

Determinantes do Estado de Saúde dos Imigrantes na Zona Metropolitana de Lisboa

por

Cláudia Isabel Pereira Maurício

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do grau de

Mestre em Estatística e Gestão de Informação

pelo

Instituto Superior de Estatística e Gestão da Informação

da

Universidade Nova de Lisboa

Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação
Universidade Nova de Lisboa

Determinantes do Estado de Saúde dos Imigrantes na Zona Metropolitana de Lisboa

Cláudia Isabel Pereira Maurício

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do grau de
Mestre em Estatística e Gestão de Informação

Professor orientador:

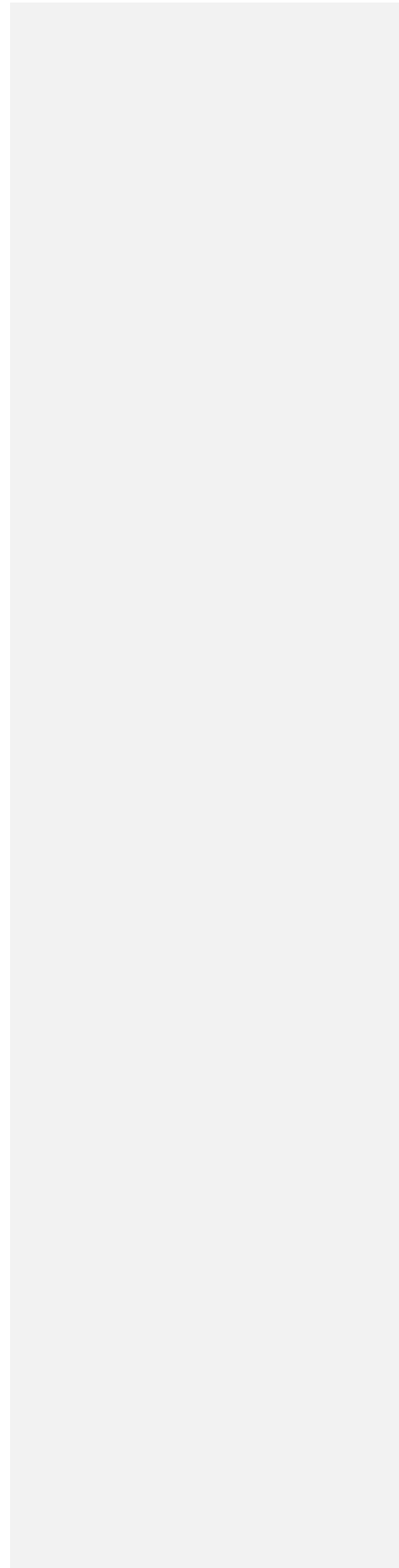
Professora Doutora Maria do Rosário Oliveira Martins

Professor co-orientador:

Professora Doutora Sónia Dias Ferreira

Novembro, 2011

(página intencionalmente deixada em branco)



AGRADECIMENTOS

À Professora Maria do Rosário Oliveira Martins, sem a qual este trabalho não teria sido possível, enquanto professora de econometria, que despoletou em mim o gosto pelo estudo aprofundado de modelos de regressão logística. O seu contributo estende-se à orientação deste trabalho, desde o convite à abordagem da temática, às críticas e sugestões propostas, que contribuíram para uma constante evolução do trabalho apresentado.

Um agradecimento ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em especial à Professora Sónia Ferreira Dias, enquanto Co-Orientadora, pela disponibilização dos dados que permitiram a realização desta dissertação e por todo o conhecimento, experiência e bibliografia patinhados.

À minha família, por todo o percurso percorrido até hoje, por sempre me incentivarem e investirem na minha formação e na minha felicidade.

Às minhas colegas Daniela, Ana, Rita, Isabel e Elisa, por partilharem comigo todos estes meses de aprendizagem e momentos de alegria, por serem uma fonte de inspiração, motivação e incentivo.

Ao Filipe pela disponibilidade e paciência ao longo de todo o processo.

RESUMO

A presente dissertação teve por objectivo a identificação dos factores determinantes do estado de saúde da população imigrante residente na zona metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo, avaliando o efeito de indicadores sócio-demográficos, sócio-económicos e factores gerais de saúde física e mental, na percepção do estado de saúde destes imigrantes.

Para tal, geraram-se e testaram-se hipóteses referentes a uma amostra concreta, não se pretendendo generalizar os resultados obtidos para a totalidade da população de imigrantes residentes em Portugal.

Os dados utilizados foram recolhidos e trabalhados no âmbito de um projecto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, utilizando uma especificação baseada no modelo de regressão logística.

Tal como seria de esperar, o sexo revelou-se uma variável diferenciadora. Os factores sócio económicos em ambos os sexos e o tempo de estadia em Portugal, nas mulheres, determinam de forma significativa a percepção do estado de saúde destas populações, existindo igualmente diferenças expressivas entre as várias comunidades de origem analisadas.

Os resultados obtidos sugerem ainda que diferentes tipos de factores para além dos sócio-económicos, como o estilo de vida e a saúde mental, devem ser tidos em consideração na promoção da saúde destas populações.

Palavras-chave: Imigrantes; Estado de Saúde; Indicadores Socio-económicos; Sexo; Modelo Logit

ABSTRACT

The aim of the present work was to identify the decisive factors of the state of health in the immigrant population living in the metropolitan area of Lisbon, evaluating the effect of socio-demographic, socio-economic and general indicators of physical and mental health.

In order to achieve this goal, hypotheses were generated and tested, focused on a specific sample, not intending to generalize the results obtained for the entire population of immigrants living in Portugal.

The data was collected and worked under a project funded by the *Fundação para a Ciência e Tecnologia*, using a specification based on logistic regression model.

As expected, sex is a differentiating variable. The socio-economic factors in both sexes and the length of stay in Portugal, in women, significantly determine the perception of health status in these populations; there were also significant differences depending on the origin of the communities studied.

The results suggest that different types of factors beyond the socio-economic, such as lifestyle and mental health should be taken into account when promoting the health in these populations.

Keywords: Immigrants, Health Perception, Socioeconomic Status; Gender; Logit Model

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
LISTA DE SIGLAS	xi
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Enquadramento.....	1
1.2. Motivação.....	3
1.3. Objectivos.....	4
1.4. Organização da Tese.....	4
2. REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1. Factores que Determinam o Estado de Saúde	6
2.1.1. Indicadores sócio-demográficos.....	8
2.1.2. Indicadores sócio-económicos.	12
2.1.3. Indicadores gerais de saúde.....	13
2.2. Saúde nos Migrantes.....	14
2.2.1. Indicadores sócio-demográficos.....	16
2.2.2. Indicadores sócio-económicos.	17
2.2.3. Indicadores gerais de saúde.....	19
3. METODOLOGIA.....	20
3.1. Dados.....	20
3.2. Caracterização da Amostra.....	20
3.3. Descrição da Variável Dependente.....	23
3.4. Descrição das Variáveis Explicativas.....	24
3.4.1. Indicadores sócio-demográficos.....	24
3.4.2. Indicadores sócio-económicos.	25

3.4.3. Indicadores gerais de saúde.....	26
3.5. Distribuição do Estado de Saúde.....	27
3.5.1. Indicadores sócio-demográficos.....	27
3.5.2. Indicadores sócio-económicos.	29
3.5.3. Indicadores gerais de saúde.....	31
4. MODELO LOGIT OU REGRESSÃO LOGÍSTICA.....	34
4.1. Especificação do Modelo Logit / Regressão Logística	34
4.2. Interpretação dos Coeficientes Estimados.....	34
4.3. Estimação do Modelo Logit ou Regressão Logística	36
4.4. Teste de Significância para o Modelo	38
4.5. Medidas da Qualidade de Ajustamento	39
5. RESULTADOS	42
5.1. Modelo de Regressão Logística Estimado para Mulheres	42
5.2. Modelo de Regressão Logística Estimado para Homens	45
6. CONCLUSÕES.....	48
REFERÊNCIAS	54
ANEXOS.....	60
ANEXO 1	61
ANEXO 2	74
ANEXO 3	75

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 3.1 <i>Estatísticas Descritivas (Média e Desvio padrão)</i>	21
Quadro 3.2 <i>Distribuição de variáveis na amostra total e por gênero em percentagem.</i>	22
QUADRO 3.3 <i>Agregação de Categorias da Variável Dependente</i>	23
Quadro 4.1 <i>Matriz Confusão</i>	409
Quadro 4.2 <i>Valores da Curva ROC e sua interpretação</i>	41
Quadro 5.1 <i>Parâmetros Estimados para as mulheres</i>	422
Quadro 5.2 <i>Parâmetros Estimados para os homens</i>	455

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>FIGURA 2.1</i> CONCEPÇÃO DO PAPEL DO GÉNERO ENQUANTO DETERMINANTE SOCIAL DE SAÚDE.....	11
<i>FIGURA 3.1</i> ESTADO DE SAÚDE POR MÉDIA DE IDADE E TEMPO DE ESTADIA EM AMBOS OS SEXOS.....	27
<i>FIGURA 3.2</i> DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE POR GÉNERO E COMUNIDADES.....	27
<i>FIGURA 3.3</i> DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE POR GÉNERO E SER CASADO.....	28
<i>FIGURA 3.4</i> DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE POR GÉNERO E ESTATUTO LEGAL.....	28
<i>FIGURA 3.5</i> DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE POR GÉNERO E ESCOLARIDADE.....	29
<i>FIGURA 3.6</i> DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE POR GÉNERO E RENDIMENTOS REPORTADOS.....	30
<i>FIGURA 3.7</i> DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE POR GÉNERO E ESTAR EMPREGADO.....	30
<i>FIGURA 3.8</i> DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE POR GÉNERO E DOENÇA CRÓNICA.....	31
<i>FIGURA 3.9</i> DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE POR GÉNERO E DEPRESSÃO OU OUTRA DOENÇA MENTAL.....	32
<i>FIGURA 3.10</i> DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE POR GÉNERO E PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA.....	32
<i>FIGURA 3.11</i> DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE POR GÉNERO E CUIDADOS COM ALIMENTAÇÃO.....	33

LISTA DE SIGLAS

CSDH – *Commission on Social Determinants of Health*

FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia

GDI – *Gender-reported Development Index*

IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

MV – Máxima Verosimilhança

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Odds Ratio*

ROC – *Receiver Operating Characteristics*

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

UE – União Europeia

WGEKN – *Woman and Gender Equity Knowledge Network*

1. INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento

A Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), criada em 1946 em Nova Iorque, revela como fundamental o direito a alcançar padrões elevados de saúde para todos os seres humanos. A definição de saúde anuncia-se uma tarefa complexa e de extrema importância. Terris, em 1975, propõe a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, incluindo a capacidade funcional do indivíduo e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Para o autor, é essencial que esta definição inclua ambas as dimensões, funcional e subjectiva (Terris, 1975).

Em 2005 a OMS fundou a Comissão sobre os Determinantes Sociais de Saúde (*Commission on Social Determinants of Health - CSDH*), que como o próprio nome indica, tem como objectivo estudar os determinantes sociais da saúde e as iniquidades a eles associadas, considerando a redução das desigualdades em saúde como um imperativo ético e atribuindo à injustiça social a responsabilidade pela morte de pessoas à escala mundial (Michael Marmot et al., 2008).

Ao longo de décadas, as diferenças no estado de saúde das populações, têm vindo a ganhar relevo na literatura. Os factores biológicos, ambientais, comportamentais, cuidados de saúde e factores sociais, são alguns dos indicadores até hoje mais estudados (Adler & Rehkopf, 2008; Braveman & Gruskin, 2003). Compreender as causas destas disparidades, ajuda na promoção de saúde das populações mais desfavorecidas.

Por outro lado, os imigrantes são tidos como um grupo de risco no que diz respeito à saúde, representando um desafio para a saúde pública dos vários países. Por constituírem um grupo heterogéneo da população, os determinantes de saúde adquirem uma complexidade particular. Dada a falta de informação consistente(s) tanto a nível nacional como internacional, a investigação nesta área encontra-se no seu começo (Dias & Gonçalves, 2007).

Um dos padrões frequentemente abordado na literatura é o *healthy migrant effect* modelo em que os imigrantes são descritos como mais saudáveis do que os nativos do

país de acolhimento (Fennelly, 2007; Khlal & Darmon, 2003; Malmusi, Borrell, & Benach, 2010; Razum, Zeeb, & Rohrmann, 2000). Segundo Jasso (2004), esta vantagem resulta do efeito selectivo em que apenas os indivíduos mais saudáveis tem capacidade para mudar de país de residência, uma vez que este é um processo que implica investimento, (Jasso, Massey, Rosenzweig, & Smith, 2004).

No entanto, têm sido encontradas evidências de que este padrão tende a desaparecer ao longo do tempo de estadia, pela imposição de outros factores (Lindstrom, Sundquist, & Ostergren, 2001; Llacer, Zunzunegui, del Amo, Mazarrasa, & Bolumar, 2007; Wiking, Johansson, & Sundquist, 2004; Williams, 1993).

Frequentemente identificados na população imigrante, baixos recursos sócio-económicos, deficientes condições de habitação, exclusão social ou situações laborais precárias, podem estar na origem de dificuldades em aceder à educação, informação e utilização dos serviços de saúde do país de acolhimento, tornando estes indivíduos progressivamente mais vulneráveis a consequências de risco para a sua saúde (Braveman & Gruskin, 2003).

A presente dissertação dará particular atenção às diferenças entre os indicadores de saúde em imigrantes homens e mulheres, separadamente, de acordo com o sugerido nos estudos consultados. O género é na maioria das vezes o primeiro exemplo dado quando se fala de desigualdades em saúde (Sen & Ostlin, 2008).

Segundo Marmot (2007), na maioria das sociedades, ser homem ou mulher é a desigualdade mais universal e dissimulada de sempre (Michael Marmot & Commission Social Determinants, 2007). De igual forma, Helen Cooper (2002) obteve resultados consistentes no que diz respeito às diferenças da saúde entre sexos e etnias. As maiores disparidades foram encontradas entre a saúde de homens e mulheres dentro de grupos étnicos minoritários, sugerindo que as mulheres das minorias étnicas reportam particularmente má saúde, mesmo quando têm um perfil etário médio mais jovem.

No que concerne à população migrante, os estudos existentes apontam de igual modo para a importância do factor género como determinante no estado de saúde destas populações (Borrell et al., 2008; Llacer et al., 2007; Malmusi et al., 2010).

1.2. Motivação

Portugal não é excepção na grande diversidade de população resultante dos fluxos migratórios. Um país tradicionalmente de emigração tornou-se, ao longo dos tempos, um país cada vez mais de imigração (Dias, Severo, & Barros, 2008).

De acordo com notas publicadas pela CSDH, os fluxos migratórios em Portugal têm vindo a crescer nas últimas décadas. O Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), através do SEFSTAT, portal dedicado à informação estatística da população estrangeira residente em Portugal, previu no Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo do ano de 2009, um crescimento positivo de cerca de 3% da população imigrante face ao ano de 2008, contabilizando um universo total de 454.191 estrangeiros residentes. Destes, cerca de 43% (196.798) habitava nesta altura o distrito de Lisboa (Bento et al., 2010).

Publicado em Junho de 2011, o mais recente relatório de SEF prevê para o ano de 2010 e pela primeira vez desde 2005, que o número de imigrantes legalizados a viver em Portugal sofra um decréscimo de cerca de 1,97%, estimando-se que seja de cerca de 445,262 imigrantes. O mesmo relatório identifica uma quebra no distrito de Lisboa de 3,85%, encontrando-se agora 189.220 imigrantes, o que representa cerca de 42,5% da população imigrante total (Bento, Martins, Machado, & Sousa, 2011).

Nielsen e Krasnik (2010) publicam um artigo científico com o objectivo de estudar a auto-percepção do estado de saúde dos imigrantes e minorias étnicas, nos países da União Europeia (UE). Foram seleccionados de entre a literatura existente, 17 estudos onde se examina o estado de saúde percebido por vários grupos de imigrantes em comparação com a maioria da população da UE. Nesta selecção não foi considerado nenhum estudo ou artigo realizado com a população imigrante em Portugal.

O presente estudo pretende, assim, ser um contributo para a avaliação dos determinantes do estado de saúde subjectivo, procurando especificar um modelo que se adapte à população imigrante residente na zona da grande Lisboa. O desenvolvimento de estudos a este nível poderá contribuir para minimizar as desigualdades existentes em saúde, proporcionando em última instância, um aumento do bem-estar geral dos imigrantes a residir em Portugal.

1.3. Objectivos

O propósito deste trabalho de dissertação incide sobre os determinantes de saúde dos imigrantes na zona metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo. Contrariamente à maioria de estudos existentes, não será feita a comparação com a população portuguesa. Procura-se antes, explorar as diferenças existentes entre sexos, comunidades, classes etárias, níveis de educação, ocupação profissional, rendimentos auto-reportados, tempo de residência em Portugal, existência de doença crónica, estilos de vida e de que forma estes factores podem influenciar o estado de saúde percebido pelos imigrantes. Assim, este estudo visa dois objectivos:

1. Do ponto de vista teórico, pretende contribuir para o conhecimento já existente sobre a temática dos determinantes de saúde dos imigrantes em Portugal, mais concretamente na área metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo; identificar e quantificar os factores que contribuem significativamente no estado de saúde percebido, nomeadamente as possíveis diferenças de cada factor por género.

2. Numa visão prática, pretende-se contribuir para o projecto de investigação a decorrer no IHMT, com o título: “Atitudes e representações face à saúde e doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes: em direcção a serviços de saúde amigos dos imigrantes”, com o qual a mestranda colaborou entre Maio de 2010 e Junho de 2011 e de onde não foi, até ao presente, publicado qualquer artigo de investigação sobre o tema estudado.

1.4. Organização da Tese

A dissertação encontra-se dividida em seis capítulos. O primeiro pretende definir e enquadrar de forma sucinta o problema dos determinantes do estado de saúde da população imigrante, bem como, salientar a motivação e pertinência da continuidade da sua investigação nos tempos presentes. Por último, serão apresentados os objectivos gerais que ambicionam ser alcançados com este trabalho.

No segundo capítulo, foi feita uma contextualização teórica do problema, onde se inclui a evolução dos conhecimentos sobre os determinantes de saúde na população de uma forma geral e nos imigrantes em particular, através de uma revisão da literatura considerada relevante nesta área e publicada sobretudo no decorrer da última década.

A metodologia utilizada é apresentada no terceiro capítulo, onde se procurou caracterizar a amostra e descrever as variáveis presentes na investigação. Aqui, são apresentados os dados descritivos de forma pormenorizada.

O modelo de variável dependente binária – regressão logística – é descrito no quarto capítulo e no quinto são apresentados os resultados obtidos pela estimação dos modelos para homens e mulheres, separadamente.

Por fim, no sexto e último capítulo encontra-se um sumário das principais questões levantadas ao longo da investigação, procurando dar resposta aos objectivos inicialmente propostos e algumas limitações do estudo. São deixadas algumas sugestões que julgamos pertinentes numa futura abordagem a esta problemática.

Em anexo a este trabalho, encontram-se o questionário realizado bem como informações estatísticas detalhadas sobre os modelos estimação dos modelos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Factores que Determinam o Estado de Saúde

Há décadas que a caracterização do estado de saúde constitui uma tarefa de grande importância e complexidade, que assenta no próprio conceito de saúde. A OMS definiu, aquando da sua constituição em 1946, a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

Terris (1975) contrapõe esta definição, sugerindo a supressão da palavra “completo” uma vez que por saúde não se deve entender um conceito absoluto, contemplando a possibilidade da existência de diferentes graus de saúde. Torna-se fácil conceber a possibilidade da coexistência de doença e algum grau de saúde. Desta forma, a saúde deve ser definida em termos não só funcionais, mas também de forma a captar o seu carácter subjectivo (Terris, 1975).

Por outro lado, o Relatório Europeu de Saúde da OMS para o ano de 2009 refere que o aumento da esperança de vida ao nascer, durante as últimas décadas, é um bom indicador da melhoria do estado de saúde da população na Região Europeia (World Health Organization, 2009). No entanto, é evidente a existência de diferenças no estado de saúde das sub-populações e cabe às sociedades actuais entender o que se encontra por trás destas desigualdades. Factores biológicos, ambientais, comportamentais, cuidados de saúde e factores sociais, são apontados como justificativos por autores como Braveman (2006) ou Adler&Rehkopf (2008). Compreender as causas destas disparidades pode ajudar a promover a saúde de populações desfavorecidas (Orna Baron-Epel & Kaplan, 2009).

Desde a década de 70 que se desenvolvem pesquisas longitudinais que procuram associar medidas de auto-avaliação de saúde com índices de mortalidade¹. A primeira demonstração clara surgiu em 1982, quando Mossey & Shapiro demonstraram que a auto-avaliação de saúde de idosos canadianos foi um indicador mais fiável da sua

¹ Entende-se por mortalidade ou taxa de mortalidade o número de óbitos em relação ao número de habitantes.

sobrevivência do que os relatórios médicos, ou os auto relatos de condições clínicas (Mossey & Shapiro, 1982).

A partir da década de 80, emergiram estudos que apresentam medidas de saúde auto-percepcionadas pelos indivíduos adultos como fonte de acesso a medidas mais objectivas (Idler & Benyamini, 1997). Para Kirkcaldy (1993), há evidências de que as medidas subjectivas são indicadores melhores da expectativa de vida dos indivíduos do que as objectivas (Kirkcaldy et al., 2005).

Desta forma, na investigação epidemiológica, a percepção do estado de saúde tem já tradição e a sua importância tem vindo a aumentar com o passar dos anos (Kaplan & Camacho, 1983; Marcellini, Leonardi, Marcucci, & Freddi, 2002).

Um indivíduo que relata um estado de saúde mau apresenta maior risco em todas as causas de morte (Marcellini et al., 2002). Esta evidência de que a percepção do estado de saúde é um poderoso e fiável indicador de índices de mortalidade torna o seu estudo um vértice incontornável das principais investigações que têm como objectivo medir o estado de saúde dos indivíduos. Kapla & Camacho (1983), sugerem as medidas auto-percepcionadas de saúde como a chave para a compreensão de outros determinantes da saúde tais como os factores psico-sociais.

Os mesmos autores referem a importância do estado de saúde subjectivo como medida particularmente importante e utilizada também para o estudo da morbilidade², na utilização dos serviços de saúde, das necessidades de cuidados a longo prazo, como indicador da satisfação com a vida ou bem-estar e na avaliação da qualidade de vida das populações (Farmer & Ferraro, 2005; Idler & Benyamini, 1997; Kaplan & Camacho, 1983). No entanto, torna-se necessário ressaltar a sua natureza subjectiva. Este indicador pode originar diferentes perspectivas, conforme as interpretações que se façam do que é estado de saúde favorável (Murray & Chen, 1992).

Segundo está definido no relatório final da ECHIM, auto-percepção de saúde é uma avaliação subjectiva que os indivíduos fazem sobre a própria saúde, habitualmente designada de saúde subjectiva ou de saúde auto-percebida. Ambas são medidas globais que incluem as várias dimensões da saúde (física, emocional e social). Esta medida é influenciada pela presença de sintomas ou queixas específicas e pelo diagnóstico feito por

² Entende-se por morbilidade ou taxa de morbilidade, o número de sujeitos portadores de determinada doença em relação ao número de sujeitos saudáveis.

um médico de uma possível doença. Aqui o propósito será medir a saúde de uma forma geral e não um estado temporário ou momentâneo. Na sua definição não é tida em consideração a idade e não há limite de tempo (Kilpelainen, Aromaa, & Group, 2008).

O seu cálculo deve ser feito pela proporção de pessoas que avaliam a sua própria saúde, através de um inquérito ou entrevista com amostra representativa da população, por exemplo, tendo como questão: “Como está sua saúde de uma forma geral?”: muito boa / boa / regular / má / muito má. Esta medida deve ser entendida como complemento e não substituto de indicadores objectivos de saúde.

Alguns autores destacam o papel importante que a comunidade científica tem exercido ao distinguir mitos de realidades. Investigações na área da saúde devem ampliar as suas perspectivas e agir de acordo com as estratégias de redução da pobreza, e vice-versa, nomeadamente no que diz respeito às populações mais desfavorecidas, garantido que estes serão grupos vencedores e não perdedores aquando das tomadas de decisão por parte das entidades responsáveis (Whitehead, Dahlgren, & Evans, 2001).

2.1.1. Indicadores sócio-demográficos.

Diversas populações foram estudadas no sentido de se perceber a influência de vários factores como o ambiente físico e social sobre o estado de saúde dos indivíduos (Kaplan & Camacho, 1983).

A idade é uma das variáveis considerada fundamental por muitos dos investigadores para a explicação do estado de saúde. Parece ser consensual que o seu aumento está relacionado com a má percepção do estado de saúde. Através do inquérito *National Population Health Survey*, Denton e Walters (1999), concluíram que idosos Canadianos nunca percebem o estado de saúde como bom ou muito bom. Também para população israelita compreendida entre os 45 os 75 anos, Baron-Epel e Kaplan (2001) comprovam que a auto-avaliação do estado de saúde se associa de forma negativa com a idade.

Factores como o estado civil dos indivíduos, não têm gerado resultados tão consensuais na literatura. De acordo com Arber (1991), o estado de saúde é mais

favorável em indivíduos casados do que não casados. No entanto, outros estudos (Cottet, al., 1999) concluíram que os casados apresentam menor probabilidade de declarar o seu estado de saúde como bom ou muito bom (in.(Oliveira, 2009).

De igual forma, foram realizados estudos que procuraram perceber até que ponto as origens étnicas dos indivíduos seriam significativas para o seu estado de saúde percebido, tendo sido encontrados resultados interessantes (Chandola, 2001; Cooper, 2002; Lindstrom et al., 2001). Estas diferenças entre grupos étnicos serão exploradas ao longo do ponto 3 do presente capítulo.

2.1.1.1. O Género como determinante de saúde.

A frequência com que as diferenças de género surgem referidas na literatura como factor de desigualdade na saúde das populações, torna-o fundamental no estudo dos determinantes de saúde. Os homens apresentam na grande maioria dos estudos, taxas de mortalidade mais elevadas, enquanto as mulheres reportam piores estados de saúde (Benyamini, Leventhal, & Leventhal, 2000; Cooper, 2002; Denton, Prus, & Walters, 2004; Jylha, Guralnik, Ferrucci, Jokela, & Heikkinen, 1998).

Curiosamente, alguns estudos concluem que a medida de estado saúde percebida é um indicador mais fiável de mortalidade nos homens do que nas mulheres (Benjamins, Hummer, Eberstein, & Nam, 2004; Deeg & Kriegsman, 2003; Jylha et al., 1998).

Embora a região europeia reflecta a maior pontuação do *Gender-related Development Index*³, face a qualquer outra região da OMS, também nela as desigualdades de género são profundas. Este desequilíbrio coloca os homens em desvantagem no que diz respeito à mortalidade por todas as causas e as mulheres, por doenças cardiovasculares. As diferenças no acesso aos cuidados de saúde e tratamento também são generalizadas. Na Suécia, o país que ocupa o primeiro lugar do referido índice, as mulheres têm menos acesso a: diálise e transplante renal, encaminhamentos para a

³ GDI Disponível no endereço electrónico http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_GDI.pdf.

broncoscopia, operações de artrite ao joelho, cirurgias de catarata, certas áreas de atenção cardiovascular, terapia de luz relacionados à psoríase e eczema, unidades especiais de acidente vascular cerebral, medicamentos novos e mais caros. Além disso, as mulheres têm mais tempo de espera para uma consulta com um médico de clínica geral para ambas as condições de saúde aguda e não-aguda (World Health Organization, 2009).

Segundo o relatório final da CSDH para a OMS (2010), as desigualdades de género estão presentes em todas as sociedades. Há actualmente preconceitos de género no poder, recursos, direitos, normas e valores e muitas vezes a forma como as organizações estão estruturadas e os programas executados, prejudicam a saúde de milhões de mulheres. A influência do género na saúde passa por condições de alimentação discriminatórias, violência contra as mulheres, a falta de poder de decisão e as divisões injustas de trabalho, lazer e possibilidades de melhorar de vida.

Sen e Ostlin (2008) referem o género como o mais influente dos determinantes sociais na saúde, estando a relação entre género e poder na base destas desigualdades. A figura 2.1., ilustrada na página seguinte, representa o quadro conceptual desenvolvido pelos autores no âmbito da *Woman and Gender Equity Knowledge Network (WGEKN)* e que propõe uma forma de interacção entre os diferentes factores, do nível individual ao colectivo, como origem das desigualdades que influenciam o estado de saúde entre homens e mulheres de uma população. Desta forma, há quatro factores intermediários: valores discriminatórios, normas, práticas e comportamentos em relação à saúde, dentro das famílias e comunidades; a exposição diferencial e vulnerabilidades face às doenças e/ou lesões; o enviesamento nos sistemas de saúde e, por fim, as investigações enviesadas na área da saúde.

Todos estes factores resultam em enviesamentos e injustiças que, por sua vez, podem ter consequências graves ao nível económico e social de homens e mulheres. Os efeitos colaterais dos resultados alcançados nos próprios factores intermediários e nos determinantes sociais também devem ser tidos em consideração nesta análise. (Sen & Ostlin, 2008).

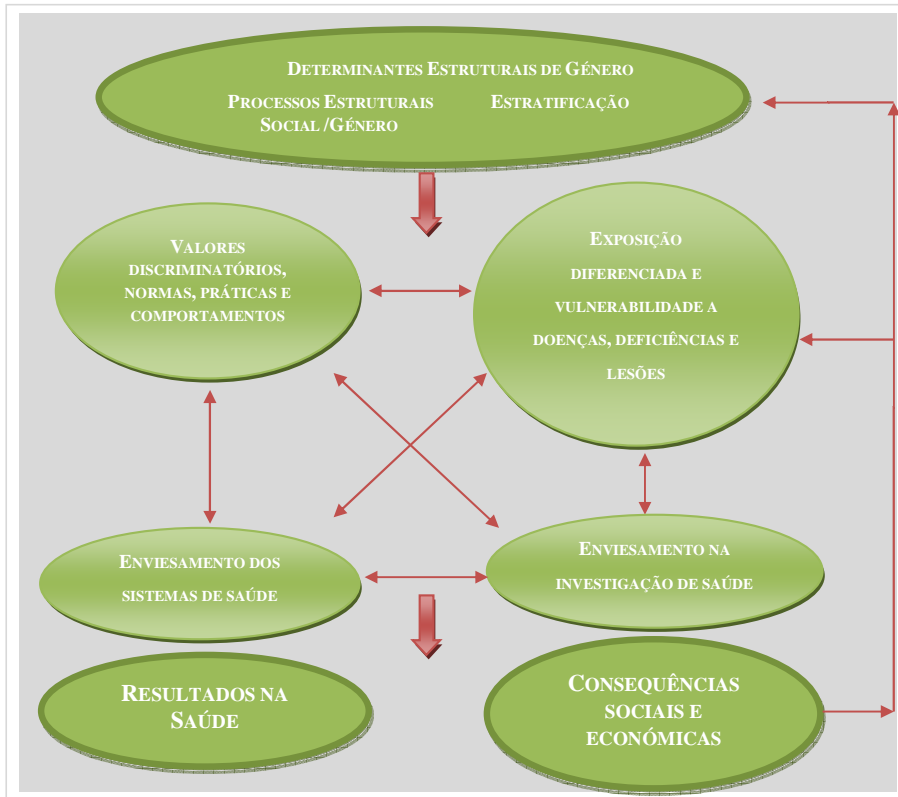


Figura 2.1 Concepção do papel do género enquanto determinante social de saúde.
 Fonte: G. Sen & Ostlin (2008).

Os autores fazem um alerta para os erros cometidos durante as investigações nesta área, quando o objectivo é estudar os desequilíbrios de género, ao não desagregam os dados recolhidos por sexo. É fundamental o desenvolvimento de mecanismos e políticas que garantam que as desigualdades de género, tanto no seu conteúdo como nos processos de investigação em saúde, sejam tanto quanto possível corrigidas.

No relatório final da WGEKN para a OMS, os autores salientam que, apesar da situação das mulheres ter melhorado significativamente no último século na maioria dos países, este progresso tem sido desigual e muitos desafios subsistem. Actualmente, as desigualdades encontram-se sobre tudo nos rendimentos inferiores, mesmo em trabalhos iguais, níveis de educação inferiores e menos oportunidades de emprego, a mortalidade materna e a morbilidade permanecem altas em muitos países, bem como os serviços de

saúde reprodutiva continuam desigualmente distribuídos entre os países. O efeito intergeracional da desigualdade de género torna-a ainda mais acentuada. Os autores referem a urgência de agir de imediato perante estas desigualdades, promovendo a autonomia das mulheres em todas as gerações (Sen, Ostlin, & George, 2007).

2.1.2. Indicadores sócio-económicos.

O estatuto sócio-económico surge documentado na literatura como uma das principais causas de disparidade na saúde. No entanto, as causas desta influência não se encontram suficientemente exploradas (Orna Baron-Epel & Kaplan, 2009). As desigualdades sócio-económicas são geralmente associadas aos níveis de escolaridade, situação profissional e condições materiais adversas (Cooper, 2002; Wilkinson & Pickett, 2006).

Desta forma, as questões sócio-económicas não dizem respeito apenas à forma como o valor absoluto dos rendimentos influencia a saúde, mas também ao impacto psico-social das classes sociais mais baixas. Quanto maiores as desigualdades de uma sociedade, maior o impacto psico-social das classes sociais mais baixas (Orna Baron-Epel & Kaplan, 2009).

O nível socio-económico de um indivíduo tem-se revelado um indicador consistente das taxas de mortalidade e morbilidade prematuras (Franks, Gold, & Fiscella, 2003; Laaksonen, Rahkonen, Martikainen, & Lahelma, 2005; Lynch, Smith, Kaplan, & House, 2000) Indivíduos com níveis sócio-económicos mais elevados, podem ter a sua morbilidade e o declínio no estado funcional, adiado até idades mais avançadas.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, a maioria dos estudos aponta na direcção de que quanto maior o acesso à informação, maior a capacidade do indivíduo tomar decisões acertadas e desenvolver comportamentos saudáveis. Logo, um indivíduo com um nível de escolaridade superior apresenta menor risco de reportar estados de saúde débeis, face a outro com um nível de escolaridade inferior (Dalstra et al., 2005; Karmakar & Breslin, 2008; Laaksonen et al., 2005).

Para a maioria dos investigadores, também um indivíduo com rendimentos mais elevados, face a um com rendimentos inferiores, tende a auto-avaliar o seu estado de saúde como bom (Franks et al., 2003; Laaksonen et al., 2005)

Seguindo a mesma lógica, aqueles que desempenham ocupações profissionais diferenciadas percebem melhores estados de saúde que indivíduos com profissões menos prestigiadas (Karmakar & Breslin, 2008; Laaksonen et al., 2005).

Alguns autores tentam ainda explicar a influência dos factores sócio-económicos na saúde pelo cruzamento com factores comportamentais. Níveis mais baixos de educação e ocupação profissional foram, por exemplo, associados ao tabagismo, consumo de álcool e pouca actividade física, bem como existência de obesidade (Adler & Rehkopf, 2008; M. Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997). No mesmo sentido, rendimentos elevados permitem uma maior participação em comportamentos saudáveis, como existência de actividade física ou escolhas nutricionais acertadas.

2.1.3. Indicadores gerais de saúde.

Para além dos factores sócio-demográficos e económicos, também a existência ou não de doença crónica nos indivíduos se tem vindo a revelar um excelente indicador do seu estado de saúde auto-percebido (Barreto & de Figueiredo, 2009).

Com a esperança de vida a crescer em todos os países europeus, torna-se necessário ressaltar que viver mais não implica que se viva com melhor saúde (Padilha & Miguel, 2007).

O aumento de doenças crónicas, frequentemente designadas de “não-transmissíveis” representa um grande desafio para os sistemas de saúde em toda a região europeia. O facto do envelhecimento da população e o desenvolvimento de tratamentos permitir, actualmente, aos indivíduos sobreviver a doenças graves, aumenta a proporção de população que vive com doenças crónicas (World Health Organization, 2009). Indissociável deste assunto, surge a necessidade de reflectir sobre os estilos de vida modernos e comportamentos que conduzem a um aumento da obesidade, hipertensão e diabetes, nas populações.

No mesmo relatório, a Organização Mundial de Saúde indica sete estilos de vida e comportamentos de risco como responsáveis por cerca de 60% dos estados de doença na região europeia da OMS, são eles: hipertensão arterial, tabagismo, uso nocivo de álcool, colesterol elevado, excesso de peso, dieta pouco cuidada e actividade física insuficiente. Na maioria dos países da referida região, o principal factor de risco de morte é a hipertensão arterial, enquanto o tabaco é o principal factor de risco para a incidência de doença.

2.2. Saúde nos Migrantes

Após feita uma síntese dos principais indicadores de saúde documentados na literatura para a população de uma forma global, e sendo o objectivo da presente investigação contribuir para um maior conhecimentos dos determinantes de saúde na população imigrante em Portugal, procuraremos reflectir sobre os mesmos indicadores aplicados a esta população em particular.

À semelhança dos estudos com a população geral, também na população migrante é frequente o uso do estado subjectivo como medida para o estado real de saúde, permanecendo este como um fiel indicador de índices de morbilidade e mortalidade. No entanto, a subjectividade nele implícita e já anteriormente referida, é ampliada quando se comparam diferentes culturas (O. Baron-Epel et al., 2005).

Quando o objectivo é estudar a saúde dos migrantes e minorias étnicas, é necessário reconhecer que estes são grupos heterogéneos no que diz respeito às suas origens, raízes históricas, bases culturais e práticas de saúde. A forma como decorre o processo de imigração e as condições de vida no país de destino, influenciam a saúde física e mental dos indivíduos que imigram (Carballo, Divino, & Zeric, 1998).

Na literatura, têm sido identificados alguns padrões no que concerne à saúde dos imigrantes. Um deles é o conceito de *healthy migrant effect* de acordo com o qual a população imigrante é mais saudável que os nativos do país de acolhimento, com características semelhantes (DesMeules et al., 2004; Jasso et al., 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, Boyle, & Rees, 2005).

Outra das explicações apontadas para justificar vantagens encontradas no estado de saúde dos migrantes é designada de *salmon bias effect*. 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. Deste modo, só os imigrantes saudáveis permanecem no país de acolhimento. Embora se saiba que o período e idade em que os imigrantes são avaliados influencia os resultados, este enviesamento não é consensual para todos os autores (Khlal & Darmon, 2003).

No sentido oposto, outras pesquisas salientam que na altura de migrar, os indivíduos levam consigo as condições sanitárias dos países de origem. Consequentemente, alguns transportam as chamadas doenças de pobreza, como a tuberculose, hepatites ou doenças respiratórias associadas a condições pobres de habitação e nutrição (Padilha & Miguel, 2007).

Em ambos os casos, parece ser certo que as vantagens de ser imigrante só existem nos primeiros anos desta condição, tendendo a deteriorar-se ao longo do tempo de estadia no novo país. Para este fenómeno existem na literatura algumas explicações possíveis. Carballo e colegas (1998) defendem que o factor de reajuste a novas condições de trabalho, habitação, ambientação a novas culturas e, até por vezes, línguas, provoca sentimentos de ansiedade e nervosismo que a curto prazo se tornam prejudiciais para o estado de saúde.

Outro dos argumentos apontado por alguns autores assenta no conceito de assimilação (Fennelly, 2007), no sentido em que no país de acolhimento, os imigrantes podem adoptar 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.

Jasso e colaboradores (2004) acreditam que, apesar de mais saudáveis no momento da entrada, os imigrantes passam desde então a ter as mesmas probabilidades

de deteriorar a sua saúde, como os nativos do país de acolhimento e que, por isso, os seus determinantes de saúde tendem a convergir com o passar do tempo.

Por último, outra das características que justifica a designação da população imigrante como sendo de risco nas problemáticas relacionadas com a saúde, diz respeito às dificuldades no acesso aos cuidados de saúde. Mesmo que as condições no país de acolhimento sejam substancialmente melhores que as do país de origem, os imigrantes tendem a não lhe recorrer (Fennelly, 2007; Khlát & Darmon, 2003).

No mesmo sentido, os resultados da conferência Saúde e Migrações na UE, realizada em Portugal em 2007, sublinham os problemas de saúde da população migrante como produto de factores sociais e ambientais, nomeadamente das condições de alojamento e trabalho, segurança pessoal, situação familiar, fraca integração, barreiras culturais e linguísticas, discriminação e estigmatização (Fernandes & Miguel, 2007).

Após a chegada a um novo país, os imigrantes enfrentam um ambiente totalmente novo, incluindo cultura, sistemas legais, condições climatéricas, hábitos alimentares, crenças e práticas. Por outro lado, ficam expostos a novas doenças e/ou portadores de outras inexistentes no país de origem. Os imigrantes são uma população distinta com necessidades particulares. O seu estado de saúde, determinantes e necessidades devem ser compreendidos (Padilha & Miguel, 2007).

Numa revisão de literatura feita durante o ano de 2009, investigadores concluíram que no que diz respeito ao estado de saúde, na grande maioria dos países, os migrantes e minorias étnicas na Europa estão em aparente desvantagem, quando comparados com a população nativa, mesmo depois de anulados factores como a idade, sexo ou factores sócio-económicos (Nielsen & Krasnik, 2010).

2.2.1. Indicadores sócio-demográficos.

As mulheres representavam, em 2005, cerca de metade de toda a população migrante a nível mundial. É necessário que o factor género seja tido em consideração nos estudos epidemiológicos sobre a saúde das populações migrantes. As mulheres migrantes

são especialmente vulneráveis em situações de violência, condições de pobreza, desemprego, discriminação e a redes sociais e de suporte pobres (Llacer et al., 2007).

Em diversos estudos, as mulheres migrantes estão em clara desvantagem, tendo os piores indicadores de mortalidade e de estado de saúde percebido (Barros & Pereira, 2009; Borrell et al., 2008; Khlat & Darmon, 2003).

Num estudo realizado com imigrantes polacos, turcos e iraquianos a viver na Suécia, os homens iraquianos e turcos têm maiores probabilidades de reportar estados de saúde mais pobres que os nativos, sendo este risco maior para as mulheres. Quando são ponderados os factores socioeconómicos o risco diminui significativamente, suportando a ideia de que a forte associação entre estados de saúde percebidos como maus e a origem dos imigrantes é mediada por factores sócio-económicos (Wiking et al., 2004).

Ao longo das investigações realizadas é possível perceber com clareza que as mulheres migrantes pertencem a classes sociais mais baixas (Malmusi et al., 2010), estão em situação económica desfavorável (Barros & Pereira, 2009), muitas vezes por se encontrarem desempregadas (Khlat & Darmon, 2003) ou por terem níveis de escolaridade inferiores (Liu & Hummer, 2008).

Para os investigadores as mulheres imigrantes reportam estados de saúde mais pobres, quando comparadas com as mulheres nativas do país de acolhimento, estando a razão para estas disparidades assente na maior parte das vezes em factores de carácter sócio-económico e étnicos.

Num estudo publicado por Pita Barros & Isabel Medalho Pereira (2009), as mulheres imigrantes em Portugal reportaram pior estado de saúde, quando comparadas com mulheres portuguesas.

2.2.2. Indicadores sócio-económicos.

As populações imigrantes são, na maioria dos países, reconhecidas como pertencentes a extractos sócio-económicos mais baixos (Khlat & Darmon, 2003).

Os autores de um estudo realizado com imigrantes no Canadá concluíram que, na população imigrante, a importância dos factores sócio-económicos na percepção do

estado de saúde, é maior do que para os indivíduos nativos. Dada a complexidade da população migrante, os autores defendem que as razões de tais resultados não são simples (Dunn & Dyck, 2000).

Em Portugal, comparando novamente os imigrantes com os nativos, os resultados foram ao encontro da maioria dos países, ou seja, estar empregado e ter rendimentos mais elevados, está associado a ter melhor saúde (Barros & Pereira, 2009).

No entanto, esta relação parece não ser linear. Uma simples tendência na melhoria das circunstâncias sócio-económicas de mulheres estrangeiras a viver no Reino Unido, não provoca qualquer melhoria nem nos resultados, nem nos comportamentos para com a saúde (Jayaweera & Quigley, 2010).

No mesmo sentido, um outro estudo realizado no Reino Unido encontra diferenças significativas na saúde de Indianos de diferentes classes sociais e não tão evidentes em imigrantes oriundos do Bangladesh ou Paquistão (Chandola, 2001). Ainda assim, os autores concluem que o mau estado de saúde percebido em todas as etnias imigrantes em Inglaterra, pode ser entendido tendo em consideração factores como a ocupação profissional ou condições de vida materiais.

Nos Estados Unidos, também foram encontradas diferenças significativas entre os factores sócio-económicos e o estado de saúde percebido pelos imigrantes, com a particularidade destes efeitos terem menor incidência na primeira geração, comparativamente com a terceira. Estes resultados sugerem que as condições sócio-económicas, assim como o estado de saúde, tendem a degradar-se com a permanência no país de acolhimento (Acevedo-Garcia, Bates, Osypuk, & McArdle, 2010).

Podemos resumir que na literatura consultada sugere-se que os factores sócio-económicos parecem ter consequências evidentes na saúde dos imigrantes. No entanto, a sua interpretação não deverá ser dissociada de factores como o sexo, a etnia, tempo enquanto imigrantes, ou outros factores ainda desconhecidos.

2.2.3. Indicadores gerais de saúde.

Os determinantes relacionados com o estilo de vida dos indivíduos incluem comportamentos muitas vezes associados à população imigrante, como o uso de álcool, tabaco e drogas, ou a parca prática de exercício físico e cuidados com a alimentação, tendo estes factores impacto directo na saúde dos indivíduos (Padilha & Miguel, 2007).

Numa pesquisa feita em França, imigrantes de várias nacionalidades obtiveram em média melhor saúde e menores índices de mortalidade comparativamente com a população francesa. Estes benefícios foram particularmente superiores em homens com origens mediterrânicas, atingindo índices de mortalidade mais baixos. Os autores explicam estes resultados através do conceito de selectividade dos mais saudáveis e à manutenção de estilos de vida saudáveis mesmo fora do país de origem. Os imigrantes com origem nos países do sul da Europa e Norte de África reportaram dietas alimentares assentes na cultura mediterrânica, reconhecida por ter efeitos benéficos na saúde (Khlal & Darmon, 2003).

Contrariamente, um estudo realizado nos Estados Unidos defende que o uso de tabaco por parte de adolescentes imigrantes tem vindo a aumentar, não podendo no entanto ser estudado sem ter em conta as origens étnicas dos vários grupos de imigrantes, bem como o factor género. O mesmo estudo revela a tendência que os imigrantes têm para praticar menos exercício físico do que as populações nativas (Kandula, Kersey, & Lurie, 2004).

Em Portugal, tomando novamente como exemplo o estudo feito por Pita Barros e Isabel Pereira (2009), foram encontradas em alguns grupos étnicos, evidências que suportam o *healthy immigrant effect* uma vez que as populações com origem nos países da Europa do Leste e países Africanos (excluindo os de língua oficial portuguesa) apresentam índices mais baixos de doenças crónicas.

3. METODOLOGIA

3.1. Dados

Os dados utilizados neste trabalho foram recolhidos a partir de um inquérito operacionalizado no IHMT no âmbito de um Projecto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia. Os cidadãos imigrantes foram convidados a participar num estudo científico, cujo objectivo seria responder a um questionário, constituído por 66 questões fechadas e onde dariam a sua opinião sobre o tema da saúde. Foi salvaguardado o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas. A aplicação foi feita por entrevistadores treinados após obtida a permissão por parte dos participantes.

Para este trabalho, foram consideradas as questões referentes às variáveis em estudo: género; idade; comunidade; estado civil; tempo de estadia em Portugal; estatuto legal; escolaridade; rendimento reportado; situação profissional; doença crónica; depressão/outra doença mental; prática de desporto; cuidados com alimentação e estado de saúde percebido.

Os dados foram digitalizados por leitura óptica e analisados através de metodologias econométricas disponíveis nos *softwares* informáticos IBM SPSS Statistics 19 e SAS Enterprise Guide 4.2.

3.2. Caracterização da Amostra

A amostra foi recolhida por conveniência, entre os meses de Outubro de 2008 e Março de 2009, em várias associações de imigrantes na zona metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo, sendo constituída por 1.375 indivíduos imigrantes, 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino, a residir na referida zona geográfica.

Posteriormente, foram utilizados procedimentos de amostragem com base no método *snowball*, uma vez que o objectivo da presente investigação não é o estudo da

população imigrante em Portugal, mas antes gerar hipóteses e testá-las num grupo restrito da população⁴. Assim, este método permitiu-nos aceder e descrever populações escondidas (Wright & Stein, 2005), como é o caso dos imigrantes cuja situação legal em Portugal se encontra irregular.

De acordo com o enquadramento teórico anteriormente apresentado, a amostra foi dividida entre homens e mulheres, procedendo-se à estimação de cada um dos modelos separadamente, uma vez que o género se tem revelado como uma variável, por si só, capaz de originar diferenças significativas na percepção do estado de saúde.

Em geral, a taxa de não resposta foi baixa, sendo o seu valor máximo de 2,76%. No entanto, optámos por fazer o tratamento de não respostas através da imputação do valor da mediana e moda, consoante a variável fosse ordinal ou nominal, respectivamente, de forma a minimizar a perda de informação.

Em seguida, apresentamos no Quadro 3.1 as estatísticas descritivas relativas às variáveis contínuas estudadas e no quadro 3.2. a distribuição da amostra pelas variáveis discretas.

Quadro 3.1 *Estatísticas Descritivas (Média e Desvio-Padrão)*

	N = 1375		Mulheres (N = 701)		Homens (N = 674)	
	Média	D. P.	Média	D. P.	Média	D.P.
Idade (anos)	35,7	11,7	35,6	11,9	35,9	11,4
Tempo Estadia Portugal (anos)	7,8	8,0	8,1	8,2	7,6	7,7

⁴ Embora existam técnicas que quando aplicadas a processos de amostragem não probabilísticos, possibilitam a generalização dos resultados obtidos à população, não são facilmente conjugáveis com o modelo estatístico utilizado – regressão logística.

Quadro 3.2 *Distribuição de variáveis na amostra total e por género em percentagem*

	N = 1375	Mulheres (N = 701)	Homens (N = 674)
Comunidade			
Africana	32,6	36,4	28,6
Brasileira	38,0	36,9	39,3
Europa do Leste	29,4	26,7	32,1
Estado Civil			
Casado	46,3	45,9	46,7
Solteiro	43,4	40,7	46,1
Divorciado/Viúvo	10,3	13,3	7,1
Estatuto Legal			
Regular	73,5	77,5	69,3
Em processo de regularização	10,7	7,5	14,0
Irregular	15,8	14,9	16,7
Escolaridade			
Sem escolaridade	4,1	6,8	1,3
Até ao básico	30,4	28,3	32,6
Secundário	45,7	40,4	51,3
Licenciatura ou mais	19,7	24,5	14,7
Rendimentos Reportados			
Suficientes	43,1	41,1	54,8
Insuficientes	56,9	58,9	45,2
Situação Profissional			
Empregados	65,2	64,6	65,9
Desempregados	19,6	15,8	20,8
Estudantes/Reformados	16,2	14,4	11,3
Doença Crónica			
Sim	14,0	16,4	11,5
Não	86,0	83,6	88,5
Depressão ou outra Doença Mental			
Sim	13,7	16,2	10,4
Não	86,3	83,8	89,6
Prática de Actividade Física			
Sempre	15,2	9,3	21,4
Às vezes	26,0	21,2	30,9
Raramente	58,8	69,6	47,6
Cuidados Alimentares			
Sempre	30,2	32,3	28,0
Às vezes	33,4	36,4	30,2
Raramente	30,2	32,3	41,8
Estado de Saúde Percebido			
Bom	61,2	56,3	66,4
Rasoável	33,1	37,3	28,7
Mau	5,7	6,4	4,9

Formatted: Space Before: 0.5 line, After: 0 pt

Formatted: Space Before: 0.5 line, After: 0 pt

Formatted: Space Before: 0.5 line, After: 0 pt

Formatted: Space Before: 0.5 line, After: 0 pt

Formatted: Space Before: 0.5 line, After: 0 pt

Formatted: Space Before: 0.5 line, After: 0 pt

Formatted: Space Before: 0.5 line, After: 0 pt

Formatted: Space Before: 0.5 line, After: 0 pt

Formatted: Space Before: 0.5 line, After: 0 pt

Formatted: Space Before: 0.5 line, After: 0 pt

Formatted: Space Before: 0.5 line, After: 0 pt

3.3. Descrição da Variável Dependente

A variável cujo comportamento se pretende explicar é a percepção geral do estado de saúde de um indivíduo imigrante, a residir na zona metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo, que corresponde à seguinte pergunta do questionário aplicado: "*De uma maneira geral, como avalia o seu estado de saúde?*". A esta questão, os participantes poderiam responder utilizando uma escala de *Likert* com cinco pontos: Muito mau; Mau; Razoável; Bom; Muito Bom.

O quadro 3.2 apresenta a distribuição de respostas a esta questão de acordo com três categorias de estado de saúde consideradas para a análise descritiva dos dados.

Na amostra recolhida, a percentagem total de imigrantes a reportar mau estado de saúde é baixa (5,7%), sendo que a maioria refere o seu estado de saúde como bom (61,2%). Cerca de um terço (33,1%) considera a sua saúde razoável. Há mais homens a reportar o seu estado de saúde como bom (6,4%) e a percentagem de saúde má é superior nas mulheres (6,4%). De igual forma, também o estado de saúde percepcionado como razoável é superior nas mulheres (37,3%).

Para a estimação do modelo de regressão Logística (capítulo 5) a variável dependente foi transformada numa variável binária, sendo a agregação das categorias de resposta escolhida de acordo com algumas investigações anteriormente apresentadas (Acevedo-Garcia et al., 2010; Benjamins et al., 2004; Benyamini et al., 2000; Jayaweera & Quigley, 2010; Nielsen & Krasnik, 2010).

Quadro 3.3 *Agregação de Categorias da Variável Dependente*

Variável Dependente Binária	Categorias de Resposta
Estado de Saúde Bom	Estado de Saúde Muito Bom
	Estado de Saúde Bom
Estado de Saúde Mau	Estado de Saúde Razoável
	Estado de Saúde Mau
	Estado de Saúde Muito Mau

3.4. Descrição das Variáveis Explicativas

3.4.1. Indicadores sócio-demográficos.

A idade foi medida de forma contínua (em anos) e, tal como consta no quadro 3.1, o seu valor médio na totalidade dos imigrantes inquiridos é de 35.7 anos com um desvio padrão de 11,7, não diferindo significativamente entre homens (35.9 anos) e mulheres (35.6 anos). Para a estimação do modelo de regressão logística (capítulo 5), esta variável foi transformada em discreta, tendo sido a mediana (33 anos) o valor de corte.

A variável comunidade resulta da agregação de países pelos respectivos continentes, como é o caso da comunidade africana que inclui imigrantes naturais de Angola, Cabo-Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e outros países do continente africano. No caso da comunidade Europa do Leste, esta contém imigrantes naturais da Bielorrússia, Bulgária, Moldávia, Roménia, Rússia, Ucrânia e outros países do Leste. Por fim, a comunidade brasileira que, apesar da redundância, inclui apenas imigrantes vindos do Brasil.

Da leitura do quadro 3.2 podemos constatar que 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 Europa do Leste (29,4%). Segundo os dados oficiais publicados no mais recente relatório de imigração, fronteiras e asilo do SEF, em que estas três comunidades representam mais de 70% do total de imigração ao nível nacional (comunidade brasileira 27%, Leste da Europa 23% e Africana 21%). Na amostra estudada, apenas a comunidade africana tem maior representatividade feminina (36.4%). Na comunidade brasileira (39.3%) e na Europa do Leste (32.1%) há uma maioria de homens. A estrutura da população estrangeira em Portugal por género apresenta, segundo o SEF, uma configuração igualmente próxima da paridade, sendo o sexo masculino superior em 2% ao feminino.

No que diz respeito ao estado civil, a maioria da amostra está casada (46,3%) e apenas 10,3% divorciada ou viúva. A distribuição de imigrantes casados é semelhante em ambos os sexos, no entanto, há mais homens solteiros (46,1%) e mais mulheres viúvas ou divorciadas (13,3).

O tempo de estadia em Portugal tem uma média global de cerca de 8 anos com um desvio padrão do mesmo valor. As mulheres estão em média, há mais tempo (8.1 anos) em Portugal do que os homens (7.6 anos).

A grande maioria dos imigrantes reporta-se com situação legal regularizada (73,5%) encontrando-se apenas 10,7% em situação irregular. Pormenorizando, podemos notar que a percentagem de imigrantes homens irregulares é superior do que a de mulheres (16,7 > 14,9%) e que estas estão maioritariamente em situação regularizada (77,5%). Em processo de legalização declararam-se 10,7% dos imigrantes inquiridos mais homens (14%) que mulheres (7%).

3.4.2. Indicadores sócio-económicos.

Dos indicadores sócio-económico, começamos por analisar os níveis de escolaridades. Esta variável foi agrupada em quatro níveis: sem escolaridade; ensino básico (equivalente a ter entre 1 e 9 anos de escolaridade); ensino secundário (entre 10 e 12 anos de escolaridade); e ensino superior (com 13 anos de escolaridade ou mais).

Da leitura do quadro 3.2 percebemos que apenas uma minoria (4,1%) não possui qualquer nível de instrução, sendo que a maioria de imigrantes inquiridos frequentou até ao ensino secundário (45,7%). Apesar de serem as mulheres as mais representadas no nível de escolaridade superior (24,5%), são igualmente elas que possuem maior percentagem sem escolaridade (6,8%).

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%).

Na variável situação profissional a categoria de empregados, resulta da agregação de imigrantes empregados a tempo parcial, a tempo inteiro e trabalhadores estudantes, os reformados foram indexados aos estudantes e na terceira categoria apenas os imigrantes desempregados. A maioria da amostra encontra-se empregada (65,2%), havendo um equilíbrio entre homens e mulheres. No entanto, há mais homens desempregados (20,8%) e mais mulheres estudantes ou reformadas (14,4%).

3.4.3. Indicadores gerais de saúde.

Quando inquiridos sobre a possibilidade de terem “...alguma doença crónica?”, a grande maioria da amostra de imigrantes respondeu negativamente (86%). No entanto, é de notar que há mais mulheres (16,3%) que homens (11,5) a reportá-la.

Outra das perguntas presentes no questionário foi “*Por favor indique se tem ou já teve, desde que está em Portugal, algum destes problemas de saúde*” sendo uma das opções “*Depressão ou outras doenças mentais*”. À semelhança da existência de doenças crónicas, a percentagem maior de respostas incide na não existência de depressão ou outra doença mental desde que está em Portugal (86,3%). Mais uma vez, a prevalência é maior nas mulheres (16,2%) face aos homens (10,4%).

Por fim, os imigrantes foram questionados sobre “*Desde que está em Portugal costuma...*” “*praticar desporto*” e “*ter cuidados com a alimentação*”, sendo as opções de resposta as representadas no quadro 3.2. A maioria dos imigrantes inquiridos não pratica actividade física (58,8%) e apenas 15,2% refere praticar desporto com frequência. Na comparação entre homens e mulheres, são elas as que menos praticam (69,6%) e eles os mais desportistas (21,4%).

Ao nível global, a amostra revelou-se equilibrada quanto aos cuidados tidos com a alimentação. Cerca de um terço (33,4%) refere ter por vezes cuidados alimentares, enquanto 36,4% afirma raramente ter. Quando analisamos por género torna-se evidente que são os homens (41,8%) os que menos cuidados alimentares assumem e as mulheres as mais cuidadas (32,3%).

3.5. Distribuição do Estado de Saúde

3.5.1. Indicadores sócio-demográficos.

A figura 3.1 representa a média de idades e tempo de estadia em Portugal com que homens e mulheres reportam o seu estado de saúde.

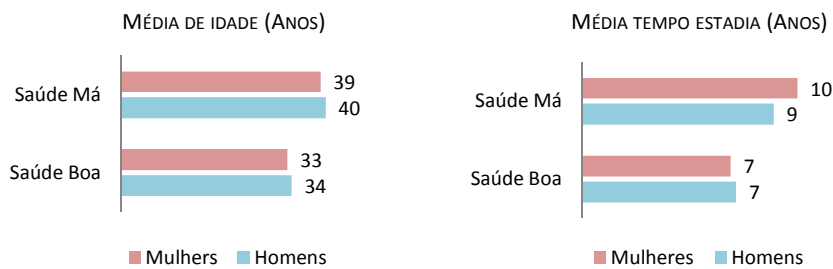


Figura 3.1 Estado de Saúde por média de idade e tempo de estadia em ambos os sexos.

Tanto os homens como as mulheres reportam estados de saúde bons com uma média de idades mais baixa (33 e 34 anos, respectivamente) comparativamente com o estado de saúde mau (40 e 39 anos, respectivamente). Da mesma forma, ambos os sexos reportam estados de saúde bons com uma média de anos de estadias em Portugal inferior (7 anos) relativamente aos que reportam estados de saúde maus (10 anos para as mulheres e 9 anos para os homens).

Na figura 3.2 a distribuição do estado de saúde pelas comunidades em estudo.

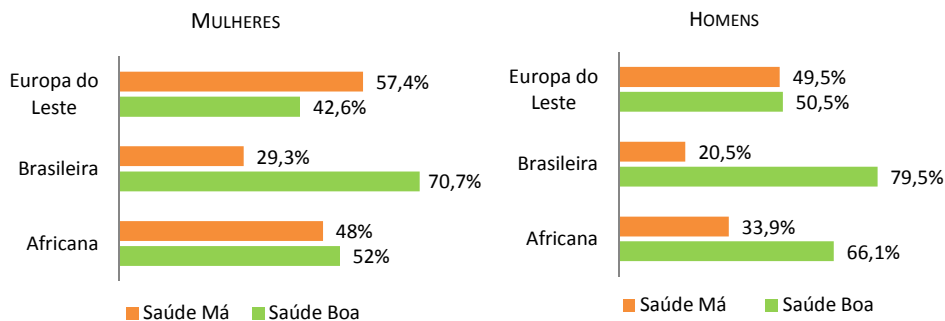


Figura 3.2 Distribuição do estado de saúde por género e comunidades.

São os brasileiros (70,7% mulheres e 79,5% homens) os que mais reportam estados de saúde bons, seguindo-se os africanos (52% mulheres e 66,1% homens). Para ambos os sexos, os imigrantes provenientes da Europa do Leste são aqueles que reportam estados de saúde piores (57,4% mulheres e 49,5% homens).

A distribuição do estado de saúde por género e ser ou não casado encontra-se representado na figura 3.3.

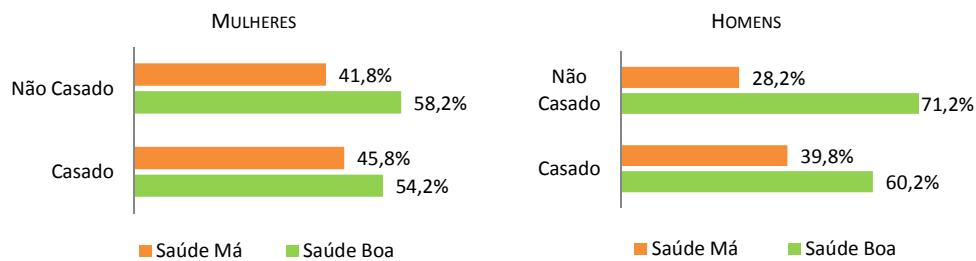


Figura 3.3 Distribuição do estado de saúde por género e ser casado.

Mulheres e homens, casados e não casados reportam, maioritariamente, estados de saúde bons. Para ambos os géneros a percentagem de respostas de estado de saúde bom é superior na classe não casada (58,2% nas mulheres e 71,2% nos homens) comparando com os casados (54,3% e 60,2%, respectivamente).

A figura 3.4 ilustra a distribuição do estado de saúde percebido pelo estatuto legal e por género.

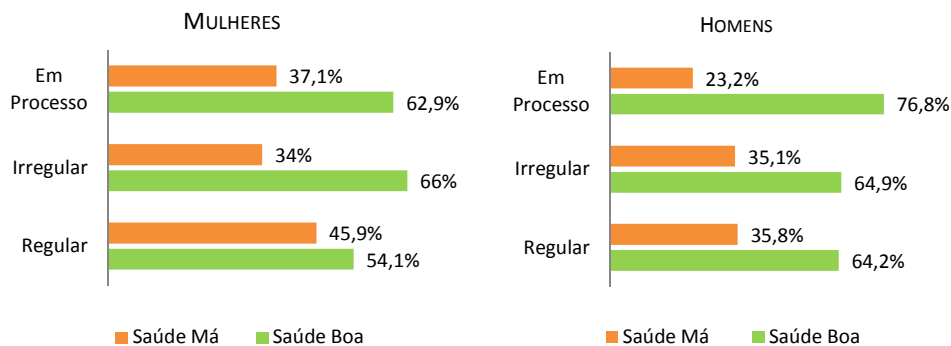


Figura 3.4 Distribuição do estado de saúde por género e estatuto legal.

Para ambos os sexos e para todas as categorias de estatuto legal, a maior percentagem de respostas são bons estados de saúde. No entanto, esta vantagem não é tão grande nas mulheres com estatuto legal regular, onde 45,9% percepciona o estado de saúde como mau e 54,1% como bom.

3.5.2. Indicadores sócio-económicos.

A figura 3.5 apresenta a distribuição de estado de saúde pela escolaridade.

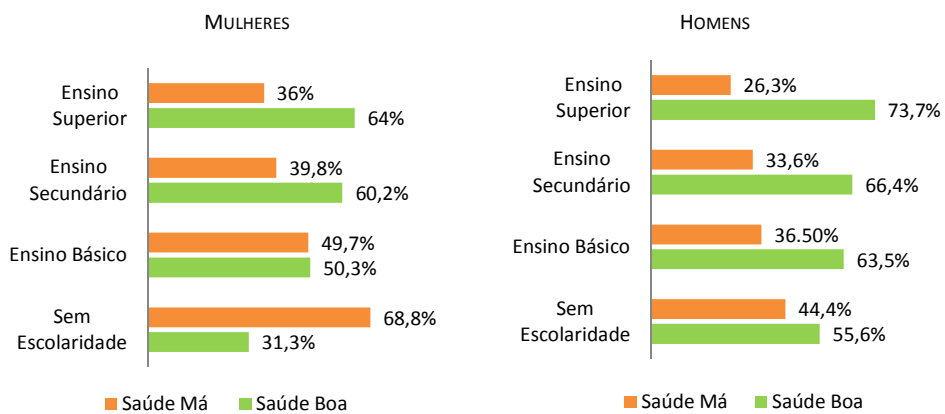


Figura 3.5 Distribuição do estado de saúde por género e escolaridade.

Através da leitura da figura 3.5 torna-se notória a subida de percentagem de saúde boa reportada com o aumento dos níveis de escolaridade, tanto nas mulheres como nos homens. Nas mulheres este crescimento é mais acentuado, passando de 31% de saúde reportada como boa em imigrantes sem escolaridade, para 64% em mulheres estudaram pelo menos até ao ensino superior.

A distribuição do estado de saúde por rendimentos está ilustrada na figura 3.6.

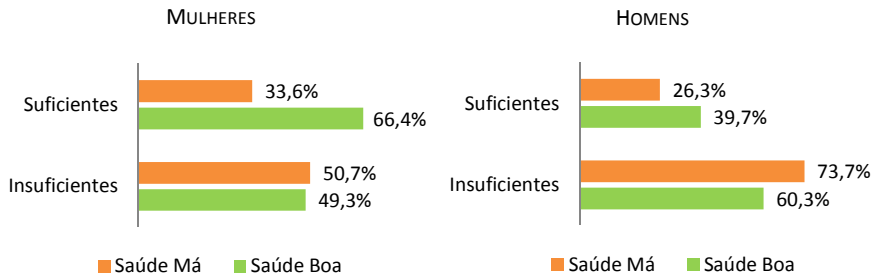


Figura 3.6 Distribuição do estado de saúde por género e rendimentos reportados.

Quando têm rendimentos suficientes, 66,4% das mulheres imigrantes reportam estado de saúde bom e apenas 33,6% mau. Quando os rendimentos são reportados como insuficientes, esta diferença não é tão evidente. No entanto, há mais mulheres a reportar estados de saúde maus (50,7%) do que bons (49,3%). Para os imigrantes homens a diferença é maior no reportar de saúde má sendo esta de 73,7% quando os rendimentos são considerados insuficientes, caindo para 26,3% quando reportam rendimentos suficientes.

Estar empregado *versus* estar desempregado e equivalentes distribuições do estado de saúde percebido, encontram-se ilustrados pela figura 3.7.

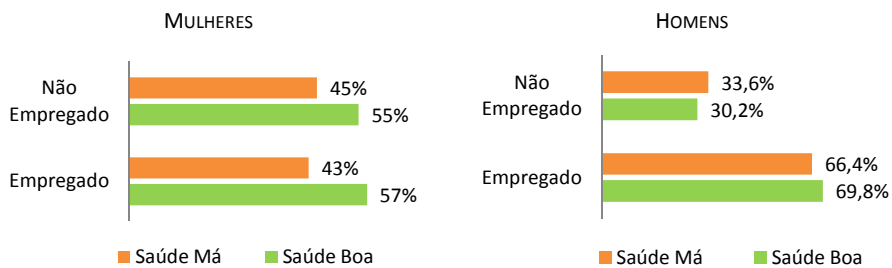


Figura 3.7 Distribuição do estado de saúde por género e estar empregado.

As mulheres, tanto empregadas como não, reportam mais estados de saúde bons (57% e 55%, respectivamente). Note-se a ligeira superioridade de resposta de má saúde quando não estão empregadas (45%), face às empregadas (43%).

Nos homens não há uma diferença expressiva entre a distribuição do estado de saúde percebido conforme se está ou não empregado. No entanto, a percentagem de

imigrantes homens a reportarem bons estados de saúde quando estão empregados (69,8%) diminui significativamente face aos não empregados (30,3%).

3.5.3. Indicadores gerais de saúde.

No que diz respeito aos indicadores gerais de saúde, a distribuição da variável dependente - estado de saúde percebido - pela existência de doenças crónicas, encontra-se representada na figura 3.8.

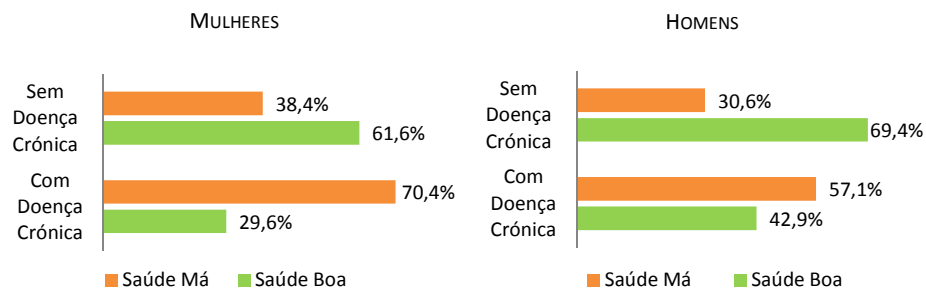


Figura 3.8 Distribuição do estado de saúde por género e doença crónica.

Para ambos, mulheres e homens, ter doença crónica é a categoria que maior percentagem de má saúde comporta, chegando esta a ser maior que a percentagem de saúde reportada como boa (70,4% >> 29,6% nas mulheres e 57,1% > 42,9% nos homens).

Esta diferença é mais acentuada nas mulheres. No caso dos homens é na classe sem doença crónica que a discrepância é maior com 69,4% de imigrantes a reportarem estados de saúde bons e apenas 30,6% a reportarem estados de saúde maus.

Na figura 3.9 encontra-se a distribuição do estado de saúde por ter ou não depressão ou outra doença mental.

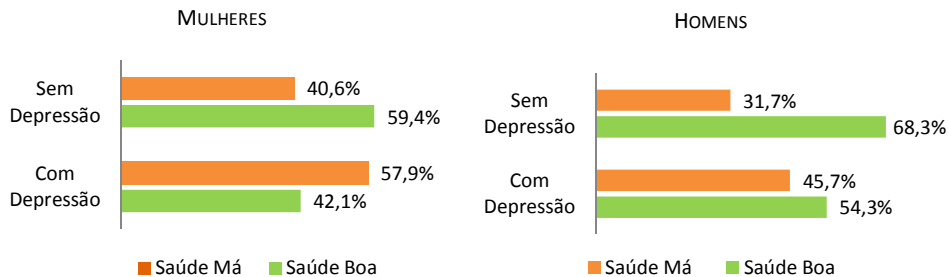


Figura 3.9 Distribuição do estado de saúde por género e depressão ou outra doença mental.

Nas mulheres, à semelhança do que se passa com a variável doença crónica, a existência de depressão ou outras doenças mentais, leva as imigrantes a aumentarem a percentagem de estado de saúde percebido como mau, 57,9% contra 40,6% na ausência de depressão ou outra doença mental.

Para os homens, tendo declarado episódios de depressão ou outra doença mental ou não, a percentagem de estados de saúde reportados como bons é sempre superior à das mulheres. Note-se, no entanto, que é maior a percentagem de saúde reportada como má na presença de depressão do que na ausência desta (54,3% vs. 31,7%, respectivamente).

No que diz respeito à distribuição de estado de saúde pela prática de actividade física, esta está patente na figura 3.10.

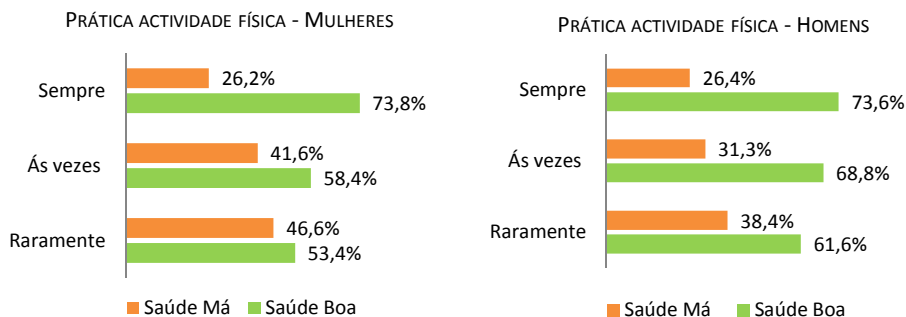


Figura 3.10 Distribuição do estado de saúde por género e prática de actividade física.

A percentagem de saúde boa é em todas as classes e para ambos os géneros, superior à saúde reportada como má. No entanto, quer para mulheres como para homens, é notório o aumento de percentagem de imigrantes a reportar estados de saúde bons, com

o aumento da prática de actividade física. Os imigrantes que referem praticar desporto sempre são aqueles onde a diferença é maior (26,2% << 73,8% no caso das mulheres e 26,4% << 73,6% para os homens).

Nos homens a descida de percentagem de resposta com estados de saúde bons, com a diminuição da actividade física exercida e a consequente subida de estados de saúde maus, não é tão notória como nas mulheres (73,6% > 68,8% > 61,6% e 73,8% > 58,4% > 53,4%, respectivamente).

Por fim, a figura 3.11 mostra-nos a distribuição do estado de saúde reportado por cuidados com alimentação para ambos os sexos.

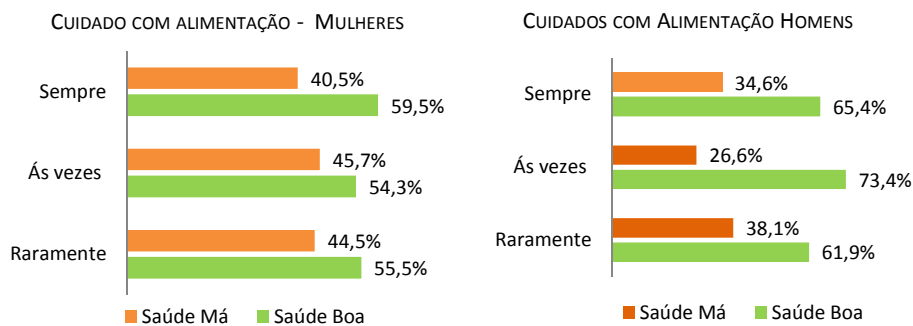


Figura 3.11 Distribuição do estado de saúde por género e cuidados com alimentação

Tal como na figura 3.10, também aqui a percentagem de saúde boa é sempre superior à de saúde má, independentemente do género. No entanto, mulheres e homens não reportam mais saúde boa conforme a frequência de cuidados de alimentação que têm, como acontecia com a actividade física. Para as mulheres, é na classe que refere ter mais cuidados com alimentação que a diferença saúde boa *versus* saúde má é maior (59,5% boa saúde *versus* 40,5% má saúde). Nos homens esta diferença é maior naqueles que dizem ter cuidados alimentares às vezes (73,4% boa saúde *versus* 26,6% má saúde).

4. MODELO LOGIT OU REGRESSÃO LOGÍSTICA

4.1. Especificação do Modelo Logit / Regressão Logística

O modelo logit, ou regressão logística, é um dos modelos mais utilizados quando se pretende estudar uma variável dependente binária, isto é, quando a resposta (y) pode tomar apenas dois valores, 1 ou 0, frequentemente designados por “sucesso” e “insucesso” respectivamente. Neste caso em particular, interessa-nos estudar o modelo em que os indivíduos imigrantes residentes na zona metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo, se percebem com mau estado de saúde ($y=1$) *versus* os imigrantes que se percebem com bom estado de saúde ($y=0$).

Matematicamente, a distribuição logística pode ser descrita da seguinte forma:

$$(4.1.) \quad Prob(y = 1|x) = \frac{e^{\beta'x}}{1+e^{\beta'x}} = \Lambda(\beta'x),$$

com a regressão:

$$(4.2.) \quad \begin{aligned} E[y|x] &= 0 \times Prob(y = 0|x) + 1 \times Prob(y = 1|x) \\ &= 0 \times [1 - F(\beta'x)] + 1 \times [1 - F(\beta'x)] = F(\beta'x) \\ &= Prob(y=1|x) = \Lambda(\beta'x). \end{aligned}$$

4.2. Interpretação dos Coeficientes Estimados

No presente trabalho, os coeficientes estimados pelo modelo foram interpretados recorrendo ao método do *odd ratio* (OR). A razão de *odds* é uma medida de associação habitualmente utilizada na área da saúde uma vez que, perante certas circunstâncias, esta quantidade representa uma boa aproximação do risco relativo. Esta medida dá-nos

indicação de quanto mais ou menos provável é a obtenção de uma resposta positiva, consoante o valor da variável explicativa.

A função (4.1.) é equivalente à função:

$$(4.3.) \quad \ln \Omega(x) = \left[\frac{\text{Prob}(y=1|x)}{1 - \text{Prob}(y=1|x)} \right] = \beta'x .$$

Logo, a partir da equação anterior, o modelo de regressão logística pode ser escrito como modelo loglinear:

$$(4.4.) \quad \ln \Omega(x) = \beta'x ,$$

onde $\Omega(x) = \frac{\text{Prob}(y=1|x)}{\text{Prob}(y=0|x)} = \frac{\text{Prob}(y=1|x)}{1 - \text{Prob}(y=1|x)}$ é o *odds* de um dado evento x .

A equação (4.4) mostra que o modelo logit é linear na função logit e consequentemente,

$\frac{\partial \ln \Omega(x)}{\partial x_j} = \beta_j$. Assim, β_j pode ser interpretado como: “Para uma mudança infinitesimal em x_j , esperamos que o logit mude em β_j unidades, mantendo as restantes variáveis constantes”.

Tendo em conta a transformação anterior, temos que:

$$(4.5.) \quad \Omega(x) = e^{\beta'x} = e^{\beta_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_j X_j} = e^{\beta_1} e^{\beta_2 X_2} \dots e^{\beta_j X_j} = \Omega(x_1, x_j) .$$

A última igualdade introduz a noção que torna explícito o valor x_j . Para avaliar o efeito de x_j , pretendemos saber quantas Ω mudam quando x_j altera determinada quantidade δ . Se alteramos δ em x_j odds temos:

$$(4.6.) \quad \Omega(x, x_j + \delta) = e^{\beta_1} e^{\beta_2 X_2} \dots e^{\beta_j(x_j + \delta)} = e^{\beta_1} e^{\beta_2 X_2} \dots e^{\beta_j X_j} e^{\beta_j \delta}.$$

Para comparar o *odds* antes e depois de adicionarmos δ a x_j , temos que,

$$(4.7.) \quad OR = \frac{\Omega(x_1 x_j + \delta)}{\Omega(x_1 x_j)} = \frac{e^{\beta_1} e^{\beta_2 X_2} \dots e^{\beta_j X_j} \dots e^{\beta_j \delta}}{e^{\beta_1} e^{\beta_2 X_2} \dots e^{\beta_j X_j}} = e^{\beta_j \delta}.$$

Assim, o coeficiente pode ser interpretado como: “*Para uma mudança de quantidade δ , na variável x_j , esperamos que o logit varie $\beta_j \delta$ unidades, mantendo todas as restantes variáveis constantes*”.

Por fim, é igualmente possível, uma interpretação do OR em percentagem:

$$(4.8.) \quad 100 \frac{\Omega(x_1 x_j + \delta) - \Omega(x_1 x_j)}{\Omega(x_1 x_j)} = 100 (e^{\beta_j \delta} - 1).$$

pelo que o coeficiente pode ser interpretado como: “*Para uma mudança da quantidade δ , na variável x_j , esperamos que o logit varie $100 (e^{\beta_j \delta} - 1)\%$, mantendo todas as restantes variáveis constantes*”.

4.3. Estimação do Modelo Logit ou Regressão Logística

Tal como referido no ponto anterior, o método dos mínimos quadrados ordinários não se aplica na estimação de modelos de variável dependente limitada. O mais frequente nestes casos é utilizar-se o método da Máxima Verosimilhança (MV) que maximiza o logaritmo da função de verosimilhança da amostra. Desta forma, sendo p_i a probabilidade de observar qualquer valor de y :

$$(4.9.) \quad p_i = \begin{cases} \text{Prob}(y_i = 1 | x_i) & \text{se } y_i = 1 \\ 1 - \text{Prob}(y_i = 1 | x_i) & \text{se } y_i = 0 \end{cases},$$

onde a $\text{Prob}(y_i = 1 | x_i)$ foi definida na equação (4.1). Ao assumirmos que a amostra é independente e identicamente distribuída (iid), a função de verosimilhança é o produto da probabilidade de cada observação:

$$(4.10.) \quad L(\beta | y, x) = \prod_{i=1}^N p_i.$$

Da combinação das duas equações anteriores, temos que:

$$(4.11.) \quad L(\beta | y, x) = \prod_{y=1} \text{Prob}(y_i = 1 | x_i) \prod_{y=0} [\text{Prob}(y_i = 1 | x_i)],$$

onde os índices da multiplicação indicam que o produto é calculado somente quando $y = 1$ e $y = 0$. Os coeficientes são incorporados na equação, quando substituído o lado direito da equação (4.1.):

$$(4.12.) \quad L(\beta | y, x) = \prod_{i=1}^m [\Lambda(\beta' x_i)] \prod_{i=m+1}^n [1 - \Lambda(\beta' x_i)] = \prod_{i=1}^n [\Lambda(\beta' x_i)]^{y_i} [1 - \Lambda(\beta' x_i)]^{1-y_i}.$$

Normalmente, utiliza-se com a função logaritmo da verosimilhança (log-verosimilhança) que é definida por:

$$(4.13.) \quad \ln(L(\beta | y, x)) = \sum_{i=1}^n \{y_i \ln [\Lambda(\beta' x_i)] + (1 - y_i) \ln [1 - \Lambda(\beta' x_i)]\}.$$

É de notar que o algoritmo da verosimilhança é limitado superiormente por 0, pois $0 \leq \Lambda(\cdot) \leq 1$ o que implica $\ln [\Lambda(\cdot)] \leq 0$ e $\ln [1 - \Lambda(\cdot)] \leq 0$.

O estimador de MV dos k valores de β ($\hat{\beta}$) correspondem, por definição, aos valores destes parâmetros que maximizam $\ln L$. Para obter este máximo, torna-se necessário calcular a primeira e a segunda derivadas da função $\ln L$, designadas respectivamente pelo gradiente G e pela matriz hessiana H . Demonstra-se que o gradiente e a matriz hessiana são respectivamente:

$$(4.14.) \quad G(\beta) = \frac{\partial \ln L}{\partial \beta} = \sum_{i=1}^n (y_i - \Lambda_i) x_i = 0 \quad \text{e}$$

$$(4.15.) \quad H(\beta) = \frac{\partial^2 \ln L}{\partial \beta \partial \beta'} = - \sum_{i=1}^n \Lambda_i (y_i - \Lambda_i) x_i x_i'.$$

As duas expressões anteriores não permitem calcular analiticamente a solução $\hat{\beta}$ para β que garante o máximo da função $\ln L$. Logo, torna-se necessário o recurso a um algoritmo de otimização, com base na iteração da expressão:

$$(4.15.) \quad \beta_{h+1} = \beta_h - H(\beta_h)^{-1} G(\beta_h),$$

onde β_h é o valor de β na iteração com h . Quando $\beta_{h+1} = \beta_h$ o processo convergiu para a existência de máximo e $\beta = \beta_{h+1} = \beta_h$.

Um dos algoritmos de otimização mais utilizados é o método de Newton-Raphson. Demonstra-se que o logaritmo da função verosimilhança é globalmente côncavo, logo, converge para um máximo independentemente dos valores de inicialização (Amemiya, 1985).

4.4. Teste de Significância para o Modelo

Os estimadores da MV são assintoticamente consistentes, eficientes e só seguem uma distribuição normal, sob determinadas condições de regularidades, como é o caso de amostras de grandes dimensões sendo, nestas circunstâncias, válido o processo de inferência estatística (Amemiya, 1985).

Para este estimador, é possível fazer testes de hipóteses através da derivada da expressão da matriz variâncias-covariâncias, conhecida como inversa da matriz de informação de Fisher.

Considerando o teste de significância individual dos parâmetros, ou teste de *Wald* temos as hipóteses:

$$(4.8) \quad H_0 : \beta_j = 0 \text{ vs. } H_1 : \beta_j \neq 0, \quad j = 0, \dots, p.$$

sendo a respectiva estatística de teste, assintoticamente normal, dada por:

$$(4.9) \quad T = \frac{\hat{\beta}_j}{\sqrt{\text{var}(\hat{\beta}_j)}} \sim N(0,1)$$

Se para um determinado nível de significância rejeitarmos H_0 , podemos concluir que o parâmetro estimado é diferente de zero e, perante estas condições, é relevante para explicar o comportamento da variável dependente. Este teste também é frequentemente designado por teste de Wald, uma vez $W=T^2$, seguindo uma distribuição Qui-quadrado com um grau de liberdade.

4.5. Medidas da Qualidade de Ajustamento

O teste Hosmer-Lemeshow é um dos procedimentos mais utilizados para avaliar a qualidade de ajustamento do modelo aos dados. Neste teste, são estimados as seguintes hipóteses:

$$(4.10) \quad H_0: o_j = e_j, \forall j = 1, \dots, s \text{ vs. } H_1: = \exists j = 1, \dots, s: o_j \neq e_j$$

Com a estatística teste:

$$(4.11) \quad X^2_{HL} = \sum_{j=1}^s \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j(1 - \frac{e_j}{n_j})}$$

Ao corroborar H_0 , temos a certeza que o modelo utilizado garante uma boa qualidade de ajustamento aos dados, uma vez que os valores estimados são iguais aos observados.

Outro dos procedimentos utilizados na medida de qualidade de ajustamento dos modelos logísticos são as curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*), que em português significa Características Operacionais Relativas. Esta curva é uma representação gráfica que descreve o compromisso que pode ser tomado entre a fracção de verdadeiros positivos (sensibilidade do modelo) e a fracção dos falsos positivos (erro tipo II), obtidas para os diferentes valores de corte. A matriz representada no quadro 4.1 indica as possibilidades existentes.

Quadro 4.1 *Matriz Confusão*

		VALORES PREVISTOS	
		INSUCESSO	SUCESSO
VALORES OBSERVADOS	INSUCESSO $y_i = 0$	VN	FP
	SUCESSO $y_i = 1$	FN	VP

Da leitura do quadro 4.1 podemos retirar que uma observação é verdadeira positiva quando é colocada na categoria dos sucessos estando esta classificação correcta em relação ao valor observado (VP). Estamos perante um falso positivo sempre que a observação é colocada na categoria dos sucessos, não estando esta classificação correcta em relação ao valor observado (FP). Os verdadeiros negativos são as observações colocadas, de acordo com o modelo, como insucesso estando a sua classificação correcta em relação ao valor observado (VN). Por fim, são falsos negativos os que são designados de insucesso não sendo essa a classificação correcta em relação ao valor observado (FN).

Designa-se sensibilidade do modelo à probabilidade de uma observação ser classificada como pertencente à categoria de sucessos, sendo-o de facto. Esta probabilidade reflecte-se no rácio:

$$(4.12) \quad \frac{VP}{VP + FN}$$

À probabilidade de uma observação, para um dado corte, ser classificada como pertencente à categoria dos insucessos, sendo-o de facto, chamamos especificidade e corresponde ao cálculo:

$$(4.13) \quad \frac{VN}{VN + FP}$$

Este tipo de classificação origina dois tipos de erro. O erro tipo I é a probabilidade de classificar como pertencente à categoria de insucessos uma observação que na realidade é

um sucesso, representado por α_1 . O inverso origina o erro tipo II, representado na fórmula 4.13 como α_2 :

$$(4.13) \quad \alpha_1 = \frac{FN}{VP + FN} \quad \alpha_2 = \frac{FP}{VP + FN} \cdot$$

Fazendo variar o ponto de corte entre 0 e 1, para que possa assumir todos os valores possíveis, a curva ROC é produzida pelos correspondentes pontos de coordenadas. Para aferir a capacidade de discriminação do modelo estimado, é habitual considerar-se os valores da área sob a curva (Hosmer&Lemeshow, 2000), conforme representa o quadro 4.2.

Quadro 4.2 *Valores da Curva ROC e sua interpretação*

VALORES	INTERPRETAÇÃO
ROC = 0,50	Nenhuma discriminação
0,50 < ROC < 0,70	Fraca discriminação
0,70 < ROC < 0,80	Modelo aceitável
0,80 < ROC < 0,90	Boa discriminação
ROC > 0,90	Excelente discriminação

5. RESULTADOS

5.1. Modelo de Regressão Logística Estimado para Mulheres

No quadro 5.1 encontram-se os resultados da regressão logística referentes aos factores determinantes da probabilidade da mulher imigrante residente na área de Lisboa e Vale do Tejo reportar mau estado de saúde.

Quadro 5.1 *Parâmetros Estimados para as mulheres*

	Sig.	OR	IC 95%
<= 33 Anos de Idade		1	
> 33 Anos de Idade	0,020	1,523**	(1,069; 2,169)
Europa do Leste		1	
Africanas	<0,001	0,281***	(0,160; 0,495)
Brasileiras	<0,001	0,289***	(0,183; 0,457)
Casada		1	
Não Casada	0,667	1,076	(0,765; 1,512)
Até Ensino Básico		1	
Ensino Secundário	0,050	0,639**	(0,406; 1,000)
Ensino Superior	0,002	0,428**	(0,248; 0,739)
Tempo Estadia em Portugal (Anos)	0,048	1,028**	(1,000; 1,057)
Regular		1	
Irregular ou em Processo Legalização	0,767	0,845	(0,611; 1,439)
Empregadas		1	
Não Empregadas	0,271	1,228	(0,852; 1,769)
Rendimentos percebidos Suficientes		1	
Rendimentos percebidos Insuficientes	0,016	1,506**	(1,050; 2,113)
Sem Doença Crónica		1	
Com Doença Crónica	<0,001	2,862***	(1,782; 4,597)
Sem Depressão ou outra Doença Mental		1	
Com Depressão ou outra Doença Mental	0,005	1,920**	(1,213; 3,037)
Com Cuidados Alimentares		1	
Sem Cuidados Alimentares	0,247	1,235	(0,864; 1,766)
Pratica Desporto		1	
Não Pratica Desporto Regularmente	0,011	2,318**	(1,200; 4,441)
Hosmer & Lemeshow	0.701		
Curva ROC	74%		
N	703		

** p < 0.05 *** p < 0.01

Através da interpretação do quadro 5.1 verificamos que há um conjunto de variáveis que, para um nível de significância de 5%, influenciam o estado de saúde percebido pelas mulheres imigrantes a residir na zona da grande Lisboa. Toda a análise do modelo estimado será feita variável a variável, admitindo que todas as restantes se mantêm constantes.

Relativamente à idade, o modelo estimado indicou que as mulheres imigrantes com menos de 33 anos de idade têm cerca de 1,5 vezes maior probabilidade de declarar estados de saúde maus, quando comparadas com as mais velhas.

No que diz respeito à comunidade a que pertencem, mulheres africanas e brasileiras têm cerca de um terço de probabilidade a menos de reportar mau estado de saúde, comparativamente a mulheres que nasceram na Europa do Leste (OR africanas = 0,281; OR brasileiras = 0,289).

Quanto ao tempo de estadia em Portugal, estimou-se que por cada ano adicional a residir em Portugal, as mulheres imigrantes aumentam em 2,8% a probabilidade de reportar maus estados de saúde (OR=1,028).

Como seria de esperar, o nível de escolaridade está negativamente associado com o estado de saúde. Uma mulher imigrante que estudou até ao ensino secundário (OR=0,64) e uma que frequentou o ensino superior (OR=0,43), quando comparadas a uma mulher imigrante que apenas estudou até ao nível de escolaridade básico, com tudo o resto constante, tem menor probabilidade de ver a sua saúde em mau estado, em 0,64 e 0,43 respectivamente.

Face aos rendimentos percebidos, os resultados da estimação mostram-nos que, uma mulher imigrante com rendimentos insuficientes tem cerca de 1,5 vezes mais probabilidade de reportar estados de saúde maus (OR=1,53), quando comparada com uma mulher imigrante que reporta os seus rendimentos como suficientes.

Também os indicadores gerais de saúde se revelam factores determinantes para a estimação do estado de saúde percebido por esta amostra. Assim, como seria de esperar, para um nível de significância de 5%, podemos dizer que uma mulher imigrante com alguma doença crónica tem aproximadamente 3 vezes mais probabilidade de considerar o seu estado de saúde como mau (OR=2,86) quando comparada com uma sem qualquer doença crónica.

Da mesma forma, também a relação entre a existência de episódios depressivos ou de outra doença mental, revelam ter uma influência positiva no estado de saúde reportado como mau. Uma mulher com estes sintomas tem uma probabilidade cerca de 2 vezes maior de reportar mau estado de saúde do que aquela que refere ausência de doenças mentais.

Por fim, no que diz respeito aos estilos de vida, uma mulher que não pratica desporto regularmente tem 2,3 vezes maior probabilidade de reportar o seu estado de saúde de forma negativa, quando comparada a uma mulher que pratica desporto com frequência.

As variáveis estado civil, situação legal em Portugal, situação profissional e cuidados alimentares não se revelaram, perante o modelo apresentado, significativas do ponto de vista estatístico, enquanto determinantes de um mau estado de saúde pelas mulheres imigrantes residentes na zona de Lisboa e Vale do Tejo.

No que diz respeito à qualidade de ajustamento do modelo, torna-se relevante salientar que o valor do teste de Hosmer&Lemeshow, para um nível de significância de 5%, é de 0,7, salvaguardando o bom ajustamento do modelo aos dados, no sentido em que permite corroborar a hipótese nula de que os valores esperados são iguais aos valores observados.

Da mesma forma, também o valor obtido na área abaixo da curva ROC, 74%, torna aceitável a capacidade discriminativa do modelo estimado, de acordo com a informação disponível no quadro 4.2.

No anexo 2 é possível ver a representação gráfica da curva ROC relativa ao modelo estimado para as mulheres.

5.2. Modelo de Regressão Logística Estimado para Homens

No quadro 5.2 encontram-se os resultados da estimação do modelo de regressão logística, com os valores OR e respectivos intervalos de confiança (IC) a 95% dos factores determinantes da probabilidade de reportar estados de saúde maus, nos homens imigrantes a residir na zona de Lisboa e Vale do Tejo.

Quadro 5.2 *Parâmetros Estimados para os homens*

	Sig.	OR	IC 95%
<=33 Anos de Idade		1	
>33 Anos de Idade	0,001	2,002**	(1,322; 3,038)
Europa do Leste		1	
Africanos	0,002	0,411**	(0,235; 0,717)
Brasileiros	<0,001	0,263***	(0,163; 0,425)
Casado		1	
Não Casado	0,236	0,791	(0,536; 1,166)
Até Ensino Básico		1	
Ensino Secundário	0,104	0,695	(0,448; 1,077)
Ensino Superior	0,003	0,370**	(0,197; 0,695)
Tempo Estadia em Portugal (anos)	0,754	0,995	(0,967; 1,024)
Regular		1	
Irregular ou em Processo Legalização	0,953	1,013	(0,652; 1,576)
Empregados		1	
Não Empregados	0,033	1,529**	(1,035; 2,259)
Rendimentos percebidos Suficientes		1	
Rendimentos percebidos Insuficientes	0,786	1,054	(0,720; 1,544)
Sem Doença Crónica		1	
Com Doença Crónica	0,002	2,313**	(1,354; 3,952)
Sem Depressão ou outra Doença Mental		1	
Com Depressão ou outra Doença Mental	0,267	1,377	(0,783; 2,420)
Com Cuidados Alimentares		1	
Sem Cuidados Alimentares	0,038	1,464**	(1,021; 2,099)
Pratica Desporto		1	
Não Pratica Desporto Regularmente	0,246	1,313	(0,828; 2,081)
Hosmer & Lemeshow	0,05		
Curva ROC	74%		
N	672		

** p < 0.05 *** p < 0.01

A leitura do quadro 5.2 permite a análise dos vários os factores que determinaram a probabilidade de um homem imigrante residente na zona de Lisboa e Vale do Tejo reportar o seu estado de saúde como mau. À semelhança da interpretação feita para as mulheres imigrantes, também aqui se admite que ao interpretar uma variável, todas as restantes se matem constantes.

No que diz respeito à idade, um homem imigrante com mais de 33 anos de idade tem 2 vezes mais probabilidade de reportar estados de saúde negativos, quando comparado com um homem com 33 anos de idade ou menos.

Face aos níveis de escolaridade reportados pelos participantes do género masculino, um homem imigrante que frequentou o ensino superior tem cerca de um terço a menos de probabilidade (OR = 0,37) de reportar estados de saúde maus, quando comparado com um homem imigrante que apenas cumpriu a escolaridade até ao nível básico.

No mesmo sentido, tanto a comunidade africana como a brasileira, representam um factor protector do estado de saúde reportado como mau. Assim, um homem africano imigrante na zona de Lisboa tem uma probabilidade menor em quase um meio (OR = 0,41) e um brasileiro em cerca de um terço (OR = 0,26) de reportar o seu estado de saúde como mau, quando comparados com a classe de referência, homem imigrante com origem na Europa do Leste.

No que concerne à situação profissional, um homem imigrante que não esteja empregado tem maior probabilidade reportar o seu estado de saúde como mau (OR = 1,53) quando comparado com um homem imigrante empregado e tudo o resto constante.

Ao nível dos indicadores gerais de saúde, a existência de doença crónica está positivamente associada à probabilidade de reportar estados de saúde maus. Se compararmos um homem imigrante com pelo menos uma doença crónica com um que não tenha nenhuma, o primeiro tem cerca de 2,3 vezes mais probabilidades de se sentir a sua saúde como má (OR = 2,31), sendo tudo o resto constante.

Por fim, um homem imigrante que não apresenta cuidados com a sua alimentação vê a sua probabilidade de reportar mau estado de saúde aumentada em cerca de 46% (OR = 1,46).

O modelo apresentado apresenta um valor de 0,05 no teste de Hosmer&

Lemeshow, pelo que podemos afirmar, para um nível de significância de 5%, que a sua qualidade de ajustamento aos dados observados é boa. De forma idêntica ao sucedido com o modelo estimado para o género feminino, a área abaixo da curva ROC é de 74%, traduzindo uma capacidade preditiva razoável a este modelo (a representação gráfica encontra-se disponível no Anexo3).

6. CONCLUSÕES

São poucos os estudos que têm como objectivo compreender o estado de saúde dos imigrantes em Portugal ou o papel que as classes sociais e suas características podem ter nesta explicação. Esta dissertação teve como finalidade identificar os factores determinantes do estado de saúde da população imigrante a residir na zona de Lisboa e Vale do Tejo. Mais concretamente, pretendemos avaliar o efeito de indicadores sócio-demográficos, sócio-económicos e factores gerais de saúde na percepção do estado de saúde da população imigrante residente na área metropolitana de Lisboa. Uma vez que as diferenças entre homens e mulheres foram significativas do ponto de vista estatístico, optámos por estimar um modelo para cada um dos sexos, separadamente.

Os dados utilizados na presente investigação foram recolhidos a partir de um inquérito aplicado, no âmbito de um projecto financiado pela FCT, em várias associações de imigrantes na zona metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo, entre os meses de Outubro de 2008 e Março de 2009. Uma vez que o processo de amostragem utilizado foi baseado no método *snowball*, geradores de amostras não aleatórias, não será possível efectuar inferência estatística para o total da população imigrante residente em Portugal. No entanto, não sendo este um dos objectivos traçados inicialmente, abdicámos desta possibilidade em prol da inclusão de sujeitos com características marginais e ocultas, como os imigrantes ilegais, que representaram cerca de 27% do total da amostra utilizada.

No inquérito aplicado a variável de interesse, estado de saúde subjectivo, foi medida numa escala de *Likert* com 5 pontos, cujas categorias representam o estado de saúde muito mau; mau; razoável; bom e muito bom. Tal como fora definido pela OMS, este indicador é uma medida subjectiva que engloba diversos aspectos da vida dos indivíduos.

O estado de saúde subjectivo está intrinsecamente relacionado com a saúde objectiva dos indivíduos, sendo frequentemente utilizado como variável *proxy* da avaliação objectiva de saúde (Appels, Bosma, Grabauskas, Gostautas, & Sturmans, 1996). Nele, estão contemplados aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos (Idler & Benyamini, 1997).

No entanto, a medida subjectiva do estado de saúde, apresenta como principal desvantagem principalmente a sua natureza subjectiva que origina respostas conforme a interpretação do que é ou não um estado de saúde favorável (Murray & Chen, 1992).

A pesquisa bibliográfica realizada permitiu-nos constatar que há diversos factores que influenciam a percepção do estado de saúde dos indivíduos imigrantes, de entre os quais, destacamos os factores sócio-demográficos (com o sexo, a idade, o país de origem e o estado civil); sócio-económicos (nível de escolaridade; rendimentos e ocupação profissional) e, por fim, indicadores gerais de saúde (como a existência de doença crónica; doenças mentais e variáveis relacionadas com o estilo de vida).

Para a dicotomização da variável dependente em estudo, considerámos que um indivíduo imigrante se declara com mau estado de saúde quando o percebe como muito mau, mau ou razoável. Desta forma, mantivemo-nos em consonância com a maioria dos autores consultados (Acevedo-Garcia et al., 2010; Benjamins et al., 2004; Benyamini et al., 2000; Jayaweera & Quigley, 2010; Nielsen & Krasnik, 2010).

O modelo de regressão logística serviu de base ao objectivo primordial da dissertação, uma vez que a variável dependente é do tipo binário.

Tal como esperado, as mulheres, quando comparadas com os homens, apresentam maior risco de se declararem com estados de saúde débeis. Este resultado vai ao encontro de outros estudos gerais da população (Benyamini et al., 2000; Cooper, 2002; Denton et al., 2004; Jylha et al., 1998) bem como, de estudos realizados com a população imigrante (Barros & Pereira, 2009; Borrell et al., 2008; Khat & Darmon, 2003; Malmusi et al., 2010).

Ao analisarmos os indicadores sócio-demográficos, sócio-económicos e factores gerais de saúde, para homens e mulheres, verificámos que todos eles influenciam de forma significativa o estado de saúde subjectivo. Destacamos o impacto das comunidades de origem dos imigrantes, o nível de escolaridade, a existência de doença crónica e ainda as diferenças do impacto das variáveis situação profissional, rendimentos e das variáveis relacionadas com o estilo de vida, na saúde subjectiva de homens e mulheres.

Para ambos os sexos, verificámos uma associação positiva entre a idade e a variável em estudo, isto é, imigrantes pertencentes à classe etária mais elevada, têm um risco de se perceberem com estados de saúde débeis maior. Tal como seria de

esperar, um imigrante com mais idade reporta piores estados de saúde, face a um mais jovem.

De acordo com o sugerido por Wiking e colegas (2004) a origem dos imigrantes estudados teve influência na forma como estes perceberam a sua saúde. Na revisão sistemática de artigos sobre o estado de saúde percebido por imigrantes, Nielsen et al. (2010) concluíram que nem todos os grupos minoritários possuem os mesmos riscos face à saúde. Aqui, os resultados foram semelhantes, tanto para homens como para mulheres. Os imigrantes provenientes de países do continente africano e Brasil têm menor probabilidade de considerar o seu estado de saúde como mau, quando comparados com imigrantes provenientes de países do leste Europeu.

Apesar da maior distância geográfica, os países africanos considerados neste estudo e o Brasil partilham com Portugal, país de origem, a mesma língua materna. Este factor parece-nos ter um papel preponderante na sua integração no nosso país. Contrariamente aos indivíduos oriundos da Europa do leste, aqueles terão uma vantagem significativa no que diz respeito à capacidade de comunicação com os nativos, podendo ter mais-valias não só na procura de um emprego, como na busca de serviços de saúde ou mesmo ao equacionarem a possibilidade de continuar os estudos em Portugal.

Por outro lado, devem ser igualmente considerados factores culturais e sociais, tais como as normas sociais, diferentes em cada comunidade. Por exemplo, na comunidade brasileira, as normas sociais podem levar indivíduos com estas origens a considerarem um cenário mais positivo do seu estado de saúde, assim como a comunidade proveniente do leste da Europa poderá ter normas sociais que fomentem um nível de satisfação com a saúde mais exigente.

Factores de cariz sócio-económico, como o nível de escolaridade, os rendimentos percebidos (para as mulheres) e a ocupação profissional (para os homens), apresentaram uma associação negativa com a probabilidade dos imigrantes se auto-avaliarem com piores estados de saúde. Nesta amostra, quanto mais baixo o nível sócio-económico da população imigrante maior a sua propensão para reportar estados de saúde débeis. Isto leva-nos a crer que a melhoria da integração dos imigrantes na sociedade portuguesa e o incentivo à participação no mercado de trabalho são apostas fundamentais para alcançar a equidade na saúde entre portugueses e imigrantes.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, este actua como factor de protecção, representando vantagens para o estado de saúde destas populações. Um indivíduo imigrante com nível de escolaridade mais elevado terá menos probabilidade de se expor a factores de risco e de se submeter a condições de trabalho precárias. Terá, por outro lado, acesso a uma maior quantidade de informação no sentido de poder vir a recorrer a melhores práticas relacionadas com a obtenção de melhor qualidade de vida. Para as mulheres imigrantes, o impacto dos rendimentos percebidos é determinante na sua saúde. Uma mulher com menos capacidades económicas tem maior probabilidade de reportar a sua saúde com má. No mesmo sentido, a situação profissional adquire um impacto significativo para os homens. Um homem imigrante que não se encontra empregado, tem maior probabilidade de reconhecer o seu estado de saúde como débil. Estes resultados vão ao encontro do que Pita Barros e Isabel Pereira (2009) encontraram em imigrantes portugueses, na medida em que ter emprego tráz maiores rendimentos e estes proporcionam o acesso a melhores serviços de saúde, nomeadamente tratamentos e medicamentos.

Nas mulheres, a probabilidade de reportar estados de saúde débeis aumenta com o tempo de permanência em Portugal, corroborando os resultados obtidos por outros autores, de encontro ao *healthy migrant effect* descrito na literatura e que sustenta a ideia de que os imigrantes, quando chegam ao país de acolhimento, possuem vantagens na sua saúde que tendem a desaparecer ao longo da permanência naquele país. No entanto, estes resultados obtidos apenas para as mulheres, divergem dos encontrados por Malmusi e colegas no estudo das comunidades imigrantes da Catalunha, Espanha (2010) quando defendem que a esta vantagem relativa no estado de saúde dos imigrantes recentes é mais evidente nos homens que nas mulheres.

Se na presente amostra são as mulheres que revelam maior probabilidade de reportar estados de saúde débeis, comparativamente com os homens, e simultaneamente apresentam estados de saúde mais saudáveis à chegada, provavelmente serão as mulheres as primeiras a sentirem uma maior degradação do seu estado de saúde ao longo do tempo de estadia em Portugal. Eventualmente serão elas as primeiras a ficarem expostas à carga cumulativa de desvantagens socio-económicas em conjunto com possíveis experiências de marginalização ou discriminação.

Os determinantes socio-demográficos revelam-se factores determinantes na explicação do estado de saúde subjectivo. No entanto, somos obrigados a reconhecer que estes não são passíveis de grande intervenção. Sabemos também que condições socio-económicas mais favoráveis originam estados de saúde melhores. Desta forma, torna-se pertinente adequar políticas direccionadas para a diminuição das desigualdades sócio-económicas dos imigrantes a viver em Portugal.

A doença crónica é outro dos factores que importa destacar por ter um impacto determinante na percepção dos estados de saúde mais débeis. Tanto nos homens como nas mulheres, a existência de doença crónica aumenta o risco de reportar mau estado de saúde, quando comparados a imigrantes do mesmo sexo mas sem doenças crónicas. É interessante lembrar que nos estudos levados a cabo por McDonald & Kennedy (2004) os imigrantes tendem a apresentar menor frequência de doenças crónicas, quando comparados com nativos do país de acolhimento.

Sendo a saúde mental cada vez mais associada ao bem estar físico e sendo os imigrantes um grupo minoritário muitas vezes marginalizado, optámos por compreender o papel das doenças mentais enquanto factores capazes de influenciar o estado de saúde dos imigrantes. Curiosamente a existência de depressão ou outras doenças mentais surge como uma variável com impacto apenas para as mulheres. Tal como seria de esperar, uma mulher imigrante que teve pelo menos um episódio de doenças mentais, revela um risco maior de sentir a sua saúde débil. No entanto, esta dimensão não se revelou significativa do ponto de vista estatístico, para os homens.

As variáveis que remetem para estilos de vida, como a prática de exercício físico e os cuidados com a alimentação, revelaram-se ambas significativas no impacto do estado de saúde percebido, embora de forma diferente para homens e mulheres imigrantes. Assim, a prática de actividade física regular surge como um excelente aliado no menor risco de reportar estados de saúde maus nas mulheres. Por outro lado, para os homens esta variável não adquire a mesma expressão. Nestes, é o cuidado com a alimentação que revela ter um impacto mais significativo no seu estado de saúde percebido. Desta forma, homens imigrantes que não referem ter qualquer tipo de cuidados com a alimentação, correm maiores riscos de perceberem o seu estado de saúde como débil.

Tendo em consideração os presentes resultados, torna-se necessário que continue a ser divulgada a importância da adopção de acções preventivas como a mudança de

hábitos para estilos de vida mais saudáveis que contemplem a prática de actividades desportivas, a eliminação do tabagismo, a diminuição do consumo de álcool ou o seguimento de uma alimentação saudável, como medidas capazes de reduzir a incidência de patologias e promover a saúde, junto das populações imigrantes.

Com este estudo, constatámos a necessidade da realização de mais investigações, que explorem o conceito do *healthy migrant effect* através, por exemplo, de estudos longitudinais, que permitam compreender o impacto dos factores determinantes do estado de saúde da população imigrante ao longo do tempo. Será igualmente pertinente um estudo mais aprofundado das principais comunidades presentes no nosso país, africana, brasileira e do leste europeu, na procura de um maior entendimento daquilo que são as expectativas que cada uma delas tem sobre o seu estado de saúde.

REFERÊNCIAS

Acevedo-Garcia, D., Bates, L. M., Osypuk, T. L., & McArdle, N. (2010). The effect of immigrant generation and duration on self-rated health among US adults 2003-2007. *Social Science & Medicine*, *71*(6), 1161-1172. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.034

Formatted: English (U.S.)

▲ Adler, N. E., & Rehkopf, D. H. (2008). US disparities in health: Descriptions, causes, and mechanisms. *Annual Review of Public Health*, *29*, 235-252. doi: 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090852

Formatted: English (U.S.)

Amemiya, T. (1985) *Advanced Econometrics*, Blackwell, Oxford.

▲ Appels, A., Bosma, H., Grabauskas, V., Gostautas, A., & Sturmans, F. (1996). Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Social Science & Medicine*, *42*(5), 681-689. doi: 10.1016/0277-9536(95)00195-6

Formatted: English (U.S.)

Formatted: English (U.S.)

▲ Baron-Epel, O., & Kaplan, G. (2009). Can subjective and objective socioeconomic status explain minority health disparities in Israel? *Social Science & Medicine*, *69*(10), 1460-1467. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.08.028

Formatted: English (U.S.)

▲ Baron-Epel, O., Kaplan, G., Haviv-Messika, A., Tarabeia, J., Green, M. S., & Kaluski, D. N. (2005). Self-reported health as a cultural health determinant in Arab and Jewish Israelis MABAT - National Health and Nutrition Survey 1999-2001. *Social Science & Medicine*, *61*(6), 1256-1266. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.01.022

Formatted: English (U.S.)

Barreto, S. M., & de Figueiredo, R. C. (2009). Chronic diseases, self-perceived health status and health risk behaviors: gender differences. *Revista De Saude Publica*, *43*, 38-47.

Formatted: English (U.S.)

Barros, P. P., & Pereira, I. M. (2009). Health care and health outcomes of migrants: Evidence from Portugal (pp. 1-64): United Nations Development Programme.

Formatted: English (U.S.)

▲ Benjamins, M. R., Hummer, R. A., Eberstein, I. W., & Nam, C. B. (2004). Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality. *Social Science & Medicine*, *59*(6), 1297-1306. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.01.001

Formatted: English (U.S.)

Bento, A., Martins, L., Dias, P., Machado, R., Sousa, P., & Francisco, C. (2010). Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo 2009: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

Bento, A., Martins, L., Machado, R., & Sousa, P. (2011). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo - 2010. In S. d. E. e. Fronteiras (Ed.): Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2000). Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 354-364.

Formatted: English (U.S.)

Borrell, C., Muntaner, C., Sola, J., Artazcoz, L., Puigpinos, R., Benach, J., & Noh, S. (2008). Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(5). doi: 10.1136/jech.2006.055269

Formatted: English (U.S.)

Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(7), 539-545.

Formatted: English (U.S.)

Carballo, M., Divino, J. J., & Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine & International Health*, 3(12), 936-944. doi: 10.1046/j.1365-3156.1998.00337.x

Formatted: English (U.S.)

Chandola, T. (2001). Ethnic and class differences in health in relation to British South Asians: using the new National Statistics Socio-Economic Classification. *Social Science & Medicine*, 52(8), 1285-1296. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00231-8

Formatted: English (U.S.)

Cooper, H. (2002). Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 54(5), 693-706. doi: Pii s0277-9536(01)00118-610.1016/s0277-9536(01)00118-6

Formatted: English (U.S.)

Dalstra, J. A. A., Kunst, A. E., Borrell, C., Breeze, E., Cambois, E., Costa, G., . . . Mackenbach, J. P. (2005). Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 316-326. doi: 10.1093/ije/dyh386

Formatted: English (U.S.)

Deeg, D. J. H., & Kriegsman, D. M. W. (2003). Concepts of self-rated health: Specifying the gender difference in mortality risk. *Gerontologist*, 43(3), 376-386.

Formatted: English (U.S.)

Denton, M., Prus, S., & Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2585-2600. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.09.008

Formatted: English (U.S.)

DesMeules, M., Gold, J., Kazanjian, A., Manuel, D., Payne, J., Vissandjee, B., . . . Mao, Y. (2004). New approaches to immigrant health assessment. *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne De Sante Publique*, 95(3), 122-126.

Formatted: English (U.S.)

Dias, S. F., & Gonçalves, A. (2007). Migração e Saúde, *Migrações: Revista do Observatório da Imigração*, pp. 15-26.

Dias, S. F., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *Bmc Health Services Research*, 8. doi: 20710.1186/1472-6963-8-207

Formatted: English (U.S.)

Dunn, J. R., & Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1573-1593. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00053-8

Farmer, M. M., & Ferraro, K. F. (2005). Are racial disparities in health conditional on socioeconomic status? *Social Science & Medicine*, 60(1), 191-204. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.04.026

Fennelly, K. (2007). The "healthy migrant" effect. *Minnesota medicine*, 90(3), 51-53.

Fernandes, A., & Miguel, J. (2007). *Health and migration in the UE: Better health for all in an inclusive society*. Paper presented at the Health and migration in the EU, Lisbon, Portugal.

Franks, P., Gold, M. R., & Fiscella, K. (2003). Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine*, 56(12), 2505-2514. doi: Pii s0277-9536(02)00281-2.10.1016/s0277-9536(02)00281-2

Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37. doi: 10.2307/2955359

Jasso, G., Massey, D., Rosenzweig, M., & Smith, J. (2004). *Immigrant health - Selectivity and acculturation.*: Institute for Fiscal Studies.

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. *Social Science & Medicine*, 71(5), 1002-1010. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.039

Jylha, M., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Jokela, J., & Heikkinen, E. (1998). Is self-rated health comparable across cultures and genders? *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(3), S144-S152.

Kandula, N. R., Kersey, M., & Lurie, N. (2004). Assuring the health of immigrants: What the leading health indicators tell us. *Annual Review of Public Health*, 25, 357-376. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123107

Kaplan, G. A., & Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality - A 9-Year follow-up of the human-population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117(3), 292-304.

Karmakar, S. D., & Breslin, F. C. (2008). The role of educational level and job characteristics on the health of young adults. *Social Science & Medicine*, 66(9), 2011-2022. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.017

Khlat, M., & Darmon, N. (2003). Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe? *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 1115-1118. doi: 10.1093/ije/dyg308

Formatted: English (U.S.)

Formatted: English (U.S.)

Formatted: English (U.S.)

Formatted: English (U.S.)

Formatted: English (U.S.)

Formatted: English (U.S.)

Formatted: English (U.S.)

Formatted: English (U.S.)

Formatted: English (U.S.)

Formatted: English (U.S.)

Formatted: English (U.S.)

Formatted: English (U.S.)

Kilpelainen, K., Aromaa, A., & Group, E. C. (2008). European Community Health Indicators: Development and initial implementation. Helsinki: European Community Health Indicators Monitoring.

Kirkcaldy, B. D., Siefen, R. G., Wittig, U., Schuller, A., Brahler, E., & Merbach, M. (2005). Health and emigration: subjective evaluation of health status and physical symptoms in Russian-speaking migrants. *Stress and Health, 21*(5), 295-309. doi: 10.1002/smi.1068

Formatted: English (U.S.)

Laaksonen, M., Rahkonen, O., Martikainen, P., & Lahelma, E. (2005). Socioeconomic position and self-rated health: The contribution of childhood socioeconomic circumstances, adult socioeconomic status, and material resources. *American Journal of Public Health, 95*(8), 1403-1409. doi: 10.2105/ajph.2004.047969

Formatted: English (U.S.)

Lindstrom, M., Sundquist, J., & Ostergren, P. O. (2001). Ethnic differences in self reported health in Malmo in southern Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*(2), 97-103. doi: 10.1136/jech.55.2.97

Formatted: English (U.S.)

Liu, H., & Hummer, R. A. (2008). Are Educational Differences in US Self-Rated Health Increasing?: An Examination by Gender and Race. *Social Science & Medicine, 67*(11), 1898-1906. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.021

Formatted: English (U.S.)

Llacer, A., Zunzunegui, M. V., del Amo, J., Mazarrasa, L., & Bolumar, F. (2007). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *Journal of Epidemiology and Community Health, 61*, 4-10. doi: 10.1136/jech.2007.061770

Formatted: English (U.S.)

Lynch, J. W., Smith, G. D., Kaplan, G. A., & House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal, 320*(7243), 1200-1204. doi: 10.1136/bmj.320.7243.1200

Formatted: English (U.S.)

Malmusi, D., Borrell, C., & Benach, J. (2010). Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine, 71*(9), 1610-1619. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.07.043

Formatted: English (U.S.)

Marcellini, F., Leonardi, F., Marcucci, A., & Freddi, A. (2002). Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. *Archives of gerontology and geriatrics. Supplement, 8*, 181-189.

Formatted: English (U.S.)

Marmot, M., & Commission Social Determinants, H. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet, 370*(9593), 1153-1163. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61385-3

Formatted: English (U.S.)

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., Taylor, S., & Commission Social Determinants, H. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through

Formatted: English (U.S.)

action on the social determinants of health. *Lancet*, 372(9650), 1661-1669. doi: 10.1016/s0140-6736(08)61690-6

Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M., & Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44(6), 901-910. doi: 10.1016/s0277-9536(96)00194-3

Formatted: English (U.S.)

Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-Rated Health - A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800-808. doi: 10.2105/ajph.72.8.800

Formatted: English (U.S.)

Murray, C. J. L., & Chen, L. C. (1992). Understanding morbidity change. *Population and Development Review*, 18(3), 481-503. doi: 10.2307/1973655

Formatted: English (U.S.)

Nielsen, S. S., & Krasnik, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 55(5), 357-371. doi: 10.1007/s00038-010-0145-4

Formatted: Swedish (Sweden)

Formatted: English (U.S.)

Norman, P., Boyle, P., & Rees, P. (2005). Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 60(12), 2755-2771. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.008

Formatted: English (U.S.)

Oliveira, D. (2009). *Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses*. (Mestrado), Instituto de Estatística e Gestão de Informação, Lisboa.

Padilha, B., & Miguel, J. (2007). *Health and Migration in UE: Building a shared vision for action*. Paper presented at the Portuguese Presidency Conference on Migration and Health, Lisbon, Portugal.

Formatted: English (U.S.)

Razum, O., Zeeb, H., & Rohrmann, S. (2000). The 'healthy migrant effect' - not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *International Journal of Epidemiology*, 29(1), 191-192. doi: 10.1093/ije/29.1.191

Formatted: English (U.S.)

Sen, G., & Ostlin, P. (2008). Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Global public health*, 3 Suppl 1, 1-12. doi: 10.1080/17441690801900795

Formatted: English (U.S.)

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. Geneva: Commission on Social Determinants of Health.

Formatted: English (U.S.)

Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045. doi: 10.2105/ajph.65.10.1037

Formatted: English (U.S.)

Whitehead, M., Dahlgren, G., & Evans, T. (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358(9284), 833-836. doi: 10.1016/s0140-6736(01)05975-x

Formatted: English (U.S.)

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. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(7), 574-582. doi: 10.1136/jech.2003.011387

▲ Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1768-1784. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.036

Formatted: English (U.S.)

▲ Williams, R. (1993). HEALTH AND LENGTH OF RESIDENCE AMONG SOUTH ASIANS IN GLASGOW - A STUDY CONTROLLING FOR AGE. *Journal of Public Health Medicine*, 15(1), 52-60.

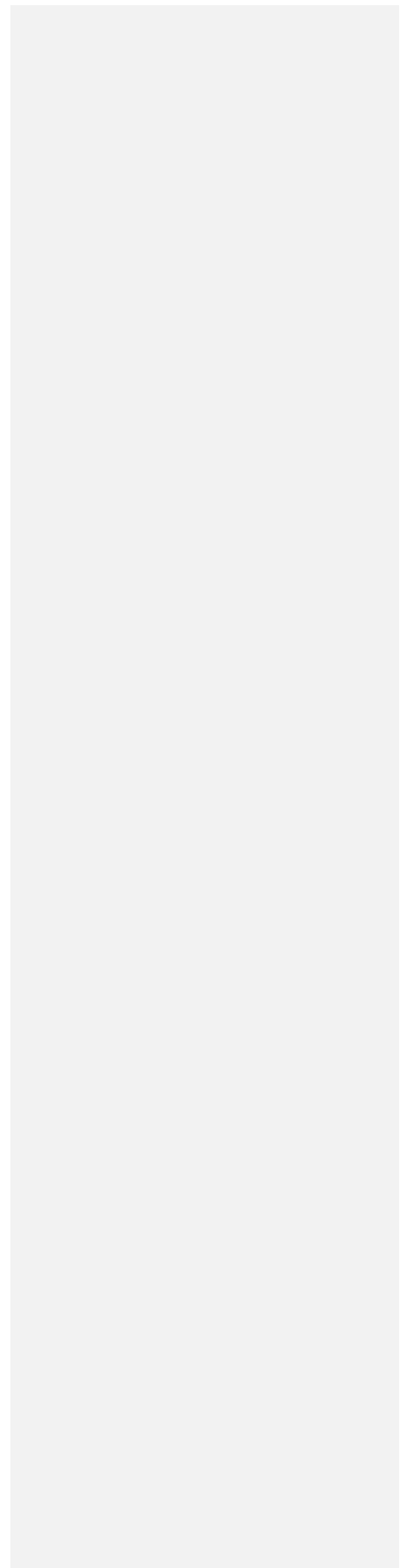
Formatted: English (U.S.)

▲ World Health Organization. (2009). The European Health Report. Copenhagen: World Health Organization.

Formatted: English (U.S.)

Wright, R. & Stein, M. (2005). Snowball sampling. *Encyclopedia of Social Measurement*, 3, pp. 495-500.

ANEXOS



5. Qual o seu nível de escolaridade?

- Nenhum, não sabe ler, nem escrever
- Nenhum, mas sabe ler e escrever (sabe assinar)
- 1º Ciclo (ensino primário/4ª série do ensino fundamental)
- 2º Ciclo (5º e 6º ano/da 5ª à 8ª série do ensino fundamental/Ginásio)
- 3º Ciclo (até ao 9º ano)
- Secundário (até ao 12º ano/2º grau ou ensino médio)
- Curso Profissional (profissionalizante ou técnico)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Não sabe / Não Responde

6. Quantos anos de escolaridade completou com aproveitamento? **7. Tem filhos?** Não Sim **Quantos?** **8. Quantos filhos tem a viver consigo cá em Portugal?** **9. Quantas pessoas moram consigo na sua casa?** **10. Quem são essas pessoas?**
(pode assinalar mais de uma opção de resposta)

- Cônjuge/ namorado/ companheiro
- Filho / filha
- Família nuclear (pais, irmãos, sogros, avós, netos)
- Família alargada (tios, primos)
- Amigos ou colegas de trabalho
- Desconhecidos
- Outras pessoas

11. Quantas divisões tem a sua casa? **12. Qual é a sua religião?**

- Católica Muçulmana
- Ortodoxa Sem religião
- Protestante/Evangélica Outra
- Judaica Não sabe/Não responde

13. Qual a sua nacionalidade?

Portuguesa
 Estrangeira
 Dupla Nacionalidade
 Apátrida
 Não sabe/ Não responde

14. É natural de que país?

Angola
 Cabo Verde
 Guiné-Bissau
 Moçambique
 São Tomé e Príncipe
 Outros países africanos
 Brasil
 Outros países americanos
 Bielorrússia

Bulgária
 Moldávia
 Roménia
 Rússia
 Ucrânia
 Outros países do Leste
 Portugal
 Outros países
 Não sabe

15. Há quanto tempo está em Portugal? -
 anos meses

16. Quanto tempo pensa permanecer em Portugal?

1 Ano
 Entre 2 e 4 anos
 Entre 5 e 8 anos
 Mais de 8 anos

17. Antes de emigrar para Portugal foi imigrante noutro país? Não Sim

Se sim, qual o País:

18. Qual a sua situação actual em Portugal?

Regular
 Não tem a situação regularizada
 Em processo de regularização / Está à espera de documentos

Se regular:

Tem bilhete de identidade português
 Tem uma autorização de residência
 Tem um visto de trabalho ou estudo
 Não responde
 Outra

20021

19. Quando veio para Portugal, veio sozinho ou acompanhado?

- Sozinho
 Acompanhado

20. Se veio acompanhado, com quem veio? (pode assinalar mais de uma opção de resposta)

- Cónjuge/ namorado/ companheiro Amigos
 Filho / filha Colegas de trabalho
 Família nuclear (pais, irmãos, sogros, avós, netos) Desconhecidos
 Família alargada (tios, primos) Outras pessoas

21. Já tinha pessoas conhecidas quando chegou a Portugal? Não Sim

22. Se sim, quem: (pode assinalar mais de uma opção de resposta)

- Cónjuge/ namorado/ companheiro Amigos
 Filho / filha Colegas de trabalho
 Família nuclear (pais, irmãos, sogros, avós, netos) Desconhecidos
 Família alargada (tios, primos) Outras pessoas

23. Qual o principal motivo porque deixou o seu país? (pode assinalar mais de uma opção de resposta)

- Motivos económicos Orientação sexual
 Motivos profissionais Por causa de um conflito armado
 Para estudar Por motivos de saúde
 Reagrupamento familiar Afinidades com o país
 Motivos políticos e religiosos Outros

24. Ocupação Profissional (assinale apenas uma opção de resposta)

- Empregado / exerce uma profissão
 Desempregado
 Reformado
 Estudante
 Trabalhador-estudante
 Tarefas domésticas (desempregada, faz tarefas domésticas na sua própria casa)
 Outra
 Não sabe

25. Se está empregado que tipo de trabalho faz actualmente: (assinale apenas uma opção de resposta)

- Empregada doméstica (trabalha nas limpezas) Trabalho de escritório
 Trabalho na restauração/ hotelaria (restaurantes, bares, cafés) Ensino (professores)
 Transportes Trabalho na construção civil (nas obras)
 Funções superiores (quadros técnicos superiores) Outro
 Trabalho fabril (indústria ou fábrica)

20021



26. Se está empregado, quantas horas costuma trabalhar por dia

- Menos de 7h por dia (menos de 35 horas por semana)
- Entre 7 e 9h por dia (até 45 horas por semana)
- 10h ou mais (50h ou mais por semana)
- Não sabe/Não responde

27. Desde que está em Portugal quantas vezes mudou de emprego?

- Nunca 1 vez 2-3 vezes 4-5 vezes Mais de 5 vezes

28. Considera que os rendimentos actuais do seu agregado familiar (da sua família), são:

- Muito insuficientes Insuficientes Suficientes Mais do que suficientes

29. É beneficiário / utilizador de qual dos seguintes sistemas?

- Serviço Nacional de Saúde (SNS) Não Sim
- Outros subsistemas de saúde (exemplo: ADSE; SAD/PSP; SSMJ, etc.) Não Sim
- Seguro de Saúde Não Sim Se sim, Empresa Privado
- Nenhum Não Sim
- Não sabe responder Não Sim

30. Quando precisa de recorrer aos serviços de saúde sabe:

- Onde recorrer Não Sim Tenho dúvidas
- O que tem de fazer para ser atendido no centro de saúde Não Sim Tenho dúvidas
- O que tem de fazer para ser atendido num hospital numa situação de urgência Não Sim Tenho dúvidas
- Quais os procedimentos necessários para ter acesso ao SNS Não Sim Tenho dúvidas
- Quais são os seus direitos na área dos cuidados de saúde Não Sim Tenho dúvidas
- Quais são os seus deveres na área dos cuidados de saúde Não Sim Tenho dúvidas

Se respondeu NÃO a todas passa para a questão 32

31. Onde adquiriu os conhecimentos sobre os serviços de saúde

- Amigos ou familiares Não Sim
- Profissionais de saúde Não Sim
- Folhetos / Documentos fornecidos por entidades governamentais e ONGs (exemplo: ACIDI, SEF, Médicos do Mundo) Não Sim
- Comunicação social (jornais, revistas, televisão) Não Sim
- Outros: Não Sim
- Não sabe/ não se lembra Não Sim

32. Alguma vez utilizou:

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Centro de Saúde | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Urgência de Hospital | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Hospital sem ser em situação de urgência (por exemplo realizar um exame) | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Médico ou hospital privado | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Unidades Móveis de Saúde | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Medicina tradicional | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |

Se respondeu NÃO a todas estas opções passa para a questão 35

33. A qual dos serviços de saúde recorre mais vezes (apenas uma opção de resposta)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Centro de Saúde | <input type="radio"/> Médico ou hospital privado |
| <input type="radio"/> Urgência de Hospital | <input type="radio"/> Unidades Móveis de Saúde |
| <input type="radio"/> Hospital sem ser em situação de urgência | <input type="radio"/> Medicina tradicional |

34. A primeira vez que necessitou de cuidados de saúde em Portugal onde recorreu (apenas uma opção de resposta):

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Centro de Saúde | <input type="radio"/> Médico ou hospital privado |
| <input type="radio"/> Urgência de Hospital | <input type="radio"/> Unidades Móveis de Saúde |
| <input type="radio"/> Hospital sem ser em situação de urgência | <input type="radio"/> Medicina tradicional |
| <input type="radio"/> Não sabe/ não se lembra | |

35. Tem médico de família Não Sim

Apenas respondem a esta questão os imigrantes que NUNCA utilizaram os serviços de saúde (centro de saúde e hospital). Os que JÁ utilizaram passam para a questão 37

36. Qual a razão porque NUNCA utilizou os serviços de saúde (centro de saúde e hospital)

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Nunca teve necessidade | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Não sabe onde é | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Não sabe o que fazer para poder ir | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Não confia nos profissionais de saúde | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| O horário de funcionamento não é compatível com o seu horário de trabalho | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Não tem como deslocar-se | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Não pode pagar os serviços de saúde | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Não sabe explicar o que tem, nem o que precisa | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Pensa que os imigrantes são mal atendidos nos serviços de saúde | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Tem medo de ser discriminado | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Prefere recorrer aos serviços de saúde do país de origem ou de outro país | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Prefere recorrer às medicinas tradicionais do país de origem | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Outros <input type="text"/> | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |

Se respondeu a esta questão por favor passe para a questão 45



Da questão 37 à 44 apenas respondem os imigrantes que JÁ utilizaram pelo menos um dos serviços de saúde (Centro de Saúde e Hospital)

37. Se JÁ utilizou o Centro de Saúde, quais as razões:

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Atendimento mais rápido | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Confia mais nos profissionais do centro de saúde | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Tem lá o médico de família | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| É fácil a deslocação/acessibilidade/ fácil chegar lá | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Existe menos discriminação que no hospital | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Melhores condições de tratamento | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Outros: <input type="text"/> | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |

38. Se JÁ utilizou o hospital, quais as razões:

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Atendimento mais rápido | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Confia mais nos profissionais do hospital | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Tem lá o médico de família | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| É mais fácil a deslocação/acessibilidade/ fácil chegar lá | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Existe menos discriminação que no centro de saúde | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Possibilidade de ter consultas, consultas de especialidade e/ou exames num só momento | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Problema de saúde não podia ser tratado no centro de saúde / situação de urgência | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Não quis esperar por uma consulta no centro de saúde | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Não tem nenhum centro de saúde perto | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Horário de funcionamento do centro de saúde é incompatível | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Não tem médico de família no centro de saúde | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Pensa que os imigrantes são mal atendidos nos centros de saúde | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Recusaram atendê-lo no centro de saúde | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |
| Outros: <input type="text"/> | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim |

39. Costuma deslocar-se aos serviços de saúde (centro de saúde ou hospital) para:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Solicitar baixa médica, atestados ou outros documentos | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |
| Consultas de acompanhamento ou de rotina | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |
| Renovação de receitas | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |
| Exames complementares de diagnóstico | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |
| Apoio Social | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |
| Porque se sentiu doente | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |
| Situações de urgência / agudas | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |
| Medicina do trabalho | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |
| Consulta de enfermagem e tratamentos | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |
| Saúde infantil e vacinação | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |
| Consultas de planeamento familiar, gravidez e puerpério (aconselhamento pós parto) | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |
| Consultas por doença crónica | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |
| Outros: <input type="text"/> | <input type="radio"/> Nunca | <input type="radio"/> Algumas vezes | <input type="radio"/> Muitas vezes |

20021



40. De um modo geral quando se dirige aos serviços de saúde (Centros de Saúde e Hospitais):

	Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Consegue explicar o que pretende ou o problema que tem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se mal tratado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratado como qualquer outro utente /utilizador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue entender o que lhe dizem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se bem tratado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Relativamente à última deslocação a um serviço de saúde, como avalia o atendimento dos:

	Muito mau	Mau	Razoável	Bom	Muito bom	Não se aplica / Não responde
Médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistente Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Como ultrapassa as dificuldades linguísticas nos serviços de saúde:

	Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
O profissional de saúde chama outro colega para ajudar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O profissional pede-lhe que chame um familiar ou amigo que funcione como intérprete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais de saúde recorrem a um intérprete dos serviços de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não são ultrapassadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. Dentro dos seguintes profissionais quais considera:

	Médicos	Enfermeiros	Assistente Social	Administrativos
Menos atenciosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos compreensivos com os problemas dos imigrantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvm mais os seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com mais dificuldades em compreendê-lo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazem mais discriminação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20021



44. Quando recorreu aos serviços de saúde (centro de saúde e hospital) ficou:

- Muito insatisfeito Satisfeito
 Insatisfeito Muito satisfeito
 Nem satisfeito nem insatisfeito

A PARTIR DAQUI TODAS AS PESSOAS RESPONDEM A TODAS AS QUESTÕES

45. Alguma vez lhe foram recusados cuidados de saúde em Portugal? Não Sim

Se respondeu **NÃO** por favor passe para a questão 48

46. Se sim, onde:

- Centro de Saúde Nunca Algumas vezes Muitas vezes
 Hospital Nunca Algumas vezes Muitas vezes
 Outro: Nunca Algumas vezes Muitas vezes

47. Se sim, qual o motivo dessa recusa (pode assinalar mais de uma opção de resposta)

- Não ter nacionalidade portuguesa
 Não ter cartão de utente / utilizador
 Não ter condições económicas para pagar o serviço de saúde
 Dificuldades linguísticas
 Não estar legalizado
 Discriminação
 Outro:

48. Quando tem um problema de saúde a quem costuma recorrer

	Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Médico / enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmacêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistente Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Técnico de medicinas alternativas (e.g. acupunctura, homeopatia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endireita, curandeiro, virtuoso ou ervanário, pai de santo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro técnico de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. Por favor indique se tem ou se já teve, desde que está em Portugal, alguns destes problemas de saúde

Mal-estar geral e febre alta	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Doenças do aparelho reprodutor que não sejam DST (e.g. infecções urinárias, doenças dos ovários, doenças da próstata)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Doenças do aparelho digestivo (e.g. Úlcera do Estômago; Úlcera do Duodeno; Gastroenterite)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Doenças respiratórias (e.g. Pneumonia, DPOC, Bronquite Crónica, Asma)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Doenças cardiovasculares (e.g. AVC, Enfarte agudo do miocárdio, Hipertensão, Colesterol)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Doenças renais (e.g. Insuficiência renal)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Doenças reumáticas (e.g. Osteoartrose, Tendinite)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Doenças endócrinas (e.g. Obesidade, Diabetes, Problemas de Tiróide)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Doenças oncológicas	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Doenças de pele	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Acidentes domésticos, de trabalho ou outro tipo de acidentes	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
HIV e outras DST	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Tuberculose	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Hepatites	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Ansiedade, stress	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Depressão ou outras doenças mentais	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Outros: <input type="text"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde

50. Na última vez que esteve doente, o que fez para lidar com essa doença:

Tratamentos caseiros (chá, ervas ou outros)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Alterou a alimentação (e.g. fez dieta, tem um cuidado especial para não comer certos alimentos)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Tomou medicamentos que já conhecia ou indicados por outras pessoas conhecidas	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Tomou medicamentos receitados pelo médico	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Fez tratamentos alternativos (e.g. acupuntura, homeopatia, osteopatia, quiropraxia, etc.)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Foi aos serviços de saúde	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Procurou um farmacêutico	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Procurou um curandeiro, um ervário ou um virtuoso, pai de santo	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Não fez nada	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Outros: <input type="text"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim



51. Nos últimos 6 meses em Portugal, quantos dias consecutivos se sentiu doente:

Nenhum Até 3 dias 1 semana 2 semanas 1 mês Mais de 1 mês

52. No último mês (nos últimos 30 dias), quantos dias faltou ao emprego ou à escola por não se sentir bem ou por estar doente?

53. Tem alguma doença crónica: Não Sim **Se SIM qual:**

54. Quantas vezes foi ao médico nos últimos 6 meses?

55. Já sentiu dificuldades em utilizar os serviços de saúde? Não Sim Nunca utilizou

56. Quais as dificuldades dos imigrantes na utilização dos serviços de saúde:

Estar sozinho em Portugal é uma dificuldade?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Estar há pouco tempo em Portugal é uma dificuldade?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
As diferenças linguísticas com os profissionais de saúde são uma dificuldade?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
As crenças, tradições religiosas e culturais ...?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
A falta de recursos económicos para suportar os custos dos serviços de saúde ...?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
O modo como expressam os sintomas e reconhecem que estão doentes ...?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
A falta de conhecimentos sobre a lei de acesso à saúde, sobre os seus direitos e sobre o modo de funcionamento dos serviços de saúde ...?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
A desconfiança em relação aos profissionais de saúde ...?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
A ausência de tradutores/interpretes ...?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Os procedimentos burocráticos complexos para ter acesso aos serviços de saúde ...?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Os profissionais de saúde ...?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não Responde
Se SIM, quais profissionais considera como a maior a dificuldade (apenas uma opção de resposta)			
<input type="radio"/> Administrativos <input type="radio"/> Enfermeiros <input type="radio"/> Médicos <input type="radio"/> Assistentes Sociais			

57. Na sua opinião com que frequência os profissionais de saúde:	Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Não se esforçam por entender o que os imigrantes dizem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discriminam os imigrantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não têm sensibilidade, nem competências sociais e culturais para tratar os imigrantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não conhecem a legislação e os direitos dos imigrantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não têm conhecimentos sobre as doenças mais comuns nos imigrantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizam palavras difíceis para explicarem as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



58. Gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre os serviços de saúde prestados aos imigrantes em Portugal. Por favor responda em que medida concorda com as seguintes frases.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Os serviços de saúde são bons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os serviços de saúde demoram muito tempo a dar resposta às necessidades dos imigrantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O funcionamento dos serviços de saúde não está de acordo com as necessidades dos imigrantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os imigrantes deviam ser atendidos por técnicos com formação específica sobre os imigrantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muito tempo de espera entre a marcação da consulta e ser consultado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É difícil obter ajuda dos serviços sociais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O serviço prestado aos imigrantes é inferior ao da restante população	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na maioria das vezes os imigrantes não recebem os esclarecimentos, cuidados e tratamentos específicos que necessitam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os imigrantes preferem recorrer à medicina tradicional e auto-medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. Preferia ser atendido por um médico imigrante do seu país de origem? Não Sim Não responde

60. Desde que está em Portugal a sua saúde

Piorou muito Piorou Está igual Melhorou Melhorou muito

61. De uma maneira geral como avalia o seu estado de saúde

Muito mau Mau Razoável Bom Muito bom

62. Até que ponto a sua saúde é importante para si

Pouco importante Nem muito nem pouco importante Muito importante

63. Até que ponto está satisfeito com:

Por favor responda em que medida concorda com as seguintes frases.

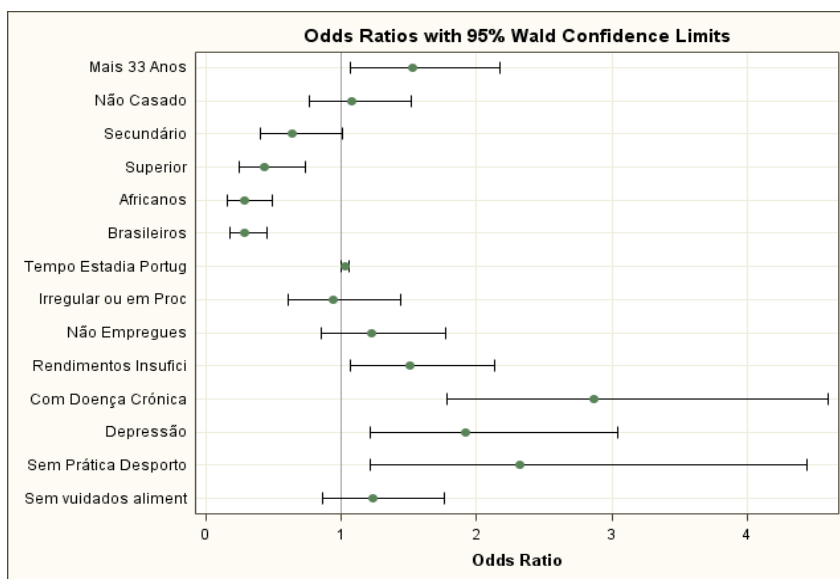
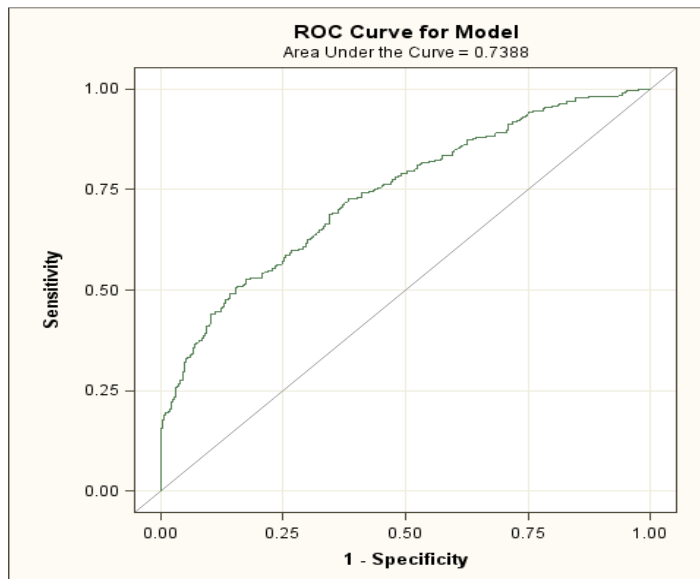
	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Totalmente satisfeito
A sua saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A sua vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo próprio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As suas relações pessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As condições do local onde vive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



64. Desde que está em Portugal costuma sentir-se:					
	Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Cansado fisicamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cansado psicologicamente (triste, desmotivado, deprimido)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cheio de energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Costuma:					
Praticar desporto	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Sempre		
Ir a consultas de rotina	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Sempre		
Medir a tensão arterial	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Sempre		
Ter cuidados com a alimentação	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Sempre		
66.					
	Sim, diariamente	Sim, ocasionalmente	Apenas experimentou	Não	Não responde
Fuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe bebidas alcoólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consome drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 2

Representação gráfica da curva ROC e *odds ratios* do modelo logit estimado para as mulheres, obtido através do *Software SAS Enterprise Guide 4.2.*:



ANEXO 3

Representação gráfica da curva ROC e *odds ratios* do modelo logit estimado para os homens, obtido através do *Software SAS Enterprise Guide 4.2.*:

