

Além-Fronteiras: Saúde Mental e Acesso a Cuidados de Saúde dos Imigrantes em Portugal

Notas informativas: análises do setor da saúde | 09

BPI | "la Caixa" Foundation Chair in Health Economics



Esta nota faz parte da Cátedra em Economia da Saúde, enquadrada na **Iniciativa para a Equidade Social**, uma parceria entre a Fundação “la Caixa”, o BPI e a Nova SBE, que nasceu em 2019 e visa apoiar o desenvolvimento do Sector Social em Portugal com uma visão de longo prazo, através da investigação e do apoio à capacitação das organizações sociais.

A cátedra em Economia da Saúde foi atribuída ao Professor Pedro Pita Barros e tem como objetivo promover a investigação sobre o sector da saúde, bem como o conhecimento e discussão da sociedade portuguesa quanto a tendências, desafios e políticas do setor da saúde. Consulte mais informações e documentos [aqui](#).



PEDRO PITA BARROS
Professor



CAROLINA SANTOS
Investigadora

Principais mensagens:

1. Esta Nota Informativa avalia não só como a origem dos imigrantes (nascidos fora da UE vs. nascidos em países da UE), mas também os seus motivos de imigração (de índole económica vs. não-económica) influenciam a sua saúde mental, acesso a cuidados de saúde e comportamentos de risco para a saúde em Portugal.
2. Em Portugal, imigrantes nascidos noutros países da União Europeia têm melhor saúde mental do que os nativos – o chamado *efeito do imigrante saudável*. Porém, o *efeito do imigrante saudável* esbate-se com o tempo de residência em Portugal. Este efeito também é detetado para imigrantes que vêm para Portugal por motivos não económicos.
3. Imigrantes nascidos fora da União Europeia apresentam uma maior desproteção financeira para despesas em saúde do que os nativos, uma vez que estão menos cobertos por subsistemas de saúde ou por seguros de saúde privados. Imigrantes que vêm para Portugal por motivos económicos também estão mais desprotegidos para despesas em saúde do que os nativos.
4. Os imigrantes recorrem menos a cuidados de Medicina Geral e Familiar do que os nativos.
5. Não existem diferenças entre imigrantes e nativos na utilização de cuidados de saúde mental nem em necessidades de cuidados de saúde mental não satisfeitas.
6. Uma grande percentagem de indivíduos nativos e imigrantes com sintomas depressivos clinicamente significativos não reconhece que necessita de cuidados de saúde mental. Especificamente, 69,3% dos nativos, 77,4% dos imigrantes não económicos e 52,0% dos imigrantes económicos com sintomas depressivos clinicamente significativos reporta não precisar de cuidados.

Além-Fronteiras: Saúde Mental e Acesso a Cuidados de Saúde dos Imigrantes em Portugal

Notas informativas: análises do setor da saúde | 09

1. Introdução

Nos últimos anos, a migração internacional para países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) atingiu máximos históricos, com um aumento de 10% na migração permanente em 2023, face ao registado em 2022 (OECD, 2024). A migração continuará a ser um catalisador de mudanças culturais e económicas, sobretudo nas regiões mais afligidas pela escassez de mão de obra e pelas alterações demográficas decorrentes do envelhecimento populacional. Na União Europeia (UE) perspectiva-se que a migração líquida continue a registar valores positivos nas próximas décadas, o que ajudará a mitigar a redução da população em idade ativa (EC, 2024).

Face ao aumento dos fluxos migratórios, torna-se cada vez mais premente promover a saúde dos migrantes de forma abrangente e inclusiva (OMS, 2024). Diversos planos e instrumentos têm vindo a ser desenvolvidos por organizações internacionais com o intuito de corrigir as barreiras estruturais que os migrantes enfrentam no acesso a cuidados de saúde. A título de exemplo, destacam-se o Plano de Ação para a Saúde de Refugiados e Migrantes na Região Europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS) 2023-2030 e o Plano de Ação sobre a Integração e a Inclusão para 2021-2027 da União Europeia (WHO, Regional Office for Europe, 2023; EC, 2020).

A relação entre migração e saúde tem sido amplamente estudada, com a literatura a focar-se tanto no impacto que a saúde tem na decisão de migração como no impacto que a migração tem no estado de saúde dos migrantes. Porém, os estudos tendem a centrar-se na saúde física dos migrantes, em detrimento da saúde mental (Elshahat et al., 2022). A menor atenção dada à saúde mental dos migrantes é surpreendente, tendo em consideração que a OMS define saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1948), e que os transtornos mentais estão entre as principais causas de carga global de doença (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Entre os transtornos de saúde mental, os transtornos depressivos são os que mais contribuem para os anos de vida ajustados por incapacidade (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

Um facto comumente observado na literatura é que os imigrantes, no momento de imigração, tendem a apresentar um melhor estado de saúde do que a população nativa do país de acolhimento – o chamado *efeito do imigrante saudável* (Raymond-Duchosal, 1929, citado em Barros e Medalho Pereira, 2009; Fonseca et al., 2007). Diferentes teorias têm vindo a ser apresentadas para justificar este fenómeno. A título de exemplo, destacam-se a teoria da seleção positiva e a hipótese do retorno seletivo (Diaz et al., 2016; Elshahat et al., 2022; Lee, 2019).

A teoria da seleção positiva preconiza que os migrantes tendem a pertencer ao segmento mais saudável da população no seu país de origem. Uma vez que a imigração implica custos – tanto financeiros como não financeiros – apenas indivíduos que antecipam ganhos significativos com a migração tenderão a tomar essa decisão. Melhor saúde aumenta a probabilidade de sucesso no mercado de trabalho no país de destino, pelo que a condição de saúde é um fator determinante na decisão de migrar (Barros e Medalho Pereira, 2009). Por outro lado, a teoria do retorno seletivo defende que os imigrantes, quando sujeitos a problemas de saúde de maior gravidade, voltam ao país de origem para ter apoio familiar ou beneficiar de cuidados de saúde mais acessíveis (Arenas et al., 2015; Diaz et al., 2016; Pablos-Méndez, 1994).

Contudo, esta vantagem no estado de saúde dos imigrantes face à população nativa, mesmo quando observada, tende a diminuir ao longo do tempo (Breslau et al., 2007), influenciada por fatores como a etnia (Ro and Bostean, 2015), o processo de aculturação (Pudaric et al., 2003), as condições laborais (Solé et al., 2013) e o estatuto legal (André e Azzedine, 2016).

A migração é impulsionada por uma interação complexa de fatores de diferentes níveis: micro, meso e macro (Heins et al., 2023). Ao nível micro, motivações individuais e familiares, como aspirações por melhores condições de vida, educação e emprego desempenham um papel crucial. O nível meso abrange influências comunitárias e sociais, como a cultura migratória, condições do mercado de trabalho e políticas de imigração que facilitam ou restringem a mobilidade. Ao nível macro, forças estruturais mais amplas – como desigualdade económica, instabilidade política, conflitos, alterações climáticas e avanços tecnológicos – influenciam os fluxos migratórios (Heins et al., 2023).

Apesar da multiplicidade de fatores que afetam as decisões de migração, existe escassa evidência empírica sobre como diferentes motivações para migrar influenciam a saúde e o acesso a cuidados de saúde dos migrantes. A presente Nota Informativa pretende preencher essa lacuna, analisando não só como a origem dos imigrantes (nascidos fora da UE vs. nascidos em países da UE), mas também os seus motivos de imigração (de índole económica vs. não-económica) influenciam a sua saúde, acesso a cuidados de saúde e comportamentos de risco em Portugal. Para tal, utilizaram-se dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 e 2019, tendo-se recorrido a um modelo de classes latentes para estimar a probabilidade de um dado indivíduo ser imigrante económico ou imigrante não-económico.

2. Contexto

A Constituição da República Portuguesa (CRP) estabelece um quadro legal protetor para os imigrantes, tanto regulares como irregulares, incluindo estrangeiros e apátridas (Raposo e Violante, 2021). De acordo com o N.º 1 do Artigo 15.º da CRP, os “estrangeiros e os apátridas que se encontrem ou residam em Portugal gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres do cidadão português”. Apesar do plasmado na CRP, persistem debates sobre a abrangência desses direitos, em particular sobre se se aplicam a todos os estrangeiros ou apenas aos que detêm residência legal (Raposo e Violante, 2021). Uma das áreas mais influenciadas por este enquadramento legal é o acesso à saúde. A CRP garante o direito à proteção da saúde, maioritariamente por via do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que tem carácter universal e tendencialmente gratuito (Artigo 64.º). Porém, apenas com a publicação da Lei de Bases de Saúde de 2019 ficou explicitamente estabelecido que tanto imigrantes regulares como irregulares são beneficiários do SNS (Base 21, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) (Raposo e Violante, 2021). Antes dessa clarificação, o acesso dos migrantes aos cuidados de saúde dependia de acordos de reciprocidade com outros países ou do seu estatuto de residência (Raposo e Violante, 2021).

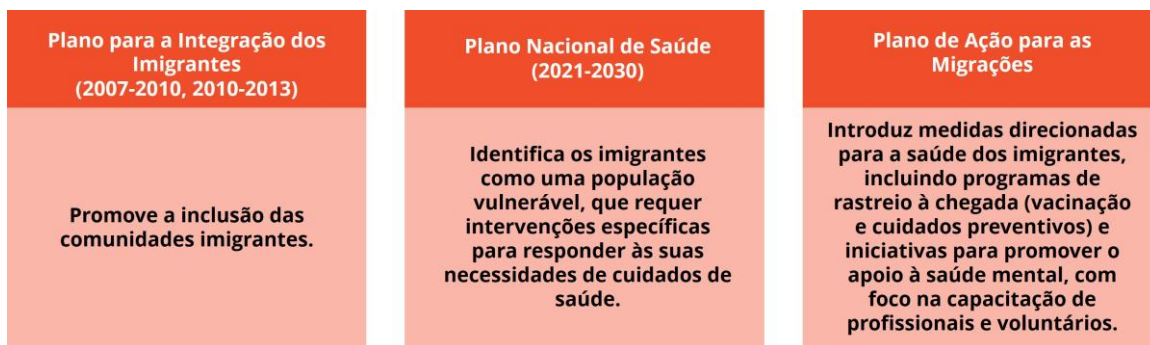
No que constitui um retrocesso nos direitos dos imigrantes, o Parlamento português aprovou, em dezembro de 2024, propostas legislativas para restringir o acesso de estrangeiros não residentes ao SNS (Assembleia da República, 2024; Grupo Parlamentar do CHEGA, 2024a, 2024b; Grupos Parlamentares do PSD e do CDS-PP, 2024). Essas propostas visam alterar a Lei de Bases da Saúde de 2019, removendo indivíduos sem estatuto legal da lista de beneficiários do SNS. Com as alterações propostas, os não residentes terão de apresentar comprovativo de seguro de saúde e identificação para aceder aos serviços do SNS, com exceção de situações de emergência ou de risco de vida. Embora as propostas tenham sido aprovadas pelo Parlamento, a sua entrada em vigor depende da aprovação do Presidente da República e da sua subsequente publicação em Diário da República.

Estes desenvolvimentos ocorrem no contexto mais amplo das dinâmicas migratórias recentes em Portugal. Historicamente, Portugal foi um país de emigração, com um grande número de portugueses a migrar para Angola e Moçambique. No entanto, a descolonização (1974-1976) levou ao repatriamento em massa de cerca de 500.000 ex-colonos portugueses (Peralta et al., 2022). A emigração continuou nas décadas seguintes, sobretudo para países europeus, e a emigração qualificada é uma tendência significativa à data de hoje.

Porém, sobretudo desde 1990, Portugal tornou-se um país de destino para imigrantes, inicialmente das recentes ex-colónias e, mais tarde, do Brasil e da Europa de Leste (Góis e Marques, 2018; Peralta et al., 2022). Em 2023, Portugal registou um saldo migratório positivo pelo sétimo ano consecutivo, o que compensou o saldo natural negativo, resultando no crescimento da população residente pelo quinto ano consecutivo (Instituto Nacional de Estatística, 2024). De acordo com os Censos de 2021, a comunidade brasileira constitui o maior grupo estrangeiro em Portugal, com 199.810 pessoas (36,9%) (Instituto Nacional de Estatística, 2023). A comunidade angolana era a segunda maior (5,8%), seguida pela cabo-verdiana (5,0%).

Em resposta ao crescente influxo de migrantes nas últimas décadas, Portugal implementou diversos instrumentos com vista à sua inclusão, nomeadamente ao que no acesso à saúde diz respeito, como sumariamente se expõe na Figura 1.

Figura 1. Exemplos de planos com medidas direcionadas para a integração dos imigrantes em Portugal



Em Portugal, os cuidados de saúde mental são assegurados pelo SNS, que tem carácter universal e tendencialmente gratuito. Desde a aprovação da Lei de Saúde Mental (1999) que se procurou integrar os cuidados de saúde mental na rede hospitalar de cuidados gerais (Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro), mas o progresso foi limitado pela falta de recursos. O Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) impulsionou essas mudanças, mas sua implementação foi interrompida pelo Programa de Assistência Económica e Financeira 2011-2014 (Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro).

Recentemente, com o intuito de ultrapassar os desafios que persistem em matéria de cuidados de saúde mental em Portugal, foram introduzidas reformas que visam expandir os cuidados comunitários e melhorar a integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho; Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro). Apesar destes esforços, as equipas comunitárias de saúde mental são insuficientes para fazer face às necessidades da população, pelo que se regista um número elevado de episódios de urgência, internamentos e reinternamentos por problemas de saúde mental (Roxo e Perelman, 2022). Adicionalmente, apenas uma pequena fração dos doentes que necessitam de cuidados de saúde mental recebe tratamento no primeiro ano após o surgimento dessa necessidade (Roxo e Perelman, 2022).

3. Dados

Este estudo baseia-se em dados dos 5.º e 6.º Inquéritos Nacionais de Saúde (INS), realizados em Portugal em 2014 e 2019. O INS recolhe informação sobre o estado de saúde, utilização de cuidados de saúde e determinantes de saúde da população residente em Portugal, independentemente da sua nacionalidade ou estatuto migratório (Barros e Medalho Pereira, 2009; Dias et al., 2018).¹

Embora o INS recolha dados de indivíduos com 15 ou mais anos de idade, a presente análise cinge-se a adultos, uma vez que as crianças apresentam comportamentos de saúde e procura por cuidados de saúde distintos, que exigem uma análise separada (Barros e Medalho Pereira, 2009). Especificamente, o estudo foca-se em indivíduos com 20 ou mais anos, dado que a coorte mais jovem do 5.º INS inclui indivíduos entre 15 e 19 anos.

Definiu-se imigrantes como indivíduos nascidos fora de Portugal, em conformidade com a definição proposta pela OCDE (OECD, 2009). Adicionalmente, distinguiu-se entre imigrantes nascidos noutros países da UE e imigrantes nascidos fora da UE. A amostra inclui 29.573 indivíduos nascidos em Portugal, 509 nascidos noutros países da UE e 1.484 nascidos fora da UE. Em média, os imigrantes são mais jovens do que os nativos. De facto, entre os indivíduos nascidos em Portugal, 46,1% tem idades iguais ou superiores a 60 anos, ao passo que entre indivíduos nascidos noutros países da UE esta percentagem é de 27,1% e entre indivíduos nascidos fora da UE é de apenas 16,6%.²

O facto de a população nativa ser mais idosa reflete-se, por seu turno, num menor nível médio de escolaridade e de rendimento dos nativos face aos imigrantes. De facto, como ilustrado na Figura 2, entre os nativos com 60 ou mais anos de idade, apenas 6,5% dos indivíduos têm educação avançada (i.e., bacharelato ou licenciatura 1º ciclo; licenciatura pré-Bolonha ou mestrado 2º ciclo; doutoramento). Entre os imigrantes com 60 ou mais anos, esta percentagem é de 29,0% para imigrantes nascidos noutros países da UE e de 24,4% para imigrantes nascidos fora da UE.

Em termos de rendimento, as disparidades entre nativos e imigrantes são ténues para a população com idades compreendidas entre os 20 e os 59 anos, mas são expressivas para a população com 60 ou mais anos. Como é possível observar na Figura 3, para pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 59 anos, a percentagem de indivíduos no quintil de rendimento mais elevado é de 21,1%, 26,2% e de 24,4% na população nativa, na população de imigrantes de outros países da UE e na população de imigrantes nascidos fora da UE, respetivamente. Contudo, para pessoas com 60 ou mais anos de idade, a percentagem de indivíduos no quintil de rendimento mais elevado é de 14,6%, 44,2% e 37,0% na população nativa, na população de imigrantes de outros países da UE e na população de imigrantes nascidos fora da UE, respetivamente.

Por outro lado, e tal como observado por Dias et al. (2018), importa sublinhar que a posição socioeconómica relativamente mais favorecida da população imigrante em comparação com a população nativa também pode ser atribuída, ainda que parcialmente, ao esquema de amostragem utilizado no INS, que se baseia numa amostra de alojamentos de residência principal. Como resultado, é provável que o inquérito tenha captado populações imigrantes com um estatuto socioeconómico mais elevado e bem estabelecido, incluindo aqueles com níveis de educação mais altos.

¹ A seleção da amostra é feita através de um esquema de amostragem probabilístico e multietápico, estratificado e por conglomerados, alinhada com as regiões NUTS II (Shaaban et al., 2019).

² Para uma descrição detalhada da amostra consultar os anexos disponíveis online (Tabela 2).

Figura 2. Nível de escolaridade de acordo com o local de nascimento

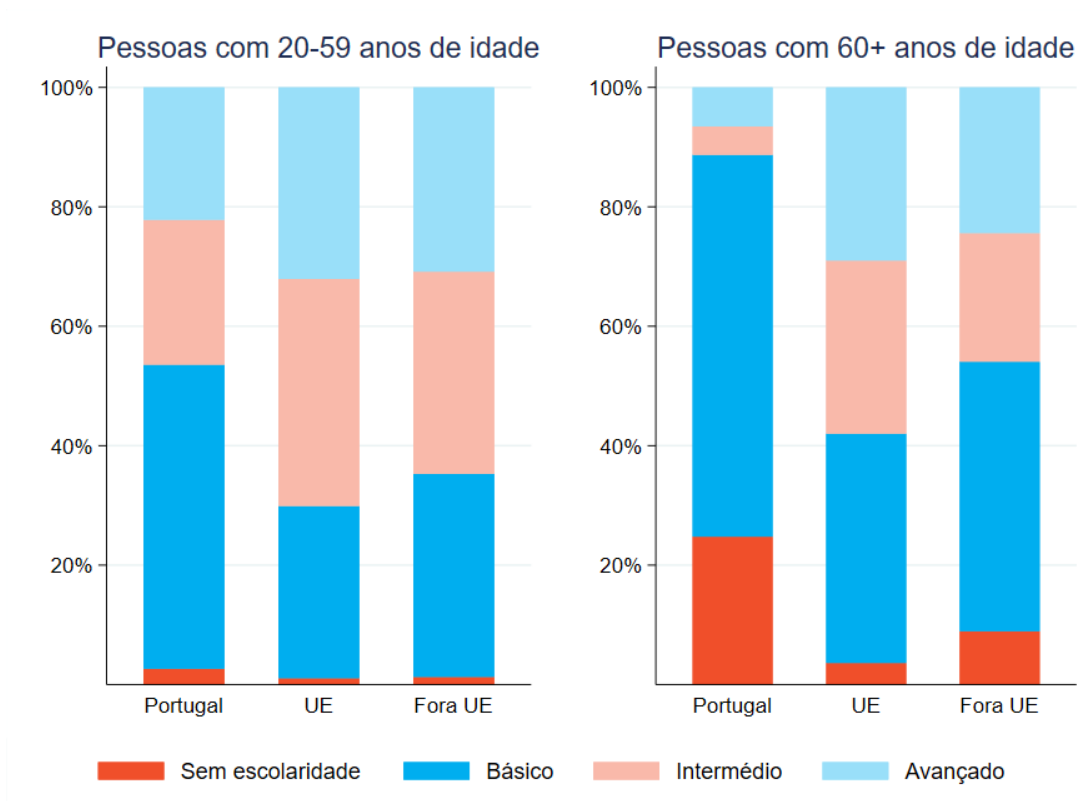
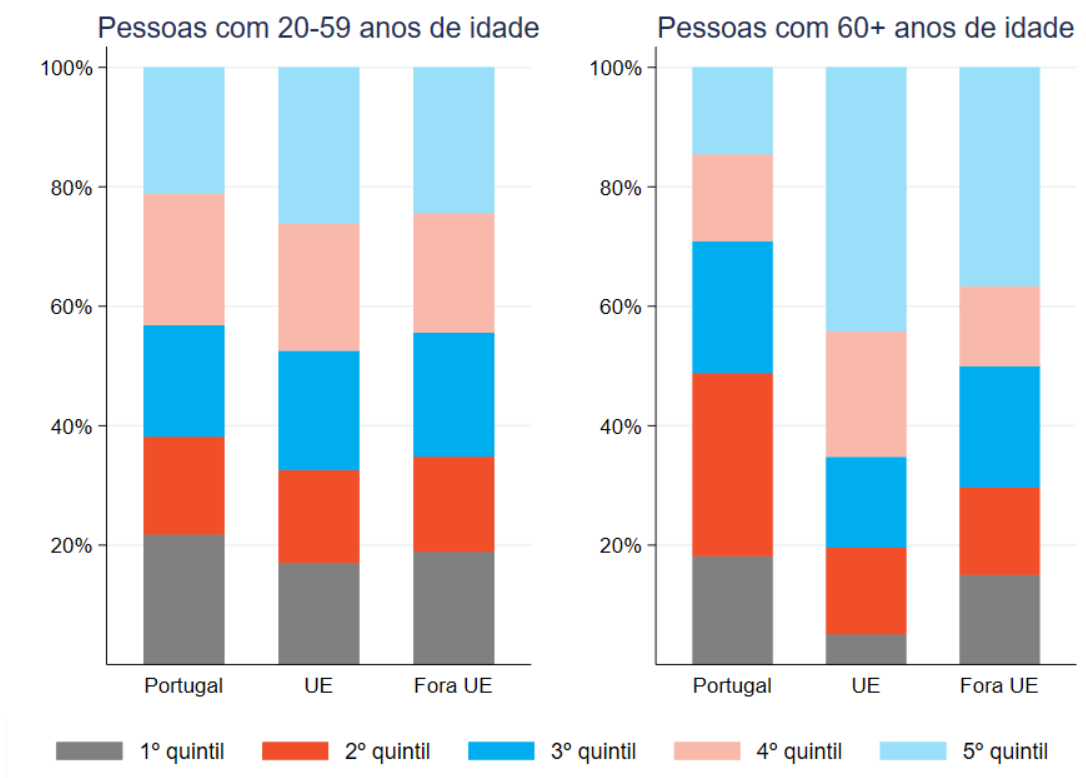


Figura 3. Quintil de rendimento de acordo com o local de nascimento



Como discutido anteriormente, eventuais diferenças de saúde observadas entre nativos e imigrantes podem dever-se não apenas ao país de origem, mas também ao motivo que leva os indivíduos a imigrar para Portugal. Uma vez que o motivo para migração não é observável nos dados, recorreu-se a um modelo de classes latentes para identificar imigrantes movidos por motivos económicos e imigrantes movidos por motivos não económicos. O modelo procedeu a esta classificação com base no crescimento económico registado em Portugal nos cinco anos anteriores ao momento de imigração (crescimento real do PIB per capita igual ou superior a 2% vs. inferior a 2%), no sexo biológico do indivíduo, no grupo etário (20-59 anos vs. 60 ou mais anos) e na região de nascimento (UE vs. fora da UE). A hipótese subjacente à distinção entre imigrantes económicos e não económicos é que indivíduos que cheguem a Portugal em momentos de elevado crescimento económico tenderão a ser movidos por questões económicas.

As probabilidades condicionadas dos perfis de imigrantes, apresentadas na Tabela 1, estão alinhadas com as expectativas. Indivíduos que imigram durante períodos de crescimento sustentado em Portugal têm maior probabilidade de ser imigrantes movidos por fatores económicos (81,9%) do que por fatores não económicos (18,1%). De destacar que a probabilidade de ser imigrante económico é superior para indivíduos nascidos fora da UE (62,2%) do que para indivíduos nascidos noutros países da UE (42,4%). Tanto as mulheres como os homens imigrantes em Portugal são maioritariamente movidos por questões económicas. Como esperado, indivíduos mais velhos (60+) imigram para Portugal por motivos não económicos.

Tabela 1. Probabilidades condicionadas de pertença de classes

	Imigrante não económico	Imigrante económico
Período de crescimento sustentado	0,181	0,819
Período sem crescimento sustentado	0,678	0,322
Nascido noutro país da UE	0,576	0,424
Nascido fora da UE	0,378	0,622
Sexo masculino	0,437	0,563
Sexo feminino	0,426	0,574
20-59 anos de idade	0,291	0,709
60+ anos de idade	1,000	0,000

4. Resultados

4.1. Saúde Mental

Os inquéritos populacionais de saúde recorrem frequentemente a instrumentos auto reportados para rastrear sintomas de depressão, dado que os diagnósticos clínicos ou entrevistas estruturadas, como a *Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (SCID-5) são tipicamente inviáveis no contexto de inquéritos populacionais, devido aos custos e recursos que envolvem (Arias-de-la-Torre et al., 2020). Entre os instrumentos mais utilizados para medir sintomas depressivos encontram-se o *Self-Reported Depression* (SRD) e o *Patient Health Questionnaire* de oito itens (PHQ-8).

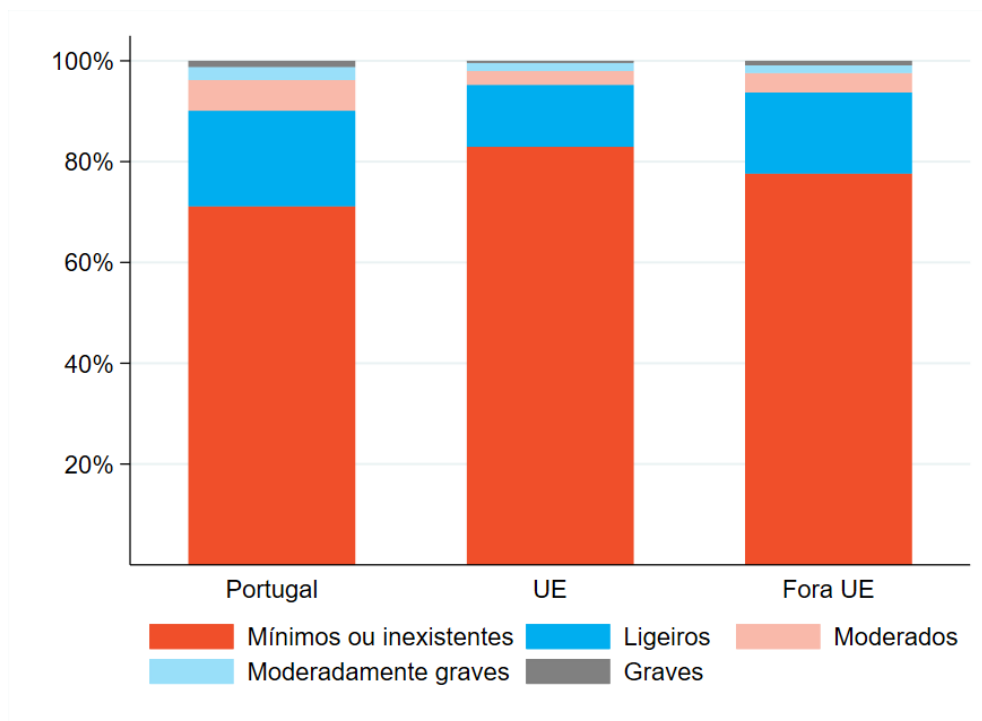
O SDR é um instrumento de fácil aplicação e interpretação (Arias-de-la-Torre et al., 2020). Por norma, baseia-se numa única pergunta dicotómica: “Teve depressão nos últimos 12 meses?”. Por outro lado, o PHQ-8 é um instrumento mais abrangente e alinhado com os critérios de diagnóstico de depressão estipulados no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) (Arias-de-la-

Torre et al., 2020), sendo amplamente utilizado tanto em contextos clínicos como em estudos populacionais (Kroenke et al., 2009).

O instrumento PHQ-8 avalia a presença de sintomas depressivos nas duas semanas anteriores à realização do inquérito e abrange oito domínios: perda de interesse ou prazer, humor deprimido, perturbações do sono, fadiga ou falta de energia, alterações no apetite, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldades de concentração e agitação ou lentificação psicomotora. Cada sintoma é classificado numa escala de 0 a 3, consoante a frequência com que ocorreu: 0 indica “nunca”, 1 corresponde a “alguns dias”, 2 refere-se a “mais de metade dos dias” e 3 equivale a “quase todos os dias”. A soma dos pontos dá um valor total entre 0 e 24, sendo os níveis de sintomas depressivos classificados em cinco categorias: mínimos ou inexistentes (0–4), ligeiros (5–9), moderados (10–14), moderadamente graves (15–19) e graves (20–24) (Kroenke et al., 2009). Quando a pontuação do PHQ-8 é igual ou superior a 10, este instrumento identifica sintomas de depressão clinicamente significativa (Kroenke et al., 2009).

Uma vez que diferentes instrumentos de rastreio produzem estimativas distintas de sintomas depressivos e que o SDR tende a sobrestimar a prevalência destes sintomas (Arias-de-la-Torre et al., 2020), avaliou-se a prevalência de sintomas depressivos na população nativa e na população imigrante em Portugal através do SDR e do PHQ-8. Quando não se têm em consideração características socioeconómicas adicionais dos indivíduos, verifica-se que a prevalência de sintomas depressivos avaliada com base no SDR é maior na população nativa (14,8%) do que entre os imigrantes nascidos fora da UE (9,1%) e entre os imigrantes nascidos noutros países da UE (7,1%). Diferenças na prevalência de sintomas depressivos entre nativos e imigrantes também são observáveis quando se utiliza o instrumento PHQ-8, tal como ilustrado na Figura 4. A título de exemplo, a percentagem de nativos a reportar sintomas depressivos mínimos ou inexistentes é de 71,2%, ao passo que esta percentagem é de 82,9% entre imigrantes nascidos noutros países da UE e de 77,7% entre imigrantes nascidos fora da UE.

Figura 4. Sintomas depressivos medidos com base no instrumento PHQ-8, de acordo com o local de nascimento



Nota: PHQ-8: Escala de depressão do *Patient Health Questionnaire* de oito itens.

Contudo, as diferenças anteriormente reportadas podem ser motivadas não pelo facto de os indivíduos serem nativos ou imigrantes, mas por outras características socioeconómicas, como o seu nível de rendimento, o sexo biológico ou o nível de escolaridade. Por conseguinte, recorreu-se a modelos de regressão para estimar a prevalência de sintomas depressivos, tendo em conta diversas características dos indivíduos (Tabela 3 em anexo). Quando se avaliam os sintomas depressivos com base no instrumento SDR, verifica-se que a probabilidade de as mulheres reportarem sintomas depressivos é, em média, 11,3 pontos percentuais superior à dos homens. Adicionalmente, verifica-se que o rendimento dos indivíduos tem um efeito protetor para sintomas depressivos relativamente fraco. Com efeito, pessoas do escalão socioeconómico mais abastado (i.e., quinto quintil de rendimento) têm uma probabilidade de reportar sintomas depressivos apenas 2,7 pontos percentuais inferior à de indivíduos com maiores privações económicas (i.e., primeiro quintil de rendimento). Este resultado está em linha com estudos anteriores que demonstram que indivíduos de menores rendimentos têm maior probabilidade de reportar sintomas depressivos, desafiando a ideia comumente difundida de que a depressão é uma *doença dos afluentes* (Ridley et al., 2020).

O maior efeito protetor de sintomas depressivos é o número de pessoas próximas a quem recorrer em caso de problema pessoal grave. Com efeito, indivíduos com um ou dois contactos próximos têm uma probabilidade de sofrer sintomas depressivos 8,8 pontos percentuais mais baixa do que indivíduos sem pessoas próximas a quem recorrer.

Mesmo controlando por características socioeconómicas, os imigrantes têm uma menor probabilidade de reportar sintomas depressivos, o que suporta a hipótese do imigrante saudável.

Com efeito, analisando a prevalência de sintomas depressivos com base no instrumento SDR, verifica-se que para imigrantes nascidos em países da UE a probabilidade de reportar sintomas depressivos é 4,7 pontos percentuais inferior à dos nativos e imigrantes nascidos fora da UE têm uma probabilidade 2,5 pontos percentuais mais baixa de sofrer sintomas depressivos do que pessoas nascidas em Portugal (Tabela 3 em anexo). No entanto, ao comparar estas duas estimativas, não se verifica uma diferença estatisticamente significativa entre elas. Ou seja, embora tanto os imigrantes da UE como os de fora da UE apresentem uma menor probabilidade de reportar sintomas depressivos do que os nativos, não se pode concluir com confiança que essa probabilidade seja ainda mais baixa entre os imigrantes da UE do que entre os de fora da UE, pelo menos quando os sintomas depressivos são avaliados com base no instrumento SDR.

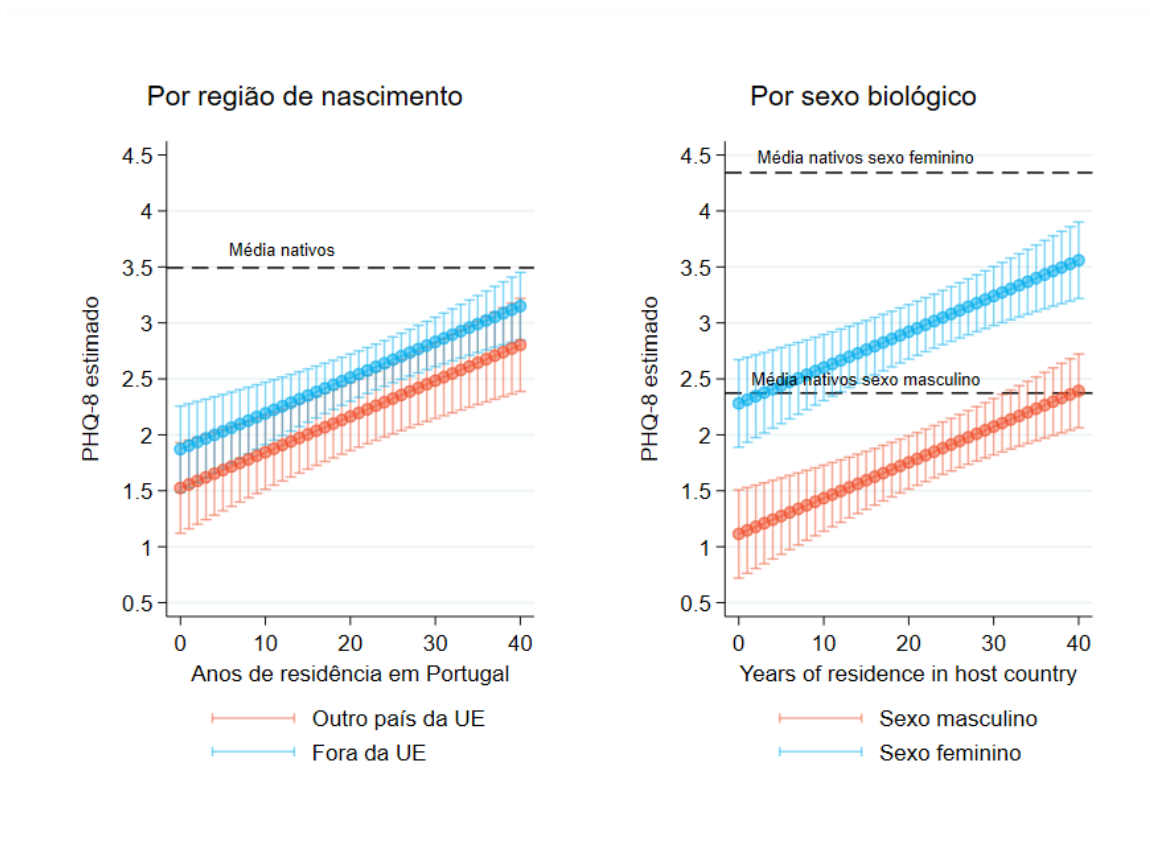
Quando se avalia a prevalência de sintomas depressivos através do instrumento PHQ-8 que, para valores iguais ou superiores a 10 identifica sintomas clinicamente significativos de depressão (Kroenke et al., 2009), deixam de se observar diferenças entre os nativos e imigrantes nascidos fora da UE. Porém, os **imigrantes nascidos noutros países da UE continuam a reportar sintomas depressivos com menor probabilidade: 3,2 pontos percentuais inferior à dos nativos.**

Quando se considera o motivo para imigração (económico vs. não económico) nos modelos estatísticos (Tabela 4 em anexo) e quando se avalia a prevalência de sintomas depressivos com base no instrumento PHQ-8 (≥ 10), apenas se observa evidência em linha com a *hipótese do imigrante saudável* para imigrantes que se deslocam para Portugal por motivos não económicos. **Com efeito, os indivíduos que imigram para Portugal por motivos não económicos têm uma probabilidade de reportar sintomas depressivos 2,6 pontos percentuais inferior à dos nativos.**

Porém, como ilustrado na Figura 5, o efeito do imigrante saudável esbate-se com o tempo de residência dos imigrantes em Portugal, à semelhança do identificado em estudos anteriores (Elshahat et al., 2022; Mason et al., 2024). A título de exemplo, após 40 anos de residência em Portugal os homens imigrantes atingem uma prevalência de sintomas depressivos equiparada à dos homens nativos, embora as

mulheres imigrantes continuem a reportar sintomas depressivos menos severos do que as mulheres nascidas em Portugal.

Figura 5. Evolução da saúde mental dos imigrantes por anos de residência em Portugal



4.2. Cobertura de Cuidados de Saúde

O SNS português é universal e tendencialmente gratuito, e existe legislação específica que garante o acesso dos imigrantes – incluindo os imigrantes em situação irregular – a cuidados de saúde no SNS (Calado e Casas, 2018). No entanto, para além do SNS que é financiado por via de impostos, existem outras formas de financiamento de despesas em saúde. De entre estas formas de financiamento alternativas destacam-se as despesas diretas em saúde, que em 2022 representaram 30% da despesa em saúde em Portugal (OECD/EC, 2024). Adicionalmente, os indivíduos podem cobrir as suas despesas em saúde através de subsistemas ou de seguros privados.

Com o intuito de avaliar se a deterioração do estado de saúde mental dos imigrantes ao longo do seu período de residência em Portugal poderá estar associada, pelo menos em parte, a uma menor cobertura de despesas em saúde, estimaram-se modelos para averiguar se a cobertura de cuidados de saúde dos imigrantes difere da dos nativos (Tabela 5 e Tabela 6 em anexo).

Os imigrantes nascidos fora da UE apresentam, em média, uma probabilidade 4,3 pontos percentuais inferior à dos nativos de estar cobertos por subsistemas ou seguros privados de saúde. Porém, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os imigrantes da UE e os nativos. Por conseguinte, se a deterioração do estado de saúde mental dos imigrantes nascidos fora da UE se poderá dever, ainda que parcialmente, a uma menor cobertura de cuidados de saúde, em

comparação com a população nativa, este fator não se aplica aos imigrantes provenientes da UE, que beneficiam, em média, da mesma cobertura adicional que os nativos.

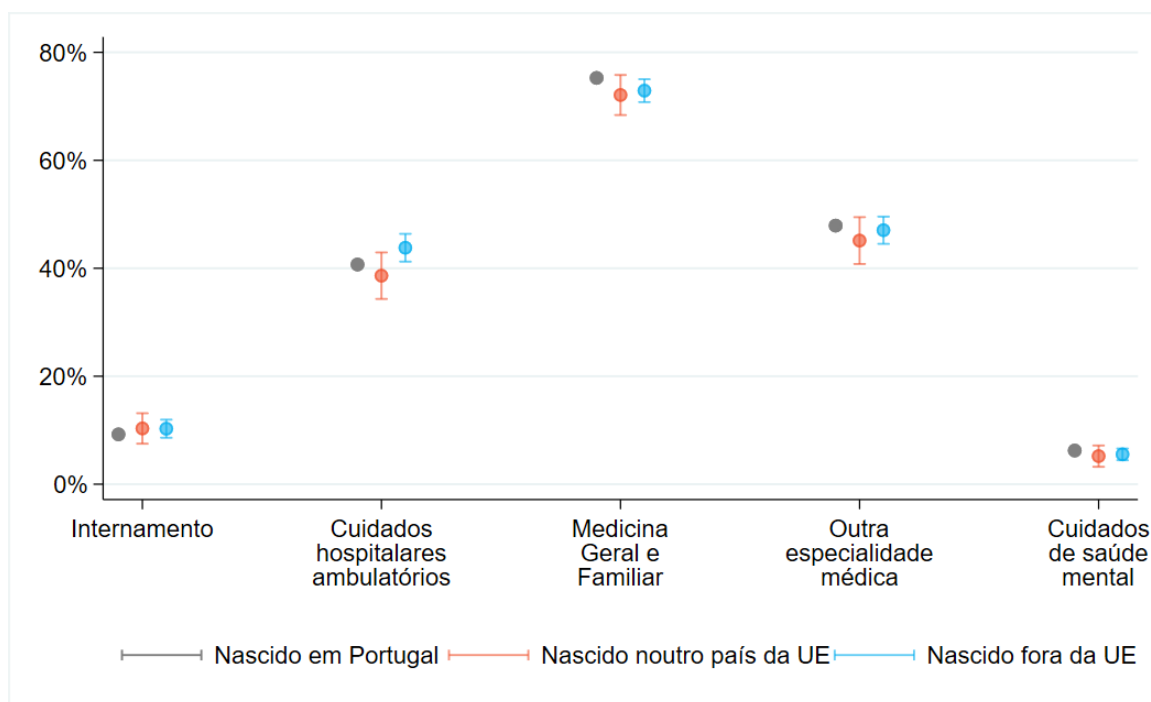
Quando se considera o perfil migratório dos indivíduos (económico vs. não económico), a disparidade na cobertura de saúde entre os nativos e os imigrantes mais desprotegidos torna-se mais pronunciada. Com efeito, os migrantes que vêm para Portugal por motivos económicos têm uma probabilidade 6,1 pontos percentuais inferior de estarem cobertos por um subsistema ou seguro privado de saúde, em comparação com os indivíduos nascidos em Portugal. Em contrapartida, não se observam diferenças significativas entre os nativos e os imigrantes não económicos, em termos de cobertura de cuidados de saúde por subsistemas ou seguros privados.

4.3. Utilização de Cuidados de Saúde e Necessidades de Saúde Não Satisfeitas

Uma vez que as barreiras no acesso a cuidados de saúde podem contribuir para a deterioração dos cuidados de saúde mental dos imigrantes ao longo do tempo de residência em Portugal, analisaram-se diferenças na utilização de cuidados de saúde entre migrantes e nativos em cinco tipos de serviços: internamento hospitalar, cuidados hospitalares ambulatoriais, Medicina Geral e Familiar, outras especialidades médicas e cuidados de saúde mental (i.e., psicólogos, psicoterapeutas ou psiquiatras) (Tabela 7 e Tabela 8 em anexo e Figura 6).

Embora a literatura reporte que, em média, os imigrantes utilizam mais os serviços de emergência e internamento do que os nativos (Graetz et al., 2017), em Portugal não se observam diferenças entre nativos e imigrantes na probabilidade de recorrer a serviços de internamento. Porém, os **imigrantes nascidos fora da UE registam uma maior probabilidade de ter recorrido pelo menos uma vez aos serviços hospitalares ambulatoriais** (onde se inclui o recurso às urgências), nos 12 meses anteriores à realização do inquérito.

Figura 6. Probabilidade estimada de utilização de cuidados de saúde



No que respeita a consultas com médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, **os imigrantes da UE e de fora da UE apresentam, em média, uma probabilidade 3,2 e 2,4 pontos percentuais inferior, respetivamente, à dos nativos de terem ido a pelo menos uma consulta de Medicina Geral e Familiar nos 12 meses que antecederam o inquérito.** Este resultado está em linha com estudos anteriores que sugerem uma menor utilização de cuidados de saúde primários e preventivos por parte dos imigrantes (Barros e Medalho Pereira, 2009; Rosano et al., 2017).

Quando se avalia conjuntamente a margem extensiva (i.e., probabilidade de utilizar ou não os serviços) e a margem intensiva (i.e., frequência de utilização dos serviços, dado que os utilizam pelo menos uma vez), verifica-se que não existem diferenças entre os nativos e os imigrantes, no que toca ao número de idas ao hospital para cuidados de ambulatório (Tabela 9 em anexo). Adicionalmente, o recurso a consultas de Medicina Geral e Familiar por parte de imigrantes é inferior ao dos nativos: em média, por mês, os imigrantes nascidos noutro país da EU vão a menos 0,11 consultas de Medicina Geral e Familiar do que os nativos e os imigrantes nascidos fora da UE vão a menos 0,037 consultas de Medicina Geral e Familiar do que as pessoas nascidas em Portugal (Tabela 9 em anexo).

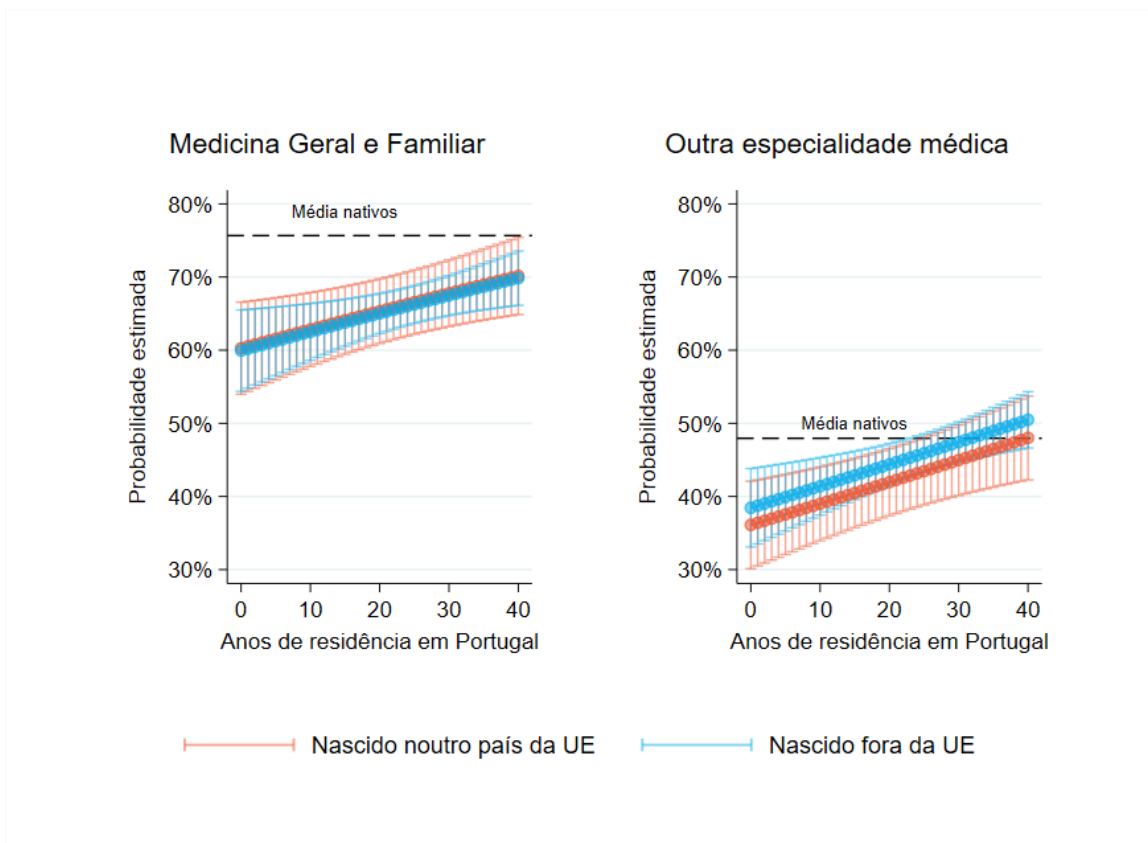
Se, quando avaliado individualmente, este efeito parece reduzido, quando se considera a totalidade de imigrantes em Portugal, o seu impacto torna-se notório. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (2024), em 2023 residiam em Portugal 380.312 indivíduos nascidos noutros países da UE e 1.323.536 indivíduos nascidos fora da UE. Por conseguinte, a menor utilização de consultas de Medicina Geral e Familiar pelos imigrantes traduz-se em menos 40.313 consultas mensais por parte de imigrantes nascidos noutros países da UE e em menos 48.971 consultas mensais por parte de imigrantes nascidos fora da UE. Tal corresponde a menos 1.071.407 consultas de Medicina Geral e Familiar por ano, o que representa 3,15% do total de consultas médicas realizadas anualmente pelos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde.³

Avaliando agregadamente a utilização de cuidados hospitalares e de consultas com especialistas em Medicina Geral e Familiar, não se observam diferenças entre os nativos e os imigrantes nascidos fora da UE. Porém, os imigrantes nascidos noutro país da UE recorrem, em média e por mês, a menos 0,11 consultas de Medicina Geral e Familiar ou de cuidados hospitalares de ambulatório do que os nativos (Tabela 9 em anexo). Esta menor utilização dever-se-á a uma menor necessidade e não a maiores barreiras de acesso, já que as necessidades não satisfeitas de consultas ou tratamentos médicos reportadas pelos imigrantes de outros países da UE não difere daquelas registadas pelos nativos (Tabela 10 em anexo).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre imigrantes e nativos na probabilidade de utilização de outras especialidades médicas. Porém, a probabilidade de os imigrantes recorrerem a consultas de Medicina Geral e Familiar e de outras especialidades médicas aumenta com o seu tempo de residência no país (Figura 7), o que pode refletir uma melhor adaptação ao sistema de saúde do país de acolhimento.

³ De acordo com dados do Portal da Transparência do SNS (2025), em 2024 realizaram-se 34.031.833 consultas médicas (presenciais; não presenciais ou inespecíficas; ao domicílio) nos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde.

Figura 7. Probabilidade de utilização de cuidados de saúde pelos imigrantes, por anos de residência em Portugal



Também não se detetam diferenças entre imigrantes e nativos na probabilidade de utilização de cuidados de saúde mental nem em necessidades de cuidados de saúde mental não satisfeitas (Tabela 8 e Tabela 11 em anexo). Contudo, o facto de não se detetarem diferenças entre nativos e imigrantes no acesso a cuidados de saúde mental não significa que não existem barreiras de acesso. Com efeito, um estudo recente reporta que uma proporção substancial de indivíduos com sintomas depressivos moderados a severos não se encontra diagnosticada ou permanece sem tratamento (Roxo e Perelman, 2022). Tal deve-se, em parte, à escassez de profissionais especialistas em cuidados de saúde mental, a um modelo de prestação de cuidados resistente à descentralização, e à insuficiente coordenação entre os diferentes níveis de cuidados – cuidados de saúde primários, comunitários e hospitalares (Xavier et al., 2024).

A avaliação das necessidades de cuidados de saúde mental não satisfeitas baseia-se no pressuposto de que os indivíduos identificam corretamente a sua necessidade de tratamento. No entanto, como destacado por Roxo e Perelman (2022), 59,3% dos indivíduos residentes em Portugal com sintomas depressivos clinicamente significativos (PHQ-8 \geq 10) não reconhecem que necessitam de cuidados de saúde mental. Define-se que um indivíduo não reconhece a sua necessidade de cuidados de saúde mental se apresenta sintomas depressivos clinicamente significativos (PHQ-8 \geq 10), mas declara não ter necessitado de consultar um psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra nos 12 meses anteriores ao inquérito.

De acordo com os dados analisados, a proporção de indivíduos que não reconhecem adequadamente a sua necessidade de cuidados de saúde mental foi de 69,3% entre os nativos, 66,7% entre os imigrantes nascidos noutros países da UE e 57,1% entre os imigrantes nascidos fora da UE. No entanto, estas

diferenças não são estatisticamente significativas quando se consideram outras características socioeconómicas dos indivíduos, conforme apresentado na Tabela 12 em anexo.

Quando se considera o perfil de imigração (económico vs. não económico) em vez da região de nascimento (UE vs. fora da UE) (Tabela 13 e Tabela 14 em anexo), verifica-se que **os imigrantes não económicos apresentam uma probabilidade de internamento 3 pontos percentuais superior à dos nativos. Os imigrantes que vêm para Portugal por questões económicas registam uma probabilidade de recorrer a cuidados de Medicina Geral e Familiar 3,4 pontos percentuais mais baixa do que a dos nativos.**

Em termos de necessidades de cuidados de saúde mental não satisfeitas e de capacidade dos indivíduos identificarem adequadamente a sua necessidade de cuidados de saúde mental, não se detetam diferenças estatisticamente significativas entre nativos e imigrantes, independentemente do seu perfil, quando se têm em consideração características adicionais dos indivíduos (Tabela 14 e Tabela 15 em anexo). Consta-se, porém, que a incapacidade de reconhecer a necessidade de cuidados de saúde mental é mais comum em indivíduos com sintomas depressivos moderados (i.e., indivíduos com pontuação PHQ-8 entre 10 e 14, inclusive) (indivíduos com sintomas depressivos moderados são a categoria base no modelo da Tabela 16 em anexo), possivelmente por interpretarem essa condição como temporária (Roxo e Perelman, 2022). Dado que estes indivíduos já apresentam sintomas depressivos clinicamente significativos, salienta-se a importância de melhorar a literacia em saúde mental, para que as pessoas se revelem capazes de identificar precocemente sintomas de depressão e consigam aceder a tratamento adequado (Roxo e Perelman, 2022).

4.4. Comportamentos de Risco

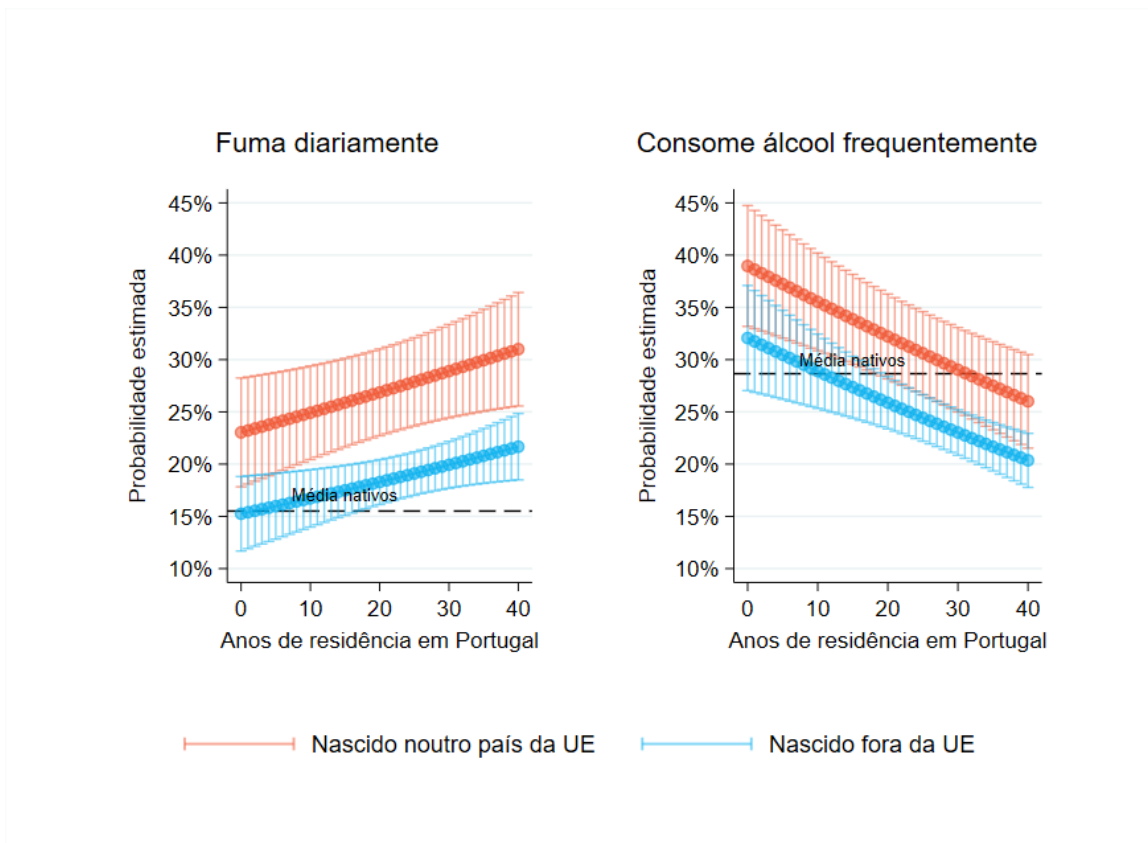
De acordo com a literatura, a deterioração do estado de saúde dos imigrantes com o tempo de permanência no país de acolhimento pode dever-se não unicamente a maiores barreiras no acesso a cuidados de saúde, mas também ao processo de aculturação (Choy et al., 2021) e ao facto de os imigrantes poderem adotar comportamentos de risco – como consumo de álcool e de drogas, fumar ou não praticar exercício físico – no país de acolhimento (Juárez et al., 2022).

Em Portugal, os dados analisados indicam que **os imigrantes nascidos na UE** praticam mais exercício físico, mas **têm uma probabilidade 6,1 pontos percentuais superior de fumar diariamente ou consumir álcool frequentemente em comparação com os nativos** (Tabela 17 em anexo). Definiu-se que um indivíduo consome álcool frequentemente se reportou consumir álcool pelo menos 3 dias por semana, nos 12 meses anteriores ao inquérito.

Com o tempo de residência em Portugal, o consumo de álcool diminui entre os imigrantes (Figura 8). Porém, a probabilidade de os imigrantes serem fumadores diários aumenta, divergindo da probabilidade registada entre os nativos, o que contraria a hipótese de que os imigrantes adaptam os seus comportamentos aos observados entre os nativos.

Quando se considera o perfil dos imigrantes, apenas se verifica que **os imigrantes não económicos apresentam uma taxa de tabagismo mais elevada do que a dos nativos** (+7,9 pontos percentuais face aos nativos) (Tabela 18 em anexo).

Figura 8. Probabilidade de fumar diariamente ou consumir álcool frequentemente entre os imigrantes, por anos de residência em Portugal



5. Conclusão

A presente Nota Informativa analisou a relação entre imigração e saúde em Portugal. Avaliaram-se diferenças na saúde mental e no acesso a cuidados de saúde entre nativos e imigrantes, considerando não apenas a origem dos imigrantes (UE vs. fora da UE), mas também o seu motivo de imigração (económico vs. não económico).

Os resultados corroboram o *efeito do imigrante saudável*, sobretudo para imigrantes nascidos noutros países da UE. Porém, o *efeito do imigrante saudável* esbate-se com o tempo de residência em Portugal. Este efeito também é detetado para imigrantes que vêm para Portugal por motivos não económicos. Por outro lado, os imigrantes que se deslocam para Portugal por motivos de cariz económico não apresentam melhores resultados de saúde mental do que os nativos.

Em termos de cobertura de cuidados de saúde, os imigrantes nascidos fora da UE e os imigrantes que vêm para Portugal por motivos económicos apresentam uma maior desproteção financeira para despesas em saúde do que os nativos, uma vez que estão menos cobertos por subsistemas de saúde ou por seguros de saúde privados. Adicionalmente, estes imigrantes utilizam menos cuidados de Medicina Geral e Familiar do que a população nascida em Portugal.

Ainda que não se detetem diferenças significativas entre nativos e imigrantes na utilização de cuidados de saúde mental e necessidades de cuidados de saúde mental não satisfeitas, os dados analisados revelam que a maioria das pessoas com sintomas depressivos clinicamente significativos não reconhece que necessita de cuidados de saúde mental. Especificamente, 69,3% dos nativos, 77,4% dos imigrantes

não económicos e 52,0% dos imigrantes económicos com sintomas depressivos clinicamente significativos reporta não precisar de cuidados.

No que toca a comportamento de risco para a saúde, observa-se que o tabagismo entre os imigrantes se agrava com o tempo de residência em Portugal, afastando-se do padrão de tabagismo dos nativos. Este resultado contraria a hipótese de aculturação segundo a qual os imigrantes adaptam os seus comportamentos aos da população nativa.

Em suma, os imigrantes que optam por residir em Portugal por questões económicas enfrentam barreiras no acesso a cuidados de saúde superiores às registadas pelos indivíduos nascidos em Portugal. O desenho de políticas públicas capazes de mitigar as desigualdades no acesso a cuidados de saúde entre imigrantes (económicos) e nativos exige que se aprofunde o conhecimento sobre as origens e causas destas desigualdades.

Referências

- Assembleia da República. (2024). Resultado das votações na Assembleia da República (19 de dezembro de 2024). Direção de Apoio Parlamentar, Divisão de Apoio ao Plenário. Disponível em: <https://surl.li/pvohfy>. Acedido em: 2025-02-24.
- Arenas, E., Goldman, N., Pebley, A. R., and Teruel, G. (2015). Return migration to Mexico: Does health matter? *Demography*, 52(6):1853–1868.
- Arias-de-la-Torre, J., Vilagut, G., Serrano-Blanco, A., Martín, V., Molina, A. J., Valderas, J. M., and Alonso, J. (2020). Accuracy of self-reported items for the screening of depression in the general population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21):7955.
- André, J.-M. and Azzedine, F. (2016). Access to healthcare for undocumented migrants in France: a critical examination of State Medical Assistance. *Public Health Reviews*, 37:1–16.
- Barros, P. P. and Medhalho Pereira, I. (2009). Health care and health outcomes of migrants: evidence from Portugal. United Nations Human Development Report Research Paper, (2009/28).
- Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Borges, G., Castilla-Puentes, R. C., Kendler, K. S., Medina-Mora, M.-E., Su, M., and Kessler, R. C. (2007). Mental disorders among English-speaking Mexican immigrants to the US compared to a national sample of Mexicans. *Psychiatry Research*, 151(1-2):115–122.
- Calado, P. and Casas, C. (2018). Migration and Health Policies: considerations on the Portuguese context. In Dias, S., Simões, J., and Barros, P. P., editors, *Migration and Health*, chapter 4. Edições Almedina, Portugal.
- Choy, B., Arunachalam, K., Gupta, S., Taylor, M., and Lee, A. (2021). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, 2:100069.
- Dias, S., Gama, A., Roxo, L., Fronteira, I., and Simões, J. (2018). Health research among migrants in Portugal: insights on current knowledge and future directions. In Dias, S., Simões, J., and Barros, P. P., editors, *Migration and Health*, chapter 10. Edições Almedina, Portugal.
- Diaz, C. J., Koning, S. M., and Martinez-Donate, A. P. (2016). Moving beyond salmon bias: Mexican return migration and health selection. *Demography*, 53:2005–2030.
- European Commission (2020). Action Plan on Integration and Inclusion 2021-2027. Technical Report COM(2020) 758 final, European Commission, Brussels.
- European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2024). 2024 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070). Technical Report Institutional Paper 279, Publications Office of the European Union.
- Elshahat, S., Moffat, T., and Newbold, K. B. (2022). Understanding the healthy immigrant effect in the context of mental health challenges: A systematic critical review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(6):1564–1579.
- Fonseca, M. L., Esteves, A., McGarrigle, J., and Silva, S. (2007). Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *Revista Migrações*, 1(1).
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2):137–150.

- Góis, P. and Marques, J. C. (2018). Retrato de um Portugal migrante: a evolução da emigração, da imigração e do seu estudo nos últimos 40 anos. e-cadernos CES, (29).
- Graetz, V., Rechel, B., Groot, W., Norredam, M., and Pavlova, M. (2017). Utilization of health care services by migrants in Europe—a systematic literature review. *British Medical Bulletin*, 121(1):5–18.
- Grupo Parlamentar do CHEGA. (2024a). Projeto de Lei n.º 364/XVI/1.ª: Regulação do acesso ao SNS por estrangeiros não residentes. Disponível em: <https://surl.li/klqfye>. Acedido em: 2025-02-24.
- Grupo Parlamentar do CHEGA. (2024b). Projeto de Lei n.º 382/XVI/1.ª: Altera o acesso ao Serviço Nacional de Saúde no que respeita ao regime de isenção das taxas moderadoras para cidadãos estrangeiros não residentes em Portugal, provenientes de Estados Terceiros. Disponível em: <https://surl.li/jyxrcx>. Acedido em: 2025-02-24.
- Grupos Parlamentares do PSD e do CDS-PP. (2024). Projeto de Lei n.º 384/XVI/1.ª: Acesso de estrangeiros não residentes em Portugal ao Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://surl.li/egmefu>. Acedido em: 2025-02-24.
- Heins, F., degli Uberti, S., Bonifazi, C., Crisci, M., Paparusso, A., Pelliccia, A., Rocchi, D. D., and Vitiello, M. (2023). Drivers of International Migration. Technical report, CNR - National Research Council (Italy).
- Instituto Nacional de Estatística (2023). O que nos dizem os Censos sobre a população de nacionalidade estrangeira residente em Portugal. Technical report, Instituto Nacional de Estatística, I.P., Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística (2024). Estimativas de População Residente em Portugal 2023. Technical report, Instituto Nacional de Estatística. Versão retificada em 18-07-2024.
- Instituto Nacional de Estatística (2024). População residente (N.º) por Sexo, Grupo etário e Naturalidade (Grupos de países). Disponível em: <https://shorturl.at/otShf>. Acedido em: 2025-02-24.
- Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. In *International handbook of health literacy*, pages 53–66. Policy Press.
- Juárez, S. P., Honkaniemi, H., Gustafsson, N.-K., Rostila, M., and Berg, L. (2022). Health risk behaviours by immigrants’ duration of residence: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 67:1604437.
- Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Berry, J. T., and Mokdad, A. H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3):163–173.
- Lee, R. (2019). Does the healthy immigrant effect apply to mental health? Examining the effects of immigrant generation and racial and ethnic background among Australian adults. *SSM-Population Health*, 7:100311.
- Mason, J., Laporte, A., McDonald, J. T., Kurdyak, P., Fosse, E., and de Oliveira, C. (2024). Assessing the “healthy immigrant effect” in mental health: Intra-and inter-cohort trends in mood and/or anxiety disorders. *Social Science & Medicine*, 340:116367.
- OECD (2009). *OECD Factbook 2009: Economic, Environmental and Social Statistics*. OECD Publishing.
- OECD (2024). *International Migration Outlook 2024*. OECD Publishing, Paris.
- OECD/European Commission (2024). *Health at a glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*.

- Pablos-Méndez, A. (1994). Mortality among Hispanics. *JAMA*, 271(16):1237–1238.
- Peralta, E., Delaunay, M., and Góis, B. (2022). Portuguese (post-) imperial migrations: race, citizenship, and labour. *Journal of Migration History*, 8(3):404–431.
- Portal da Transparência do SNS (2025). Consultas Médicas nos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://shorturl.at/32FKy>. Acedido em: 2025-02-24.
- Pudarcic, S., Sundquist, J., and Johansson, S.-E. (2003). Country of birth, instrumental activities of daily living, self-rated health and mortality: a Swedish population-based survey of people aged 55–74. *Social Science & Medicine*, 56(12):2493–2503.
- Raposo, V. L. and Violante, T. (2021). Access to health care by migrants with precarious status during a health crisis: some insights from Portugal. *Human Rights Review*, 22(4):459–482.
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., and Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522):eaay0214.
- Ro, A. and Bostean, G. (2015). Duration of US stay and body mass index among Latino and Asian immigrants: A test of theoretical pathways. *Social Science & Medicine*, 144:39–47.
- Rosano, A., Dauvrin, M., Buttigieg, S. C., Ronda, E., Tafforeau, J., and Dias, S. (2017). Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC Health Services Research*, 17:1–11.
- Roxo, L. and Perelman, J. (2022). Investigating unrecognized needs and structural barriers to treatment of depressive symptoms: A nationwide cross-sectional study in Portugal. *Psychiatry Research*, 313:114623.
- Shaaban, A. N., Morais, S., and Peleteiro, B. (2019). Healthcare services utilization among migrants in Portugal: results from the National Health Survey 2014. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21:219–229.
- Solé, M., Diaz-Serrano, L., and Rodríguez, M. (2013). Disparities in work, risk and health between immigrants and native-born Spaniards. *Social Science & Medicine*, 76:179–187.
- WHO (1948). Constitution of the World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acedido em: 2025-01-30
- WHO, Regional Office for Europe (2023). Action plan for refugee and migrant health in the who European region 2023–2030. Technical report, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (2024). WHO Global Action Plan on Promoting the Health of Refugees and Migrants, 2019–2030. Technical report, World Health Organization, Geneva.
- Xavier, M., Barreto, H., do Carmo Cruz, M., Domingos, P., Gago, J., Correia, T. M., Marques, C., Marques, M. J., Pires, A. M., Morgado, P., Narigão, M., Pereira, S., Redondo, J., Santos, T., Vieira, F., and e Silva, F. S. (2024). A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal.

Créditos de imagem

Imagem de capa: “Estilo realista para o dia mundial da saúde” [https://br.freepik.com/vetores-gratis/estilo-realista-para-o-dia-mundial-da-saude_6930907.htm#fromView=search&page=2&position=25&uuid=a6568e23-d8dc-476c-84c1-5e553dc63b7b&query=world+map+health+care em Freepik]