

O ESTADO DE SAÚDE DOS IMIGRANTES E SEUS DETERMINANTES: RESULTADOS DE UM ESTUDO REALIZADO NA ZONA METROPOLITANA DE LISBOA

SÓNIA DIAS (S.D.) * / **
ANA GAMA (A.G.) * / **
MARIA O. MARTINS (M.O.M.) * / ***

* Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Universidade Nova de Lisboa. Rua da Junqueira N° 100, 1349-008 Lisboa. Tel.: 213652600. E-mail: SFDias@ihmt.unl.pt (SD).

** Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais (CMDT) / IHMT.

*** Unidade de Parasitologia e Microbiologia Médicas (UPMM) / IHMT.

RESUMO

Este estudo pretende descrever o estado de saúde de uma população imigrante e identificar os determinantes associados. Realizou-se um inquérito, por questionário, com 1375 imigrantes residentes em Lisboa, selecionados pelo método “bola-de-neve”. Os dados foram analisados através de regressão logística.

Do total de imigrantes, 61,5% reportou boa saúde, mais frequentemente os homens do que as mulheres. Em ambos os grupos, o mau estado de saúde reportado está associado a maior idade e à existência de doença crónica. Reportar má saúde está negativamente associado a ser africano e brasileiro (comparando com europeu de leste) e a ter escolaridade superior. Nas mulheres, ter mau estado de saúde está também associado a residir há mais tempo em Portugal, a perceber os rendimentos como insuficientes, a reportar doença mental e a não praticar exercício físico. Nos homens, ter má saúde está positivamente associado a não estar empregado e a não ter cuidados alimentares.

As variações no estado de saúde entre grupos de imigrantes e a influência das questões de género e do contexto socioeconómico e cultural devem ser consideradas no desenvolvimento de políticas e estratégias de ação direcionadas para a melhoria da saúde destas populações.

SUMMARY

This study aimed to describe the health status of an immigrant population and identify the associated determinants. A questionnaire survey was conducted with 1375 immigrants living in Lisbon and selected through snowball sampling. Data were analyzed by logistic regression.

Of the overall sample, 61.5% reported good health, more frequently men than women. In both groups, reported bad health condition was associated with increasing age and chronic disease. Reporting bad health condition was negatively associated with african and brazilian origin (compared to eastern european origin) and higher education. Among women, bad health status is also associated with living for longer periods in Portugal, with perceiving income as insufficient, with reporting mental illness and not practicing physical exercise. Among men, a bad health status is positively associated with being non-employed and having no concern about eating habits.

The variations in health status across immigrant groups and the influence of gender issues, of the socioeconomic and cultural context as well must be considered when developing policies and action strategies to improve the health status of these populations.

INTRODUÇÃO

Um conhecimento mais profundo sobre o estado de saúde das populações é fundamental para auxiliar a decisão informada no desenvolvimento

de esforços conducentes à obtenção de maiores ganhos em saúde. O Relatório Europeu de Saúde da OMS para 2009 salienta a melhoria do estado de saúde da população na região europeia registada nas últimas décadas (WHO, 2009). Contudo, as diferenças persistentes observadas no estado de saúde das populações têm levado a uma ênfase nas populações mais desfavorecidas, em que se incluem alguns grupos de imigrantes (WHO, 2010).

Os dados sobre a saúde dos imigrantes são ambíguos e pouco consensuais: alguns estudos documentam que estas populações tendem a apresentar melhores indicadores de saúde do que a população em geral (Jasso *et al.*, 2004), enquanto outros estudos descrevem um pior estado de saúde (Villadsen *et al.*, 2009).

De acordo com a primeira ideia, tem-se utilizado o conceito de *healthy migrant effect*, de acordo com o qual as populações imigrantes são mais saudáveis do que as populações nativas do país de acolhimento com características semelhantes (Jasso *et al.*, 2004; McDonald e Kennedy, 2004). As explicações apresentadas para esta ocorrência assentam na existência de um segundo efeito, designado por *selectivity effect*, que consiste na ideia de que só os indivíduos que se sentem com boa saúde aceitam os custos inerentes ao processo de imigração, na expectativa de alcançar benefícios com a mudança para um novo país (Jasso *et al.*, 2004; Norman *et al.*, 2005). Outra das explicações apontadas para justificar vantagens encontradas no estado de saúde dos imigrantes é designada de *salmon bias effect* (Khat e Darmon, 2003). Como o próprio nome sugere, este efeito compara a população imigrante a salmões que, quando doentes, regressam a casa, neste caso, ao país de origem. Nesta perspetiva, só

os imigrantes saudáveis tendem a permanecer no país de acolhimento.

No outro sentido, pode referir-se uma revisão de literatura indicando que, na grande maioria dos países europeus, os imigrantes e minorias étnicas estão em aparente desvantagem quando comparados com a população nativa (Nielsen e Krasnik, 2010). De facto, vários autores salientam que o processo migratório pode acarretar maior suscetibilidade a algumas doenças na medida em que os imigrantes trazem consigo o contexto sociocultural (incluindo as crenças, valores e hábitos subjacentes) e o perfil epidemiológico do país de origem. Simultaneamente, estas populações têm que se confrontar com novos padrões de saúde e doença no país de acolhimento (Lansakara *et al.*, 2010).

As conclusões da conferência Saúde e Migrações na União Europeia, realizada em Portugal, em 2007, sublinham que, adicionalmente, os problemas em saúde da população imigrante são um produto de fatores sociais e ambientais, nomeadamente das condições de alojamento e trabalho, segurança, situação familiar, fraca integração, barreiras culturais e linguísticas, discriminação e estigmatização (Fernandes e Pereira Miguel, 2007). Após a chegada a um novo país, os imigrantes enfrentam um ambiente totalmente novo ao nível da cultura, dos sistemas legais, das condições climáticas, dos hábitos alimentares, das crenças e das práticas. Assim, como defendem Carballo e colegas (Carballo *et al.*, 1998), o fator de reajuste a novas condições de trabalho, habitação, ambientação a novas culturas e até, por vezes, a novas línguas, pode criar situações de maior vulnerabilidade em saúde.

Um dado que parece ser consensual é que as vantagens de ser imigrante se acentuam nos primeiros anos desta condição, tendendo o estado de saúde a deteriorar-se ao longo do tempo de estadia no novo país. Um outro argumento apontado por alguns autores assenta no conceito de assimilação (Fennelly, 2007), no sentido em que, no país de acolhimento, os imigrantes podem adotar estilos diferentes de vida, menos saudáveis e com comportamentos de risco como o tabagismo, consumo de álcool, pouco exercício físico e dietas menos cuidadas, provocando um impacto negativo na saúde a médio e longo prazo. Alguns autores sugerem também que, apesar de mais saudáveis no momento da entrada, com o aumento do período de residência, os imigrantes passam a ter as mesmas probabilidades de deteriorar a sua saúde que os nativos do país de acolhimento e, por isso, os seus

determinantes de saúde tendem a convergir ao longo do tempo (Jasso *et al.*, 2004).

Por último, as dificuldades no acesso aos cuidados de saúde contribuem em parte para que a população imigrante possa estar em maior risco de ter saúde débil. Na verdade, mesmo que as condições no país de acolhimento sejam substancialmente melhores do que as do país de origem, nem sempre os imigrantes usufruem dos serviços existentes (Fennelly, 2007; Khlai e Darmon, 2003).

Num contexto de preocupação crescente em compreender a relação complexa entre saúde e migração e de existência de lacunas de conhecimento nesta área, tem sido reconhecida a necessidade de obter mais informação sobre as especificidades das populações imigrantes. Este conhecimento pode auxiliar na compreensão das disparidades em saúde e na identificação de necessidades e estratégias de atuação que contribuam para melhorar a saúde destas populações.

O presente estudo pretende descrever o estado de saúde de uma população imigrante residente em Lisboa e identificar os determinantes que lhe estão associados.

MATERIAIS E MÉTODO

Realizou-se um estudo transversal com aplicação de um inquérito por questionário a imigrantes residentes na zona metropolitana de Lisboa, localidade que apresenta, atualmente, a maior concentração de imigrantes do país (SEF, 2012). O estudo englobou uma amostra total de 1372 imigrantes, dos quais 51,1% eram mulheres, 38% eram oriundos do Brasil, 32,6% de países africanos de língua oficial portuguesa e 29,4% de países da Europa de Leste.

Os participantes foram selecionados através do método “bola-de-neve”, um método de amostragem reconhecido na literatura como eficaz ao permitir aceder e descrever populações de acesso difícil (Wright e Stein, 2005), como é o caso dos imigrantes recentes e em situação irregular de migração. Neste processo, várias organizações não-governamentais e associações de imigrantes das comunidades em estudo colaboraram com a equipa de investigação na divulgação do projeto junto das comunidades e na identificação de potenciais participantes. Após os participantes responderem ao questionário foi-lhes pedido para identificar e recrutar potenciais participantes das suas redes sociais. Os critérios de inclusão no estudo eram ser imigrante (definido como qualquer

pessoa que não nasceu em Portugal e que imigrou com fins de instalação no país (IOM, 2004)) e ter 18 anos ou mais. Este processo de amostragem foi repetido sucessivamente até se obter o tamanho da amostra definido.

A aplicação dos questionários foi efetuada por entrevistadores devidamente treinados para o efeito e oriundos das comunidades em estudo. O questionário incluiu perguntas sobre características sociodemográficas, estado de saúde e práticas de saúde, semelhantes às utilizadas no Inquérito Nacional de Saúde de 2005-2006 (INE/INSA, 2009). Utilizou-se a medida de estado de saúde reportado (Kaplan e Baron-Epel, 2003). Na investigação epidemiológica, a percepção do estado de saúde tem sido utilizada como uma medida próxima do estado de saúde dos indivíduos, sendo considerada um indicador poderoso e fiável de morbilidade e mortalidade (Idler e Benyamini, 1997).

Todos os participantes consentiram, de forma informada e voluntária, em participar no estudo, tendo-lhes sido garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Realizaram-se análises descritivas das características dos participantes. Procedeu-se a uma comparação de proporções de mulheres e homens relativamente às variáveis sobre estado de saúde e práticas de saúde. Esta opção baseou-se na evidência de que o género é um dos determinantes sociais na saúde mais influentes (Sen *et al.*, 2007). Para analisar as diferenças de género, foram usados o teste do Qui-quadrado e o teste de Fisher, quando apropriados.

A variável “estado de saúde reportado” foi medida através da pergunta “De uma maneira geral como avalia o seu estado de saúde” com 5 opções de resposta: “muito mau”, “mau”, “razoável”, “bom” e “muito bom”. Para análise dos dados, esta variável foi transformada numa variável binária com as opções de resposta “bom/muito bom” e “razoável/mau/muito mau”. A agregação das categorias de resposta escolhida é consistente com investigações anteriores (Jayaweera e Quigley, 2010).

Realizaram-se duas análises de regressão logística, uma para mulheres e outra para homens, para examinar a contribuição das variáveis explicativas (variáveis demográficas,

socioeconómicas e comportamentais) para a diferença entre géneros no estado de saúde reportado. Para todas as variáveis explicativas, são apresentados os níveis de significância, os *odds ratios* (OR) e os respetivos intervalos de confiança a 95% (IC_{95%}). A análise estatística dos dados foi realizada através do programa SPSS 19.0.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

A idade média dos imigrantes inquiridos é de $35,9 \pm 12,11$ anos, sendo similar nos homens e nas mulheres (Tabela 1). O tempo de residência em Portugal é, em média, $7,8 \pm 8,1$ anos. As mulheres residem, em média, há mais tempo do que os homens.

As três comunidades estudadas apresentam uma distribuição equilibrada de indivíduos, sendo a comunidade brasileira a mais representada (38%), seguindo-se a africana (32,6%) e a da Europa de Leste (29,4%). Apenas a comunidade africana tem maior representatividade feminina. Na comunidade brasileira e na da Europa do Leste, há uma maioria de homens.

A maioria dos elementos da amostra é casada (46,3%) e apenas 10,3% é divorciada ou viúva. A distribuição de imigrantes casados é semelhante em ambos os sexos. No entanto, há maior proporção de homens solteiros e de mulheres viúvas ou divorciadas.

A grande maioria dos imigrantes tem estatuto regular (74,3%) mas cerca de um quarto encontra-se em situação irregular. A proporção de homens com estatuto irregular é superior à das mulheres. A distribuição dos inquiridos pelos níveis de escolaridade é praticamente idêntica, com 35,4% tendo frequentado até ao ensino básico e 33,6% o ensino secundário. Apesar de serem as mulheres as mais representadas no nível de escolaridade superior, são igualmente elas que representam maior percentagem com ensino básico. Mais de metade dos imigrantes reporta os seus rendimentos como insuficientes (56,9%), sendo esta percentagem mais elevada nas mulheres (58,9%) do que nos homens (45,2%). A maioria dos elementos da amostra encontra-se empregada (67,4%), havendo um equilíbrio entre a proporção de homens e de mulheres.

Tabela 1
Características dos participantes.

	<i>Total</i> (<i>N</i> = 1375) Média ± d.p.	<i>Mulheres</i> (51,1%; <i>n</i> =703) Média ± d.p.	<i>Homens</i> (48,9%; <i>n</i> =672) Média ± d.p.
Idade (anos)	35,9 ± 12,1	35,6 ± 11,9	36,2 ± 12,4
Tempo de residência (anos)	7,8 ± 8,1	8,0 ± 8,4	7,5 ± 7,8
	%	%	%
Comunidade			
Africana	32,6	36,4	28,6
Brasileira	38,0	36,8	39,3
Europeia de Leste	29,4	26,8	32,1
Estado Civil			
Casado	46,3	46,0	46,7
Solteiro	43,4	40,7	46,2
Divorciado/Viúvo	10,3	13,3	7,1
Estatuto Legal			
Regular	74,3	78,1	70,2
Irregular	25,7	21,9	29,8
Escolaridade			
Até ao básico	35,4	36,0	34,7
Secundário	33,6	29,8	37,6
Licenciatura ou superior	31,0	34,2	27,7
Rendimentos Reportados			
Suficientes	43,0	41,4	44,7
Insuficientes	57,0	58,6	55,3
Situação Profissional			
Empregados	67,4	66,3	68,6
Não empregados	32,6	33,7	31,4

1 - Estado de saúde reportado

Do total de imigrantes, 61,5% relatou ter bom estado de saúde, embora, mais frequentemente, os homens ($p < 0,001$) (Figura 1). A grande maioria dos inquiridos (86,4%) declarou não ter doença crónica, embora 13,6% tivesse respondido positivamente. É de notar que há maior proporção de mulheres do que de homens a reportar doença crónica ($p = 0,003$). Em relação à doença mental, uma maior percentagem deu resposta negativa (86,3%), porém, 13,7% dos imigrantes referiu ter doença mental. Mais uma vez, a prevalência é maior nas mulheres do que nos homens ($p = 0,002$).

Reconhecendo-se o efeito importante do tempo de residência no estado de saúde, procedeu-se a análises estatísticas adicionais com os resultados que a seguir se descrevem. Reportar bom estado de saúde é mais frequente entre os imigrantes que residem há menos tempo em Portugal ($6,8 \pm 7,3$ anos vs. $9,3 \pm 9,1$ anos nos que reportam má saúde)

($p < 0,001$). A doença crónica está também associada ao tempo de residência, sendo que os imigrantes que declararam não ter este tipo de doença residem em Portugal há menos tempo ($7,0 \pm 7,2$ anos vs. $11,8 \pm 11,4$ anos nos que reportam ter doença crónica) ($p < 0,001$).

Cerca de 60% dos participantes referiu que o seu estado de saúde não se alterou desde que está em Portugal, embora 21,7% considere que piorou e 17,9% refira que melhorou. Não se verificaram diferenças significativas entre mulheres e homens (estado de saúde não se alterou: 58,5% das mulheres e 62,3% dos homens; estado de saúde piorou: 24,2% das mulheres e 19,1% dos homens; estado de saúde melhorou: 17,3% das mulheres e 18,6% dos homens) ($p = 0,074$).

Aproximadamente metade dos elementos da amostra (48,5%) afirmou que nunca esteve doente nos últimos 6 meses, 27,8% que esteve doente durante um máximo de 3 dias e 23,7% uma semana ou mais. Ter estado doente revelou-se mais

frequente entre as mulheres (esteve doente durante até 3 dias: 29,5% vs. 26,1% dos homens; esteve doente durante uma semana ou mais: 28,6% vs. 18,4% dos homens) ($p < 0,001$).

Os imigrantes foram ainda questionados sobre práticas em saúde, nomeadamente prática regular de desporto e cuidados com a alimentação. A maioria dos inquiridos referiu que não pratica atividade física regularmente (84,5% vs. 15,5% que pratica). Na comparação entre géneros, são as mulheres quem menos pratica (90,6% vs. 78,2% dos homens) e são os homens os mais desportistas (21,8% vs. 9,4% das mulheres) ($p < 0,001$). Quanto aos cuidados com a alimentação, cerca de dois terços (64,4%) refere ter cuidados alimentares e 35,6% não os ter. Quando se analisa por género, torna-se evidente que são os homens quem menos

tem cuidados com a alimentação (40,7% vs. 30,8% das mulheres) e são as mulheres quem revelou ter mais cuidados (69,2% vs. 59,3% dos homens) ($p < 0,001$).

Verifica-se que estas práticas também variam com o tempo de residência. Quanto maior for o tempo em Portugal, menor é a prática de atividade física ($8,2 \pm 8,6$ anos vs. $6,9 \pm 6,9$ anos nos que praticam exercício regularmente; $p = 0,011$). Por outro lado, ter cuidados com a alimentação foi mais frequente nos imigrantes que residem há mais tempo no país ($8,9 \pm 9,1$ anos vs. $6,6 \pm 6,4$ anos nos que assumem não ter cuidados alimentares; $p < 0,001$).

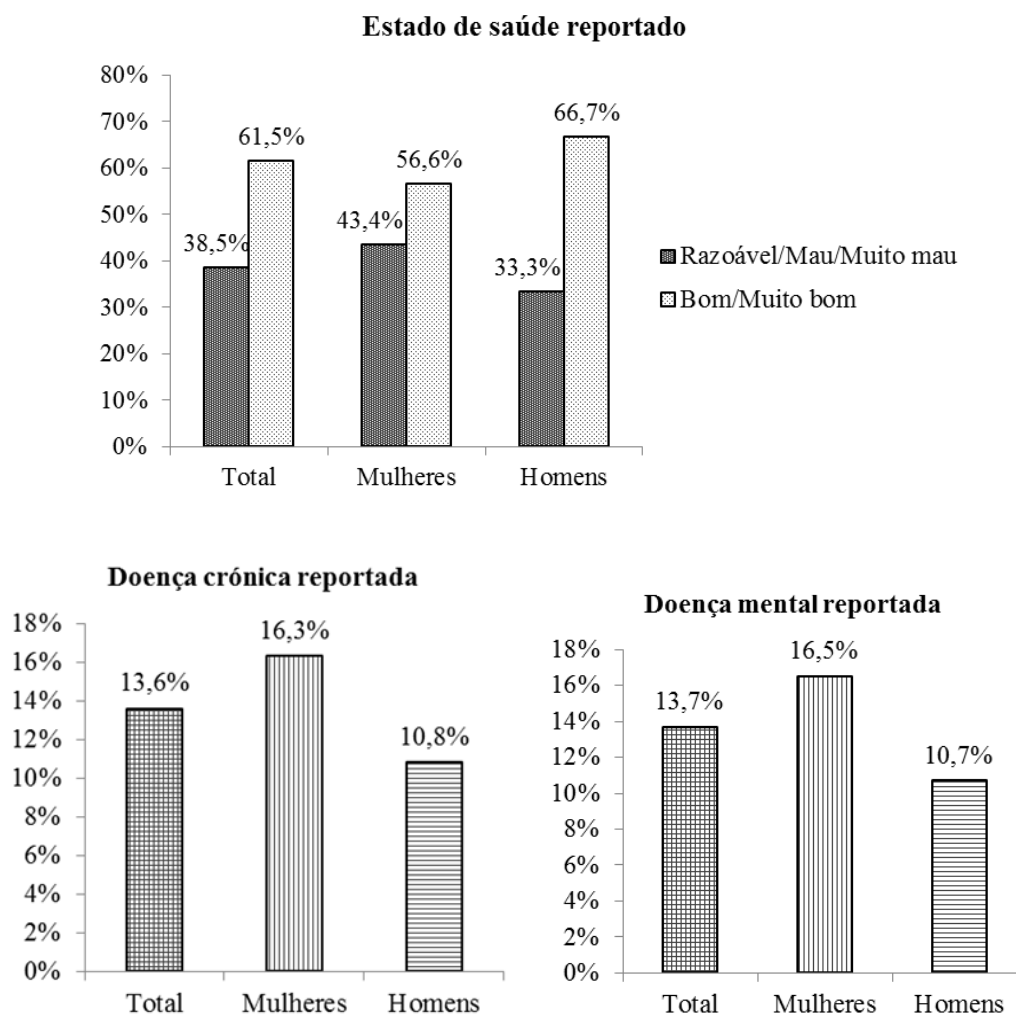


Fig. 1 - Estado de saúde, doença crónica e doença mental reportados.

2 - Determinantes do estado de saúde reportado

Na Tabela 2, encontram-se os resultados das regressões logísticas referentes aos fatores associados ao estado de saúde reportado. Tanto nas mulheres como nos homens, declarar mau estado de saúde é mais provável nos mais velhos (com mais de 33 anos) (mulheres: OR = 1,52 e IC_{95%} = [1,07-2,17]; homens: OR = 2,00 e IC_{95%} = [1,32-3,04]) e nos que referem ter doença crónica (mulheres: OR = 2,86 e IC_{95%} = [1,78-4,60]; homens: OR = 2,31 e IC_{95%} = [1,35-3,95]). Má saúde reportada é menos provável nos imigrantes africanos (mulheres: OR = 0,28 e IC_{95%} = [0,16-0,49]; homens: OR = 0,41 e IC_{95%} = [0,23-0,72]) e brasileiros (mulheres: OR = 0,29 e IC_{95%} = [0,18-0,46]; homens: OR = 0,26 e IC_{95%} = [0,16-0,43])

(comparando com os europeus de leste), e nos que têm nível de ensino superior (mulheres: OR = 0,43 e IC_{95%} = [0,25-0,74]; homens: OR = 0,37 e IC_{95%} = [0,20-0,69]) (comparando com ensino básico). Em ambos os grupos, o estado civil e o estatuto de imigração não estão significativamente associados ao estado de saúde.

Nas mulheres, declarar mau estado de saúde é também mais provável nas que residem há mais tempo em Portugal (OR = 1,03 e IC_{95%} = [1,00-1,06]), nas que percecionam ter rendimentos insuficientes (OR = 1,51 e IC_{95%} = [1,05-2,11]), nas que reportam doença mental (OR = 1,92 e IC_{95%} = [1,21-3,04]) e nas que referem não praticar regularmente exercício físico (OR = 2,32 e IC_{95%} = [1,20-4,44]). A situação profissional e os cuidados

alimentares não estão significativamente associados ao estado de saúde.

Nos homens, declarar mau estado de saúde está associado positivamente a não estar empregado (OR = 1.53 e IC_{95%} = [1,04-2,26]) e a não ter cuidados alimentares (OR = 1.46 e IC_{95%} = [1,02-

2,10]). O tempo de residência em Portugal, a percepção de rendimentos, a doença mental reportada e a prática regular de exercício físico não estão significativamente associados ao estado de saúde.

Tabela 2
Determinantes do estado de saúde reportado.

		Mulheres		Homens	
		<i>p</i>	OR Ajustado (IC _{95%})	<i>p</i>	OR Ajustado (IC _{95%})
Idade (anos)	≤ 33		1		1
	> 33	0,020	1,52 (1,07 - 2,17)	0,001	2,00 (1,32 - 3,04)
Origem	Europeia de Leste		1		1
	Africana	<0,001	0,28 (0,16 - 0,49)	0,002	0,41 (0,23 - 0,72)
	Brasileira	<0,001	0,29 (0,18 - 0,46)	<0,001	0,26 (0,16 - 0,43)
Estado civil	Casado		1		1
	Não casado	0,667	1,08 (0,76 - 1,51)	0,236	0,79 (0,54 - 1,17)
Escolaridade	Até Ensino Básico		1		1
	Ensino Secundário	0,050	0,64 (0,41 - 1,00)	0,104	0,69 (0,45 - 1,08)
	Ensino Superior	0,002	0,43 (0,25 - 0,74)	0,003	0,37 (0,20 - 0,69)
Tempo de residência (anos)		0,048	1,03 (1,00 - 1,06)	0,754	0,99 (0,97 - 1,02)
Estatuto de imigração	Regular		1		1
	Irregular	0,767	0,85 (0,61 - 1,44)	0,953	1,01 (0,65 - 1,58)
Situação profissional	Empregado		1		1
	Não empregado	0,271	1,23 (0,85 - 1,77)	0,033	1,53 (1,04 - 2,26)
Perceção de rendimentos	Suficientes		1		1
	Insuficientes	0,016	1,51 (1,05 - 2,11)	0,786	1,05 (0,72 - 1,54)
Doença crónica	Não		1		1
	Sim	<0,001	2,86 (1,78 - 4,60)	0,002	2,31 (1,35 - 3,95)
Doença mental	Não		1		1
	Sim	0,005	1,92 (1,21 - 3,04)	0,267	1,38 (0,78 - 2,42)
Cuidados alimentares	Sim		1		1
	Não	0,247	1,23 (0,86 - 1,77)	0,038	1,46 (1,02 - 2,10)
Prática regular de exercício	Sim		1		1
	Não	0,011	2,32 (1,20 - 4,44)	0,246	1,31 (0,83 - 2,08)

DISCUSSÃO

Este estudo teve, como finalidade, descrever o estado de saúde de uma população imigrante residente na zona metropolitana de Lisboa e identificar os determinantes que lhe podem estar associados. De forma global, 61,5% dos imigrantes reportaram ter boa saúde. Esta proporção é idêntica à que foi estimada no Inquérito Nacional de Saúde (62,8%) para uma amostra representativa de imigrantes em situação regular no país (Dias *et al.*, 2008).

Tal como esperado, observaram-se diferenças de género, com as mulheres a reportarem pior estado de saúde do que os homens. São também as mulheres quem mais reporta doença crónica, doença mental e maior número de dias consecutivos em que estiveram doentes. Estes resultados vão ao encontro de estudos realizados com a população imigrante (Khlal e Darmon, 2003; Malmusi *et al.*, 2010), bem como de outros realizados com a população em geral (Cooper, 2002; Denton *et al.*, 2004).

Como era expectável, tanto nas mulheres como nos homens, o aumento da idade, o nível superior de escolaridade e a existência de doença crónica estão associados a perceção de pior saúde, tal como evidenciado noutras investigações (Cooper, 2002; McDonald e Kennedy, 2004).

Também em ambos os grupos existe uma variação do estado de saúde reportado de acordo com a comunidade de origem, em que, de forma geral, são os brasileiros e africanos que declaram melhor saúde quando comparados com os imigrantes da Europa de Leste. Estes resultados suportam a ideia de que o contexto étnico está associado ao estado de saúde (Lindstrom *et al.*, 2001). De facto, a perceção individual do estado de saúde pode ser influenciada pelo contexto sociocultural do país de origem, caracterizado por crenças, valores, normas sociais e tradições culturais (Wiking *et al.*, 2004). Neste sentido, pode especular-se que a perceção positiva de saúde revelada pelos imigrantes brasileiros e africanos radica de fatores histórico-socioculturais relacionados com o seu contexto, como sejam os significados atribuídos à saúde, doença e seus sintomas, à procura de cuidados ou à autogestão do processo saúde-doença.

Adicionalmente, as comunidades brasileiras e africanas partilham a mesma língua com a população portuguesa, o que pode representar uma potencial vantagem no processo de integração, com impacto positivo na sua saúde, contrariamente aos imigrantes oriundos da Europa de Leste.

Os imigrantes residentes há menos tempo em Portugal reportaram mais frequentemente ter boa saúde e não ter doença crónica, o que vai no sentido do *healthy migrant effect*. Na verdade, a associação entre tempo de residência e estado de saúde tem sido documentada em estudos anteriores (Hosper *et al.*, 2007; McDonald e Kennedy, 2004). Os dados sugerem ainda que o fenómeno da aculturação pode justificar as alterações na saúde dos imigrantes ao longo do tempo. A prevalência de práticas pouco saudáveis, como inatividade física e cuidados alimentares reduzidos, foi mais elevada entre os imigrantes a residir há mais tempo em Portugal. Tal como tem sido descrito na literatura, durante o período de estadia no país de acolhimento, os imigrantes tendem a adotar diferentes estilos de vida e comportamentos que, muito provavelmente, não adotariam no seu país e que, muitas vezes, apresentam risco para a saúde (Hosper *et al.*, 2007; Jayaweera e Quigley, 2010). Os dados apontam para a necessidade de desenvolver esforços contínuos ao nível da mudança de comportamentos e adoção de estilos de vida saudáveis, contemplando prática regular de exercício físico ou seguimento de uma alimentação saudável, como estratégias capazes de prevenir a doença e promover a saúde junto das populações imigrantes.

De acordo com os resultados deste estudo, o efeito dos rendimentos percecionados no estado de saúde reportado só foi observado no grupo das mulheres, o que pode ser indicador de desigualdade socioeconómica acentuada neste subgrupo de imigrantes. De facto, tem sido documentado que as mulheres imigrantes tendem a ter menor acesso a direitos básicos, menores taxas de educação, salários inferiores ou a estar desempregadas comparativamente aos homens (Malmusi *et al.*, 2010; Pécout e Guchteneire, 2004). Em linha com esta ideia, numa investigação qualitativa sobre saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes em Portugal, muitas participantes expressaram dificuldades em ultrapassar os constrangimentos económicos, principalmente porque tinham pouco apoio por parte dos seus parceiros e assumiam, sozinhas, todas as responsabilidades familiares (Dias e Rocha, 2009). Estas circunstâncias traduzem-se, muitas vezes, em maiores riscos para a saúde destas mulheres (Malmusi *et al.*, 2010).

Interessa salientar que é também apenas no grupo das mulheres que se verifica associação entre o aumento do tempo de residência e pior estado de saúde, podendo indiciar que são este grupo sente maior degradação da saúde ao longo do tempo de estadia em Portugal. Eventualmente, são elas as

primeiras a ficarem expostas à carga cumulativa de desvantagens socioeconómicas, em conjunto com possíveis experiências adversas durante o processo de integração. Também em relação à saúde mental, constata-se que a associação entre a existência de doença mental e mau estado de saúde apenas surgiu nas mulheres, o que sugere que estas estarão mais sujeitas a pressões sociais e discriminatórias, com potencial impacto na sua saúde mental.

Neste estudo, os determinantes sociais e económicos revelaram-se fatores importantes na explicação do estado de saúde, o que reforça a pertinência de investir em políticas direcionadas para redução das desigualdades socioeconómicas e para promoção da integração dos imigrantes nos países de acolhimento, com especial atenção para os que se encontram em maior desvantagem, como as mulheres.

Algumas limitações podem ser apontadas nesta investigação. Uma está relacionada com o processo de amostragem. O recurso às redes sociais das comunidades imigrantes para recolher a informação pode resultar numa amostra de inquiridos com características demográficas, socioeconómicas e comportamentais que não traduzem a realidade de uma população diversa. Porém, os perfis sociodemográficos dos participantes são coincidentes com os dados existentes sobre a população imigrante em Portugal (SEF, 2011), o que leva a equipa a estar confiante de que a amostra obtida é suficientemente heterogénea e que os resultados refletem a situação de grande parte dos imigrantes a residir em Lisboa. Neste estudo, utilizou-se uma medida subjetiva do estado de saúde; no entanto, os resultados corroboram a evidência apresentada na literatura de que o estado de saúde reportado é um indicador de saúde válido. Por fim, outra limitação reside no facto de as categorias utilizadas para identificar os imigrantes por grupo de origem abrangerem uma grande diversidade de subgrupos e, com isso, poderem esconder diferenças potenciais em cada grupo. Será importante, no futuro, realizar investigações com maior número de participantes de países ou regiões específicas de modo a permitir efetuar análises mais precisas.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo indicam que a população imigrante apresenta níveis diferentes de vulnerabilidade e necessidades em saúde. A variação do estado de saúde entre grupos de imigrantes e a influência das questões de género, do contexto socioeconómico e dos fatores culturais

deve ser considerada no desenvolvimento de esforços para melhoria da saúde destas populações. Adicionalmente, a experiência de viver num país diferente ao longo do tempo, adotando-se novos comportamentos e estilos de vida, e o efeito cumulativo de diferentes fatores na saúde dos indivíduos, devem também ser tidos em conta para delinear intervenções eficazes. Numa escala maior, o contexto do país de acolhimento e as políticas de integração e de saúde vigentes podem ter um papel preponderante na redução das desigualdades e promoção da saúde das populações imigrantes.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (IME/SAUESA/81760/2006). Os autores agradecem a todos os participantes do estudo e aos membros da equipa de projeto, especialmente a António Carlos Silva, Helena Cargaleiro, Rosário Horta, Miguel Lemos, Mário Carreira, Maria Cortes e Violeta Alarcão.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

BIBLIOGRAFIA

CARBALLO, M., DIVINO, J. J. & ZERIC, D. (1998) – “Migration and health in the European Union”. *Trop. Med. Int. Health*, 3: 936-944.

COOPER, H. (2002) – “Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health”. *Soc. Sci. Med.*, 54: 693-706.

DENTON, M., PRUS, S. & WALTERS, V. (2004) – “Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health”. *Soc. Sci. Med.*, 58: 2585-2600.

DIAS, C. M., PAIXÃO, E., BRANCO, M. J., FALCÃO, J. M. (2008) - *A Saúde dos Imigrantes – Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa, 172 pgs.

DIAS, S. & ROCHA, C. (2009) - *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras: Um Estudo Qualitativo*. Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, Lisboa, 172 pgs.

FENNELLY, K. (2007) – “The ‘healthy migrant’ effect”. *Minn. Med.*, 90: 51-53.

FERNANDES, A. & PEREIRA MIGUEL, J. (2007) – “Health and Migration in the EU: Better Health for All in an Inclusive Society”. Conference on Health and Migration in the EU. Lisboa, Portugal (27-28 de setembro).

- HOSPER, K., NIERKENS, V., NICOLAOU, M. & STRONKS, K. (2007) – “Behavioural risk factors in two generations of non-Western migrants: do trends converge towards the host population?”. *Eur. J. Epidemiol.*, 22: 163-172.
- IDLER, E. L. & BENYAMINI, Y. (1997) – “Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies”. *J. Health Soc. Behav.*, 38: 21-37.
- INE/INSA (2009) - *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Instituto Nacional de Estatística / Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa, 330 pgs.
- IOM (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION) (2004) - *Glossary on migration*. IOM, Genebra, 78 pgs.
- JASSO, G., MASSEY, S. D., ROSENZWEIG, M. R. & SMITH, J. P. (2004) – “Immigrant health: selectivity and acculturation”. Em: Anderson, N. B., Bulatao, R. A., Cohen, B., *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*. Washington D. C., National Academies Press, 752 pgs.
- JAYAWEERA, H. & QUIGLEY, M. A. (2010) – “Health status, health behaviour and healthcare use among migrants in the UK: evidence from mothers in the Millennium Cohort Study”. *Soc. Sci. Med.*, 71: 1002-1010.
- KAPLAN, G. & BARON-EPEL, O. (2003) – “What lies behind the subjective evaluation of health status?”. *Soc. Sci. Med.*, 56: 1669-1676.
- KHLAT, M. & DARMON, N. (2003) – “Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe?”. *Int. J. Epidemiol.*, 32: 1115-1118.
- LANSAKARA, N., BROWN, S. J. & GARTLAND, D. (2010) – “Birth outcomes, postpartum health and primary care contacts of immigrant mothers in an Australian nulliparous pregnancy cohort study”. *Matern. Child Health J.*, 14: 807-816.
- LINDSTROM, M., SUNDQUIST, J. & OSTERGREN, P. O. (2001) – “Ethnic differences in self-reported health in Malmo in southern Sweden”. *J. Epidemiol. Community Health*, 55: 97-103.
- MALMUSI, D., BORRELL, C. & BENACH, J. (2010) – “Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin”. *Soc. Sci. Med.*, 71: 1610-1619.
- MCDONALD, J. T. & KENNEDY, S. (2004) – “Insights into the ‘healthy immigrant effect’: health status and health service use of immigrants to Canada”. *Soc. Sci. Med.*, 59: 1613-1627.
- NIELSEN, S.S. & KRASNIK, A. (2010) – “Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review”. *Int. J. Public Health*, 55: 357-371.
- NORMAN, P., BOYLE, P. & REES, P. (2005) – “Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis”. *Soc. Sci. Med.*, 60: 2755-2771.
- PÉCOUD, A. & GUCHTENEIRE, P. (2004) - *Migration, Human Rights and the United Nations: An Investigation into the Low Ratification Record of the UN Migrant Workers Convention*. Global Commission on International Migration, Genebra, 28 pgs.
- SEF (SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS) (2011) - *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2010*. Departamento de Planeamento e Formação do SEF, Lisboa, 83 pgs.
- SEF (SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS) (2012) - *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2011*. Departamento de Planeamento e Formação do SEF, Lisboa, 75 pgs.
- SEN, G., OSTLIN, P. & GEORGE, A. (2007) - *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequality in Health: Why It Exists and How We Can Change It*. Commission on Social Determinants of Health, Genebra, 145 pgs.
- VILLADSEN, S. F., MORTENSEN, L. H. & ANDERSEN, A.M. (2009) – “Ethnic disparity in stillbirth and in infant mortality in Denmark 1981-2003”. *J. Epidemiol. Community Health*, 63: 106-112.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (2009) - *The European Health Report 2009: Health and Health Systems*. World Health Organization, Copenhagen, 191 pgs.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (2010) - *Health of Migrants: The Way Forward. Report of a Global Consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010*. WHO, Genebra, 119 pgs.
- WIKING, E., JOHANSSON, S. E. & SUNDQUIST, J. (2004) – “Ethnicity, acculturation, and self-reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden”. *J. Epidemiol. Community Health*, 58: 574-582.
- WRIGHT, R. & STEIN, M. (2005) – “Snowball sampling”. Em: Kempf-Leonard, K., *Encyclopedia of Social Measurement*. Elsevier Academic Press, San Diego/CA, 3000 pgs.