

Capítulo 20

Saúde dos imigrantes

Desigualdades e crise no SNS

Beatriz Padilla

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL)

Vera Rodrigues

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL)

Jéssica Lopes

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL)

Alejandra Ortiz

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL)

Introdução

“As iniquidades em saúde existem porque existem políticas erradas”, afirmou Margaret Chan, diretora-geral da Organização Mundial da Saúde, durante a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde em 2011, evidenciando o papel que as políticas públicas, especialmente as políticas de saúde, desempenham em combatê-las. Mesmo no continente europeu, onde se encontram muitos dos países ricos e com um alto nível de vida, as desigualdades e iniquidades no acesso à saúde por parte de diferentes populações, entre elas os imigrantes e minorias étnicas (Marmot *et al.*, 2012), podem ser constatadas. O conceito de desigualdades em saúde envolve as diferenças do estado de saúde de indivíduos ou grupos, sendo que podem ser medidas por uma série de variáveis como a esperança de vida, a mortalidade ou a prevalência de doenças. No entanto, o conceito de desigualdades em saúde pretende ser isento de valorações ou juízos morais ou de justiça ou injustiça relacionadas com as ditas desigualdades. Contrariando essa neutralidade, o conceito de iniquidades ou disparidades em saúde contempla um tipo de desigualdade assente numa diferença em saúde que é injusta e, nesse sentido, apontamos que são diferenças sistemáticas que podem e devem ser evitadas, utilizando ferramentas, entre elas, políticas razoáveis. A modo de exemplo, enquanto as diferenças de saúde com base na idade são maioritariamente inevitáveis (i.e., os jovens são mais saudáveis), as diferenças por causa do acesso aos serviços de saúde são evitáveis se o acesso for facilitado a todos. Neste sentido, “a persistência das diferenças em saúde baseadas na nacionalidade, raça/etnicidade, ou outros fatores sociais levantam preocupações morais, ofendendo a noção básica de equidade e justiça” (Arcaya *et al.*, 2015: 2).

As disparidades evidenciadas na saúde dos imigrantes são muitas. Uma forma de avaliá-las é observando quais são os obstáculos que estas populações enfrentam no acesso aos cuidados de saúde e a qualidade dos mesmos, de modo a poder

sugerir estratégias para paliar as ditas iniquidades. Dixon *et al.* (2003) diferenciam entre o acesso e a utilização efetiva dos serviços de saúde, enquanto o acesso é determinado por vários fatores vinculados a questões legais e de regulação de isenções, o uso efetivo depende de fatores sociais, culturais e linguísticos relacionados com a efetivação da cidadania. Neste sentido, vários estudos demonstram que as barreiras que as populações migrantes enfrentam são múltiplas e de diferente natureza (Padilla, 2013; Padilla *et al.*, 2013), desde económicas e financeiras, linguísticas, culturais, legais e administrativas, sendo que o Estado e as suas políticas desempenham uma função importante em aliviar o peso dessas barreiras.

Este capítulo descreve as desigualdades e iniquidades de saúde existentes em Portugal entre as populações imigrantes. Parte de uma contextualização na qual se descreve o Sistema Nacional de Saúde desde a perspetiva da saúde dos imigrantes, destacando os efeitos negativos da crise económica e da própria reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para, posteriormente, apresentar a avaliação realizada dentro do MIPEX (Migrant Integration Policy Index) relativo às políticas de integração dos imigrantes, especificamente no âmbito da saúde, salientando quais as desigualdades e obstáculos vivenciados por estas populações e quais os processos de adaptação existentes a nível das políticas. Posteriormente são referidos casos empíricos, provenientes de vários projetos de investigação realizados no CIES-IUL, como ilustração das situações de desigualdade, discriminação e disparidades que condicionam o direito à saúde e a uma vida saudável por parte dos imigrantes que residem em Portugal. Por último, apresentam-se algumas reflexões finais.

Metodologia

O presente texto resulta de uma reflexão conjunta sobre material empírico proveniente de três projetos de investigação na área da saúde e imigrações realizados em Portugal, desenvolvidos entre 2010 e 2018, mais concretamente: “Saúde e cidadania: disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária das mães imigrantes” (2010-2013), financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia; EQUI-HEALTH — “Fostering health provision for migrants, the Roma, and other vulnerable groups”, coordenado pela Organização Internacional para as Migrações (OIM, Bruxelas), em colaboração com a COST Action IS1103 Adapting European Health Systems to Diversity (ADAPT) e o Migration Policy Group (MPG), no qual o caso português do MIPEX-Saúde foi coordenado por uma das autoras; e o projeto UPWEB — “Compreender as práticas de saúde em bairros superdiversos e reconceitualizar a teoria do Estado-providência” (2015-2018) financiado pela Norface.

Abrangendo praticamente a última década, os primeiros dois projetos permitiram captar de forma direta e indireta o momento da crise e os efeitos da *troika* enquanto o último, possibilitou isolar algumas das consequências da *troika* e do período pós-*troika*, durante o qual, contrariamente às expectativas, não se investiu em contrariar as disparidades pré e pós-*troika*. O material empírico selecionado para elaborar este capítulo teve como base metodologias de natureza qualitativa,