionando-se em 11º lugar no ranking das principais causas de morte desta população em particular. Acresce que, entre as principais causas que mais contribuem para a mortalidade dos cidadãos de nacionalidade estrangeira, surgem três causas que estão ausentes no universo populacional de nacionalidade portuguesa: os acidentes (que assumem 6,8% dos óbitos dos naturais da UE e 3,9% dos óbitos dos naturais de países terceiros); as causas desconhecidas e não especificadas (3,9% dos óbitos dos naturais da UE e dos óbitos dos naturais de países terceiros) e as doenças infecciosas e parasitárias (1,9% dos óbitos dos naturais da UE e 4% dos óbitos dos naturais de países terceiros). De notar que, entre a população de nacionalidade estrangeira, os óbitos causados por acidentes são inclusivamente a 7ª causa de morte mais frequente. No que toca às doenças infecciosas e parasitárias importa referir que, embora representem a 14ª causa de morte mais frequente, são responsáveis por 4% dos óbitos de cidadãos naturais de países terceiros, o que representa um valor não despreciable atendendo a que nesta categoria se incluem doenças como a tuberculose, HIV/SIDA e hepatite viral.



www.om.acm.gov.pt / om@acm.gov.pt

28. Os dados analisados neste Caderno referentes às **doenças de declaração obrigatória** revelam que em 2016 o total de óbitos decorrentes de doenças de declaração obrigatória foi de 603, tendo **estes valores decrescido na década analisada**, contabilizando-se 1.147 mortes motivadas por estas doenças em 2005. Estes óbitos decresceram quer na população de naturalidade portuguesa (em 2005 estes óbitos eram 965 passando para 503 em 2016), quer na população de naturalidade estrangeira (em 2005 estes óbitos eram 182 passando para 100 em 2016). Em 2016, as mortes provocadas por doenças de declaração obrigatória representaram 0,5% da mortalidade no país, e tiveram maior incidência nos cidadãos de naturalidade estrangeira de países extracomunitários (2,7% do total de óbitos dos cidadãos de naturalidade de países extracomunitários) que nos cidadãos de naturalidade portuguesa (0,5% do total de óbitos destes cidadãos) e nos cidadãos de naturalidade estrangeira provenientes da União Europeia (0,6% do total de óbitos destes cidadãos).

29. A relação entre imigração e saúde tem sido mais caracterizada na perspetiva dos imigrantes enquanto utentes dos serviços nacionais de saúde. Porém, outra dimensão relevante desta relação é a da **migração de profissionais de saúde** para os sistemas nacionais de saúde dos países de acolhimento. Este estudo também mostra que os imigrantes têm assumido um papel enquanto prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente para suprir carências ao nível da oferta de profissionais de saúde. Este Caderno contempla assim, numa outra vertente, a análise de dados que sustentam a leitura dos **contributos dos imigrantes para o sistema de saúde português**, considerando indicadores acerca dos recursos humanos estrangeiros e fluxos de profissionais de saúde estrangeiros que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e/ou respondem a necessidades do sistema nacional de saúde (trabalhando também por conta de outrem em atividades de saúde no sector privado). A integração de competências culturais na prestação de cuidados de saúde por via da incorporação de diferentes nacionalidades nos profissionais de saúde, pode ser também uma via de acomodar as necessidades das populações imigrantes nas próprias necessidades e lacunas dos serviços nacionais de saúde que carecem de profissionais. Deve contudo, reconhecer-se, que Portugal, por comparação aos restantes países da OCDE, está longe de se assumir como um destino preferencial da migração de profissionais de saúde, identificando-se na realidade que muitos dos recursos humanos estrangeiros integrados no sistema de saúde português têm-no feito já se encontrando no país, por vezes em situação de sobrequalificação no mercado de trabalho nacional, por via de pedidos de reconhecimento de graus académicos estrangeiros no domínio da saúde e por via de programas de formação complementar já em contexto português.

30. No domínio da saúde, como a medicina e a enfermagem são profissões reguladas, os médicos e enfermeiros estrangeiros têm que se submeter a um processo de **reconhecimento dos seus diplomas**. Este reconhecimento envolve geralmente um período de estágio e, apenas para os médicos, um conjunto de exames (comunicação, teoria e de diagnóstico clínico). Ultrapassada essa etapa com êxito, podem nessa altura registar-se na Ordem dos Médicos ou na Ordem dos Enfermeiros e, assim, obter a licença profissional obrigatória para o exercício destas profissões. Por outro lado, as duas ordens são também responsáveis pelo reconhecimento da especialidade obtida no estrangeiro, com a particularidade que o procedimento é o mesmo para nacionais e estrangeiros. Globalmente, verifica-se uma tendência de crescimento no reconhecimento de qualificações e registo de graus académicos estrangeiros da área da saúde: entre 2008 e 2015 verificou-se um aumento de +364% no número de reconhecimentos e registos de qualificações atribuídos (passando de 95 em 2008 para 441 em 2015). As áreas de formação no domínio da saúde onde se registou o maior número de reconhecimentos e registos de graus académicos estrangeiros, no período foram as áreas transversais da Saúde (47,9%), da Medicina (41,5%) e das Ciências Dentárias (2,9%). A área da enfermagem posicionou-se na sétima posição, com apenas 0,6% do total de reconhecimentos/registos no domínio da saúde. Contudo, quando se analisam as equivalências conclui-se que no período entre 2008 e 2016 a Medicina (85,8%) e Enfermagem (6,6% do total de equivalências) foram as áreas de estudo no domínio da saúde onde se registou o maior número de equivalências.



www.om.acm.gov.pt / om@acm.gov.pt

31. No que toca aos **recursos humanos estrangeiros no Serviço Nacional de Saúde**, verifica-se em Portugal que ao longo da última década têm evoluído os recursos humanos estrangeiros do Ministério da saúde, tendo na viragem do milénio aumentado substantivamente o número de médicos e enfermeiros de nacionalidade estrangeira contratados pelo Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente por Portugal ter formalizado alguns acordos para o recrutamento de profissionais de saúde desde a viragem do século (e.g. Cuba em 2009 e 2014, Uruguai em 2008, Costa Rica em 2011, Colômbia em 2011) e promovido programas de reconhecimento e integração profissional de médicos imigrantes e enfermeiros imigrantes. Segundo dados do Ministério da Saúde para os últimos quinze anos (2001-2016), **2004 foi o ano em que mais recursos humanos de nacionalidade estrangeira integravam serviços do ministério** (4.490 recursos humanos, o equivalente a 3,5% do total de recursos humanos do ministério). Nos últimos anos observou-se uma diminuição destes efetivos estrangeiros (acompanhando a própria diminuição dos recursos humanos nacionais no SNS, especialmente médicos e enfermeiros) estabilizando em torno dos 3 mil, ou seja, em cerca de 2,4% dos recursos humanos do Ministério da Saúde. Em 2016 o SNS integrava 1.858 médicos e 554 enfermeiros de nacionalidade estrangeira, havendo 703 trabalhadores estrangeiros em outras profissões da saúde. Na última década observou-se particularmente uma diminuição de enfermeiros de nacionalidade estrangeira (eram 1.054 em 2006, passando para cerca de metade em 2016), mantendo-se relativamente estável o número de médicos com nacionalidade estrangeira integrados no SNS português, depois de uma ligeira descida entre 2008 e 2013.

32. Os dados dos **Quadros de Pessoal** do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, relativos às **empresas com trabalhadores por conta de outrem ao seu serviço**, estando tendencialmente associados ao sector privado, uma vez que se exclui deste universo a administração pública central e local, mostram tendências semelhantes. Em 2016 encontravam-se registados nos Quadros de Pessoal 86.672 trabalhadores no domínio da saúde, sendo que neste conjunto 1.685 tinham nacionalidade estrangeira (ou seja 1,9% do total). No que respeita aos dois subgrupos profissionais que compõem este universo de trabalhadores por conta de outrem, destaca-se o subgrupo dos “Profissionais de Saúde” (sobretudo composto por médicos e enfermeiros) que apresenta o maior número de profissionais estrangeiros, quando comparado com o subgrupo dos “Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio da Saúde” (e.g. técnicos da medicina e farmácia, auxiliares de enfermagem e parteiras, assistentes de veterinários): em 2016 os “Profissionais de saúde” estrangeiros eram 1.176 (representando 2,1% do total) e os “Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio da Saúde” de nacionalidade estrangeira perfaziam 509 (1,7% do total de técnicos desta área). Os dados dos Quadros de Pessoal permitem ainda estabelecer comparações ao nível das remunerações médias dos trabalhadores estrangeiros face aos trabalhadores portugueses, mostrando que, em 2016 os “profissionais de saúde” estrangeiros registaram remunerações globalmente mais altas que os “profissionais de saúde” portugueses (+25,9%), observando-se o inverso nas remunerações dos “técnicos e profissionais de nível intermédio da saúde” (-16,1% que os técnicos portugueses).

Aceda a esta e a outras publicações do Observatório das Migrações em

www.om.acm.gov.pt