

# Imigração e Saúde – Imigrantes da Europa de Leste em Portugal

Immigration and Health – Eastern Europe Immigrants in Portugal

Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro \*

## Resumo

Este estudo teve como objectivos fazer uma caracterização sócio-demográfica, identificar os principais problemas de saúde, os recursos utilizados para resolver problemas de saúde e os padrões de vigilância de saúde da população imigrante russófona, oriunda dos países da Europa de Leste, a residir em Portugal. Numa amostra de 169 inquiridos, conclui-se que esta população é predominantemente do sexo masculino, em idade jovem activa e com habilitações literárias tendencialmente elevadas, mas que não ocupa uma actividade laboral qualificada correspondente. Relativamente ao estado de saúde anterior ao processo migratório, 34,9% dos inquiridos refere não ter problemas de saúde anteriores ao processo migratório, sendo as afecções gástricas e hepáticas (9,5%) e a hipertensão as queixas mais referidas. Uma percentagem significativa de inquiridos já acedeu ao sistema nacional de saúde em Portugal (75,7%), sendo as principais causas desta utilização situações de doença aguda e acidentes de trabalho. Quando necessitam de cuidados ou vigilância de saúde, os imigrantes da Europa de Leste inquiridos recorrem prioritariamente aos Centros de Saúde (36,7%). Relativamente aos comportamentos e estilos de vida, observa-se que uma percentagem significativa de inquiridos refere hábitos tabágicos e alcoólicos, tem actividades laborais de risco e apresenta reduzidos comportamentos de vigilância de saúde.

Palavras-chave: imigrantes da Europa de Leste, acessibilidade aos cuidados de saúde, comportamentos de saúde e estilos de vida

## Abstract

This study aimed to identify the main health problems, the recourses used to solve them and the vigilance patterns of the Russophone immigrant population, coming from the eastern European countries and living in Portugal. In a sample of 169 subjects, we concluded that this is an essentially male, active young population, with generally high educational qualifications, but lacking a corresponding work activity; 34,9% of the subjects mentions not having had health problems, and gastric and hepatic affections (9,5%) and hypertension are the most frequent complaints previous to the migratory process. A significant percentage of the subjects has already had contact with the Portuguese national health system (75,7%), mainly due to situations of acute disease and work-related accidents. When they need health care or vigilance, the eastern immigrants attend health centres in the first place (36,7%). As to behaviours and life styles, a high percentage of the subjects mentions tobacco and drinking habits, has risky work activities and shows reduced health vigilance behaviours.

Keywords: Eastern Europe immigrants, accessibility to health care, health behaviours and life styles

\* Professora-adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, Coimbra.

Recebido para publicação em 25-01-06.  
Aceite para publicação em 29-05-06.

## **Introdução**

### **– Justificação do estudo**

Embora a migração possa oferecer benefícios económicos e mudanças positivas nos estilos de vida, o processo migratório está também relacionado com riscos de saúde acrescidos para as populações migrantes, assim como experiências de alienação e discriminação (Kaplan e Mars, 1990)

O impacto dos fluxos migratórios no espaço europeu, no nível de saúde das populações e a pressão exercida por este fenómeno nas dinâmicas dos serviços de saúde, têm sido alvo de estudos que apontam para algumas tendências. Os vários documentos realçam a relação entre saúde, cultura e processos migratórios no espaço europeu, a heterogeneidade dos vários tipos de imigrantes (refugiados, pessoas em busca de asilo político, imigrantes económicos, deslocados, imigrantes à procura de trabalho); referem as dificuldades relacionadas com barreiras linguísticas e conceitos transculturais e a problemática da acessibilidade destas populações aos cuidados de saúde (OMS, 2003).

Em Portugal observou-se uma drástica mudança nos padrões de fluxos migratórios sobretudo nas últimas décadas do Século XX. Portugal, país tradicionalmente de emigração, passou a integrar o grupo de países de imigração. O número de cidadãos de nacionalidade estrangeira a residir em Portugal, passou de *54 mil imigrantes em 1980 para 500 mil em 2004* (Rosa, 2005). Segundo dados do INE os imigrantes constituem actualmente cerca de 5% da população total e 11 % da população activa em Portugal e provêm de mais de 170 países (Rosa, Seabra e Santos, 2004). Até 1997 uma grande parte do fluxo migratório tinha origem nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e Brasil, sendo o número de imigrantes da Europa de Leste residual. A partir desta data a situação altera-se drasticamente, com um afluxo crescente e exponencial de imigrantes da Europa de Leste e de outros países exteriores às áreas de influência portuguesas (Baganha e Góis, 1999; Rosa, 2005).

Estas dinâmicas estão a ter um impacto considerável nas estruturas demográficas e sociais da população portuguesa (Rosa, Seabra e Santos, 2004).

Porém, as suas repercussões nos serviços de saúde e nas práticas de cuidados de saúde ainda não estão avaliadas. O conhecimento das questões de saúde específicas destes novos contingentes migratórios é fundamental para a consolidação de estratégias que permitam uma abordagem multicultural dos cuidados de saúde. Daí a necessidade premente de desenvolver estudos que permitam avaliar as necessidades de saúde de populações imigrantes e as questões da acessibilidade aos cuidados de saúde.

### **Acessibilidade aos cuidados de saúde por populações imigrantes da Europa de Leste**

A acessibilidade das populações aos serviços de saúde é um conceito complexo. Além da acessibilidade física, inclui factores estruturais e funcionais, como aspectos arquitectónicos, horários de funcionamento de consultas e barreiras burocráticas (Baleiras e Ramos, 1992).

De entre a multiplicidade de recursos culturais que os imigrantes transportam quando se integram num novo país de acolhimento, estão os seus sistemas de promoção da saúde e de cura, plasmados na sua mundivivência cultural (O’Conner, 1998). A questão da transculturalidade dos cuidados de saúde é especialmente pertinente face aos novos surtos migratórios e aos problemas emergentes das dificuldades de adaptação, seja devido a problemas económicos, seja devido ao isolamento social proveniente das barreiras linguísticas, seja devido a factores biológicos e ambientais que interferem significativamente com a saúde das populações migrantes (Monteiro, 2005).

A acessibilidade aos cuidados de saúde por parte de grupos específicos de populações imigrantes da Europa de Leste em Portugal tem sido alvo de alguns estudos exploratórios que apontam para algumas tendências. Santana (2003), numa população de imigrantes de Leste à escala nacional concluiu que, em todo o país, *um em cada três imigrantes* esteve doente ou teve um acidente de trabalho.

Segundo este estudo, é no Grande Porto que a saúde dos imigrantes de leste apresenta mais fragilidades, na medida em que um em cada dois imigrantes já esteve doente. Sousa (2003), num estudo sobre a acessibilidade aos cuidados de saúde de imigrantes ucranianos (numa amostra de 102 indivíduos) concluiu que 77,8% dos inquiridos já tinha utilizado recursos em saúde do SNS, sendo o motivo essencial uma situação de doença aguda, logo seguida de acidentes de trabalho. Dos estudos realizados conclui-se que os imigrantes da Europa de Leste recorrem cumulativamente a várias ajudas com vista à resolução de problemas de saúde, mas a atitude dominante é a *auto-medicação* seguida do recurso à farmácia. Os serviços hospitalares, nomeadamente os serviços de urgência, são outra forma de aceder a cuidados de saúde e, por último, surgem os centros de saúde (a par de contactos com alguém conhecido com conhecimento na área da saúde) e os médicos particulares, como última linha de recurso dos utilizadores (Hespanha *et al.*, 2002; Sousa, 2003; Santana, 2003).

Algumas barreiras específicas na acessibilidade aos cuidados de saúde por parte desta população imigrante estão directamente relacionadas com a barreira linguística (Costa, 2004; Sousa, 2003; Santana, 2003). A falta de conhecimento da Língua Portuguesa, escrita e falada por parte dos imigrantes e o total desconhecimento da Língua russa (ou mesmo do alfabeto cirílico) por parte dos técnicos de saúde portugueses /funcionários dos hospitais, torna mais difícil aceder à informação, aos cuidados de saúde e dificulta a relação terapêutica (Sousa, 2003).

## Objectivos do estudo

Este estudo tem como objectivo essencial obter uma caracterização sócio-demográfica, identificar os principais problemas de saúde, os recursos utilizados para resolver problemas de saúde e os padrões de vigilância de saúde da população imigrante russófona, oriunda dos países da Europa de Leste, a residir em Portugal.

## Metodologia

A colheita de dados foi realizada através de um questionário de auto preenchimento, traduzido para russo, aplicado à população imigrante da Europa de Leste a residir em Portugal. A tradução obedeceu ao sistema de *back-translation* e foi validada por um painel de peritos na área da saúde, Língua e Literatura russas. A colheita de dados foi realizada em 12 Centros Locais de Apoio ao Imigrante sob a tutela do Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) em vários distritos do país. A amostra foi constituída por todos os indivíduos russófonos imigrantes da Europa de Leste que acedessem aos vários Centros entre Março e Novembro de 2005 e voluntariamente anuissem a responder ao questionário, num total de 169.

## Apresentação de resultados

### Distribuição da população inquirida por género

Embora seja uma população maioritariamente do sexo masculino (Tabela 1), característica de uma Imigração de cariz económico, indicia-se uma tendencial equiparação dos géneros, devido a um aumento recente da imigração feminina, em grande parte devida ao reagrupamento familiar.

TABELA 1 – Distribuição da população inquirida por Género

Sexo	N	Percentagem
Masculino	90	53,3
Feminino	79	46,7
Total	169	100,0

### Distribuição da população inquirida por grupo etário

A população inquirida situa-se maioritariamente no grupo etário dos 30 aos 40 anos e dos 19 aos 29 anos

(Tabela 2), o que coincide com a caracterização desta população noutros estudos e indicia uma migração essencialmente de tipo económico (Baganha e Góis, 1999; Hespanha *et al.*, 2002; Sousa, 2003; Santana, 2003; Rosa, Seabra e Santos, 2004).

TABELA 2 – Distribuição da população inquirida por grupo etário

Grupo etário	Frequência	Percentagem
Menos de 18 anos	4	2,4
19 a 29 anos	43	25,4
30 a 40 anos	71	42,0
40 a 50 anos	37	21,0
Mais de 50 anos	13	7,7
Sem resposta	1	0,6
Total	169	100,0

### Distribuição da população inquirida por género e grupo etário

No grupo etário dos trinta aos quarenta anos, verifica-se uma maior frequência de imigrantes do sexo masculino (Tabela 3). A natureza económica dos fluxos migratórios está associada a uma população onde predominam indivíduos do sexo masculino em idade activa jovem (Baganha, Góis, 1999; Rosa, Seabra e Santos, 2004).

Nos restantes grupos, observa-se uma tendência para a feminização deste tipo de imigração, sobretudo entre os 19 e os 29 anos, o que coloca questões específicas de saúde, particularmente na área da saúde sexual e reprodutiva. Relativamente a outros estudos anteriores, esta tendência sugere que passada a primeira vaga criada pelos primeiros fluxos migratórios da Europa de Leste, surgem novos fluxos compostos pelas famílias, devido ao reagrupamento familiar (Peixoto, 2004) e também cada vez mais mulheres sós, com um projecto migratório autónomo. De notar também a presença, embora residual, de população imigrante com mais de 50 anos, uma tendência recente, que, segundo algumas fontes, tenderá a aumentar (Pires, 2002; Wall, Nunes e Matias, 2005), o que terá impactos quer nas necessidades em saúde, quer nas estruturas de saúde.

TABELA 3 – Distribuição da população inquirida por género e grupo etário

Sexo	Idade					Total
	- de 18 anos	19 a 29 anos	30 a 40 anos	40 a 50 anos	+ de 50 anos	
Masculino	2	19	41	19	8	89
Feminino	2	24	30	18	5	79
Total	4	43	71	37	13	168

### Distribuição por Nacionalidade

Relativamente à nacionalidade e país de origem, é de realçar a diversidade da população inquirida em termos de nacionalidade. Destaca-se a população oriunda da Ucrânia (57,4%), o que está de acordo com todos os estudos existentes de caracterização sócio-demográfica deste contingente migratório. Segue-se a Rússia (21,3%) e outros países sob a área da influência da ex-União Soviética.

TABELA 4 – Distribuição da população inquirida por nacionalidade

Nacionalidade	Frequência	Percentagem
Ucrânia	97	57,4
Rússia	36	21,3
Moldávia	7	4,1
Bielorrússia	1	0,6
Roménia	1	0,6
Uzbequistão	2	1,2
Bulgária	2	1,2
Lituânia	1	0,6
Cazaquistão	1	0,6
Sem resposta	21	12,4
Total	169	100,0

Embora os vários grupos de nacionalidades representados tenham uma diversidade cultural e especificidades que é importante investigar, partilham em comum um conjunto de traços culturais, um passado histórico riquíssimo, a pertença dominante às mesmas crenças religiosas (Religião Ortodoxa), o domínio da Língua Russa e a vivência no mesmo sistema sociopolítico. Todas estas dimensões explicam determinadas marcas culturais diferenciadoras da população portuguesa e conferem a este contingente migratório, apesar da sua diversidade, uma identidade autónoma.

## Distribuição por estado civil

O estado civil casado (63,9%) predomina nesta população imigrante (Tabela 4). Porém, devido ao processo migratório, alguns destes indivíduos encontram-se separados do seu cônjuge e da sua família de pertença, pelo que este facto pode ser um factor de maior vulnerabilidade em termos de saúde e integração social.

TABELA 5 – Distribuição da população inquirida por estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Casado	108	63,9
Solteiro	31	18,3
Viúvo	4	2,4
Divorciado	15	8,9
União de facto	11	6,5
Total	169	100,0

## Distribuição da amostra por habilitações literárias

Relativamente às habilitações literárias da população inquirida, 36,1% detém uma Licenciatura e 44,4% um curso médio profissionalizante (Tabela 6). Estes dados confirmam a tendência de outros estudos que caracterizam a população imigrante da Europa de Leste como apresentando um nível de escolaridade superior ao de outros contingentes migratórios e mesmo à população portuguesa em geral. (Rosa, 2005).

TABELA 6 – Distribuição da população inquirida por habilitações literárias

Habilitações Literárias	Frequência	Percentagem
Ensino básico	7	4,1
Ensino secundário	22	13,0
Profissionalizante	75	44,4
Licenciatura	61	36,1
Total	165	97,6
Sem resposta	4	2,4
Total	169	100,0

## Condições de trabalho

A actividade laboral e as condições de trabalho influenciam significativamente as condições de saúde das populações imigrantes e condicionam as acessibilidades aos serviços e recursos em saúde. Relativamente à ocupação profissional, 18,9% dos inquiridos trabalham na construção civil, 19,5% trabalham na indústria e são operários, 14,8% trabalham em serviço doméstico (Tabela 7). Estes dados confirmam a tendência revelada noutros estudos: a elevada qualificação académica e profissional desta população não tem reflexos na inserção profissional – ocupam posições desqualificadas em sectores como a construção civil e, no caso das mulheres, serviços domésticos (Peixoto, 2004). Assim, quanto à inserção dos imigrantes da Europa de Leste no mercado de trabalho, este estudo revela que tendem maioritariamente a preencher o segmento de mercado secundário, caracterizado por trabalho precário e pouco qualificado, baixos salários e fracas perspectivas de carreira (Rosa, 2005).

Estes factores (nomeadamente a clivagem entre qualificações académicas e actividade laboral desenvolvida) podem conduzir a maiores níveis de *stress* ocupacional e ter um impacto significativo na saúde ocupacional desta população específica. Por outro lado a actividade laboral em sectores de risco, como a construção civil ou indústria pesada são factores que aumentam as vulnerabilidades em saúde, particularmente acidentes de trabalho.

TABELA 7 – Distribuição da população inquirida por ocupação profissional

Actividade	Frequência	Percentagem
Construção civil	32	18,9
Operário especializado	9	5,3
Operário indiferenciado	13	7,7
Indústria	11	6,5
Hotelaria	6	3,6
Serviço doméstico	25	14,8
Comércio	20	11,8
Profissional liberal	4	2,4
Empresário	2	1,2
Outra	42	24,8
Serviço doméstico/comércio	1	0,6
Sem resposta	4	2,4
Total	169	100,0

A situação laboral e a existência de um contrato de trabalho, para além de ser um importante factor de inserção socioeconómica, é um requisito para legalizar a situação de permanência em Portugal e aceder com mais facilidade aos recursos em saúde disponíveis.

Relativamente à situação laboral, a maior parte dos inquiridos tem uma relação laboral estável, com contrato de trabalho, 56,8% e 16% não tem contrato de trabalho (Tabela 8). Nota-se neste estudo uma evolução positiva relativamente a estudos anteriormente realizados, que indicavam um elevado índice de trabalhos precários e sem qualquer vínculo laboral (Hespanha *et al.*, 2002; Santana; 2003; Costa, 2004)

De realçar que 22,5% dos inquiridos estão desempregados, o que é bastante mais elevado que a taxa de desemprego nacional. Segundo informações colhidas junto de Associações de Imigrantes, a crise económica e de desemprego actualmente vividas em Portugal, sobretudo no sector da construção civil, dificulta o acesso ao trabalho. A situação laboral regularizada é condição de acesso à situação de legalização do processo de imigração e o estatuto jurídico dos imigrantes, assim como da sua integração social e acessibilidade aos recursos em saúde.

TABELA 8 – Distribuição da população inquirida por situação laboral

Situação laboral	Frequência	Percentagem
Desempregado	38	22,5
Sem contrato de trabalho	27	16,0
Com contrato de trabalho	96	56,8
Trabalhador por conta própria	5	3,0
Sem resposta	2	1,2
Total	169	100,0

Um outro factor com impacto nas condições de saúde e na utilização dos recursos disponíveis é o horário de trabalho. Segundo os inquiridos, 60,9% trabalha mais de 35 horas semanais e 13% entre 25 a 35 horas (Tabela 9). As condições laborais caracterizadas, pela mobilidade ou precariedade, com horários prolongados e muitas vezes em

regime de turnos, dificultam a acessibilidade aos cuidados de saúde primários devido aos horários destas unidades de saúde.

TABELA 9 – Distribuição da população inquirida por horário de trabalho semanal

Horas de trabalho semanais	Frequência	Percentagem
Sem horário	21	12,4
Menos de 25 horas	13	7,7
25 a 35 horas	22	13,0
Mais de 35 horas	103	60,9
Sem resposta	10	5,9
Total	169	100,0

### Problemas de saúde anteriores ao processo migratório

A existência de problemas de saúde anteriores ao processo migratório tem particular importância na determinação de necessidades específicas das populações migrantes e na forma como os recursos em saúde dos países de acolhimento respondem a estas necessidades. Para além dos riscos de saúde inerentes aos processos migratórios, os contingentes migratórios podem ter origem em algumas regiões do globo onde existam maior incidência de determinadas patologias do que no país de acolhimento, com impactos significativos na saúde destas populações mas também no próprio sistema de saúde da sociedade de acolhimento (OMS, 2004).

Neste estudo, a avaliação do estado de saúde anterior ao processo migratório corresponde a uma avaliação subjectiva que se integra na percepção individual sobre o estado de saúde. Dos inquiridos, 34,9% consideram-se saudáveis e referem não ter problemas de saúde anteriores ao processo migratório (Tabela 10). De entre estes, a distribuição por grupo etário permite determinar que são os indivíduos na faixa etária entre os 30 e os 40 anos quem tem uma maior percepção positiva sobre o seu estado de saúde. Os inquiridos referem um conjunto de problemas de saúde anteriores ao processo migratório para Portugal, distribuídos da seguinte forma:

TABELA 10 – Distribuição da população inquirida por problemas de saúde anteriores ao processo migratório

Patologias	Frequência	Porcentagem
Saudável	59	34,9
Hipertensão arterial	12	7,1
Diabetes	4	2,4
Cardiovasculares	7	4,0
Tuberculose Pulmonar	2	1,2
Renais	9	5,3
Gástricos e hepáticos	16	9,5
Dermatológicos	5	3,0
Psicológicos	4	2,4
Outros	29	17,2
Sem resposta	22	13,0
Total	169	100,0

As patologias mais referidas são o grupo de afecções não especificadas (outros *problemas* não especificados) 17,2% do total da população inquirida, sendo as afecções gástricas e hepáticas as imediatamente apontadas (9,5%), logo seguidas de hipertensão (7,1%) (Tabela 10). De notar que alguns inquiridos referem cumulativamente várias dificuldades ou problemas de saúde.

Se cruzarmos as patologias por grupo etário, verifica-se que existe uma relação entre a incidência de determinadas patologias e grupo etário. Verifica-se uma maior incidência de queixas de foro gástrico e hepático, seguida de afecções renais em inquiridos na faixa etária dos 19 aos 40 anos (Tabela 11).

TABELA 11 – Distribuição da população inquirida por problemas de saúde anteriores ao processo migratório/idade

Patologias	Idade					Total
	- de 18 anos	19 a 29 anos	30 a 40 anos	40 a 50 anos	+ de 50 anos	
Hipertensão	-	3	3	5	1	12
Diabetes	-	-	1	2	1	4
Cardiovasculares	1	2	2	2	-	7
Tuberculose	-	1	-	-	1	2
Renal	-	4	5	-	-	9
Gástricas e hepáticas	-	7	7	-	2	16
Dermatológicos	-	1	3	1	-	5
Psicológicos	-	-	1	3	-	4
Outros	1	5	14	6	3	29
Total	2	23	36	19	8	88

A hipertensão e os problemas psicológicos são referidos maioritariamente por população entre os 40 e 50 anos (Tabela 10). De notar que, a confirmar-

-se a recente tendência de aumento do grupo dos imigrantes com mais de cinquenta anos, será de esperar o aumento de patologias relacionadas com o envelhecimento.

### Padrões de comportamentos e hábitos de vigilância de saúde

Foram inquiridos alguns padrões de comportamento e hábitos de vigilância de saúde que podem ter impactos na saúde desta população e ser reveladores do acesso aos recursos em saúde disponíveis. Relativamente ao consumo regular de tabaco e bebidas alcoólicas, 34,9% (Tabela 11) da população inquirida refere consumo habitual de bebidas alcoólicas e 39,6% hábitos tabágicos (Tabela 12).

TABELA 12 – Distribuição da população inquirida por consumo regular de bebidas alcoólicas

Consumo bebidas alcoólicas	Frequência	Porcentagem
Sim	59	34,9
Não	105	62,1
Não respondeu	5	3,0
Total	169	100,0

TABELA 13 – Distribuição da população inquirida por hábitos tabágicos

Hábitos tabágicos	Frequência	Porcentagem
Sim	67	39,6
Não	99	58,6
Sem resposta	3	1,8
Total	169	100,0

Relativamente à *vigilância em saúde*, uma percentagem significativa dos inquiridos afirma vigiar regularmente a sua saúde (59,8%).

TABELA 14 – Distribuição da população inquirida por vigilância de saúde

Vigilância de Saúde	Frequência	Porcentagem
Sim	101	59,8
Não	66	39,1
Total	167	98,8
Sem resposta	2	1,2
Total	169	100,0

Estes dados, quando confrontados com outros comportamentos, não são confirmados. De facto, 68,6% não fazem vigilância da tensão arterial, 74,0% referem que não actualizam o calendário vacinal e apenas 24,3% realizam análises de rotina com regularidade.

TABELA 15 – Distribuição da população inquirida por vigilância da tensão arterial

Tensão Arterial	Frequência	Percentagem
Sim	52	30,8
Não	116	68,6
Total	168	99,4
Sem resposta	1	0,6
Total	169	100,0

TABELA 16 – Distribuição da população inquirida por calendário vacinal actualizado

Vacinas	Frequência	Percentagem
Sim	42	24,9
Não	125	74,0
Total	167	98,8
Sem resposta	2	1,2
Total	169	100,0

TABELA 17 – Distribuição da população inquirida por r análises de rotina

Análises de rotina	Frequência	Percentagem
Sim	41	24,3
Não	126	74,6
Total	167	98,8
Sem resposta	2	1,2
Total	169	100,0

### Utilização do SNS em Portugal

Uma parte significativa da população inquirida (75,7%) já utilizou os recursos do serviço nacional de saúde.

TABELA 18 – Distribuição da população inquirida por utilização do SNS

Acedeu ao SNS	Frequência	Percentagem
Sim	128	75,7
Não	41	24,3
Total	169	100,0

Observa-se que uma percentagem significativa de inquiridos já utilizou os recursos de saúde em Portugal (75,7%), o que está de acordo com outros estudos (Hespanha *et al.*, 2002; Santana, 2003; Sousa, 2003). Um dos factores desta acessibilidade elevada, comparativamente a outros grupos de imigrantes em Portugal, apesar da barreira linguística e burocrática, pode ser explicado pelas elevadas qualificações académicas ou mais elevado nível de literacia em saúde, que torna esta população imigrante mais apta a seleccionar e utilizar os recursos disponíveis. Outro factor pode ser a elevada incidência de patologias e acidentes de trabalho desta população específica (Santana, 2003).

#### a) Recursos utilizados

TABELA 19 – Distribuição da população inquirida por recursos de saúde utilizados

Recursos utilizados	Frequência	%
Centro de Saúde	70	41,4
Hospital	15	8,9
Farmácia	13	7,7
Médico particular	20	18,9
Médico da empresa	5	3,0
Amigo	4	2,4
Automedicação	24	14,2
Centro de Saúde, farmácia, hospital	4	2,4
Centro de Saúde/automedicação	3	1,8
Hospital, Médico particular, automedicação	3	1,8
Centro de Saúde, médico particular	4	2,4
Não respondeu	4	2,4
Total	169	100,0

Quando necessitam de cuidados ou vigilância de saúde, os imigrantes da Europa de Leste inquiridos recorrem prioritariamente aos Centros de Saúde (41,4%). Uma parte significativa desta população recorre cumulativamente a vários

recursos em saúde disponíveis, utilizando os que mais se adequam às necessidades específicas consoante o problema de saúde em causa.

Ao contrário de estudos anteriores sobre a acessibilidade desta população imigrante aos recursos em saúde, (Hespanha *et al.*, 2002; Sousa, 2003) nesta investigação, a utilização dos serviços hospitalares é considerada uma escolha de primeira linha apenas por 8,9% dos inquiridos. Este dado pode ser uma indicação de uma maior integração social. O recurso a amigos com conhecimentos em áreas da saúde ou a médicos particulares da mesma nacionalidade é uma outra forma importante de suprir as necessidades em saúde por parte desta população, quando não pode aceder ao SNS. O facto de existirem bastantes imigrantes da Europa de Leste com conhecimentos na área da saúde pode explicar estas redes de ajuda informal. De notar que a *automedicação*, isoladamente (14,2%) ou associada à utilização de outros recursos (17,8%) constitui a terceira forma mais frequentemente apontada na resolução das necessidades em saúde, o que é consistente com outros estudos exploratórios.

#### *b) Causas de utilização dos recursos de saúde*

Quanto aos principais motivos de utilização dos serviços de saúde em Portugal, 41,8% dos inquiridos referiram uma situação de doença; 14,2%, uma situação de acidente; e 5,4% acompanhamento durante a gravidez. A vigilância de saúde e actualização do calendário vacinal é o motivo referido por 8,8% dos inquiridos.

TABELA 20 – Distribuição da população inquirida por causas de utilização do SNS

Motivo de utilização do SNS	Frequência	Percentagem
Doença	57	41,8
Acidente	24	14,2
Gravidez	9	5,4
Vacinas	7	4,1
Vigilância de saúde	8	4,7
Medicamentos	6	3,6
Outro	11	6,5
Sem resposta	38	22,5
Total	169	100,0

## Discussão de resultados

O estudo realizado permite concluir que a população imigrante inquirida, oriunda da Europa de Leste a residir em Portugal, é uma população que se caracteriza, demograficamente como sendo constituída maioritariamente por indivíduos de nacionalidade ucraniana, do sexo masculino e adultos jovens em idade activa, o que indicia uma imigração essencialmente económica. Esta caracterização coincide com os vários estudos existentes e com as estatísticas oficiais de imigração em Portugal.

No entanto, este estudo indicia algumas modificações sócio-demográficas, relativamente a estudos anteriores. Observa-se um significativo aumento de imigrantes do sexo feminino, sós ou ao abrigo da reunificação familiar. Este facto tem implicações directas na acessibilidade aos cuidados de saúde e na utilização dos recursos disponíveis, visto existirem variações de género relativamente a estes factores. Por outro lado, o aumento do contingente migratório jovem feminino coloca questões específicas, relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, expressos no aumento da situação de gravidez e parto como uma das causas de acesso aos cuidados de saúde em Portugal. De notar também a presença, embora residual, de população imigrante com mais de 50 anos, que, segundo outras fontes, tenderá a aumentar, o que terá impactos nas estruturas de saúde. Estes aspectos demográficos devem ser aprofundados em posteriores investigações.

Este estudo confirma que a população imigrante da Europa de Leste é uma população com elevadas habilitações académicas, superiores à média nacional e à de outros contingentes imigratórios (Rosa, 2005). Este contingente migratório apresenta ainda uma especificidade, quando comparado com outros grupos de populações imigrantes a residir em Portugal – o facto de ser uma população com elevadas qualificações académicas, com uma percentagem significativa na área da saúde (Médicos, Enfermeiros) tem implicações directas nas estratégias de utilização dos recursos em saúde e na auto percepção da saúde, que necessitam de ser exploradas em futuras investigações.

Quanto às condições laborais, os resultados deste estudo permitem concluir que, comparativamente a estudos anteriores, se verifica uma maior inclusão social, em termos de mercado de trabalho, desta população específica. Da população inquirida, apesar de maioritariamente ter uma situação laboral estável, com contrato de trabalho, verifica-se que existe uma percentagem significativa de imigrantes em situação laboral instável (sem contrato de trabalho) ou desemprego. Por outro lado, as actividades profissionais desenvolvidas são pouco qualificadas, envolvem alguns riscos para a saúde ou eventual exposição a factores ambientais adversos (por exemplo, a construção civil ou indústria) e não estão de acordo com as elevadas qualificações académicas e formação profissional desta população, o que corrobora estudos anteriormente citados (Rosa, 2005). A clivagem entre qualificações académicas e a ocupação laboral desenvolvida tem impactos significativos na saúde dos indivíduos. Por um lado verifica-se uma exposição a ambientes laborais mais agressivos e exigentes do ponto de vista da actividade física em indivíduos que estavam habituados a profissões mais sedentárias e mais intelectuais; por outro lado os factores psicológicos e emocionais relacionados com a motivação profissional podem implicar níveis mais elevados de stress ocupacional. Os horários prolongados (64% dos inquiridos trabalham mais de 35 horas semanais) e muitas vezes em regime de turnos, dificultam a acessibilidade aos cuidados de saúde primários devido aos horários destas unidades de saúde. Estes factores laborais podem implicar que estas populações tenham problemas acrescidos de saúde ocupacional, stress ocupacional e uma maior vulnerabilidade em termos de riscos de saúde – o que está expresso nas elevadas taxas de utilização dos recursos em saúde, motivados por situações de doença aguda e acidentes de trabalho.

Relativamente ao estado de saúde anterior ao processo migratório, a população imigrante inquirida é maioritariamente saudável e refere não ter problemas de saúde prévios ao processo de migração para Portugal (34,9%). De notar no entanto que esta é uma avaliação subjectiva sobre o estado de saúde, que pode não corresponder

integralmente à realidade. De qualquer forma, este achado está de acordo com outros estudos internacionais sobre populações migrantes, particularmente em migrações de natureza económica, que revelam que as condições de saúde prévias à migração tendem a ser boas ou satisfatórias. Dito de outra forma, as pessoas com problemas de saúde muito graves ou incapacitantes, não têm condições de desenvolver um projecto migratório de natureza económica, que implica mobilização de um conjunto de recursos físicos e emocionais, o que conduz a que sejam os mais aptos quem emigra. No entanto, aparece referido um conjunto de patologias prévias ao processo migratório, que, embora com uma expressão reduzida, podem ter um impacto significativo nas necessidades específicas destes imigrantes relativamente a cuidados de saúde – nomeadamente problemas gástricos e hepáticos (9,5%) hipertensão arterial e problemas cardiovasculares (7,5%). Estes dados podem servir de referência a outros estudos mais aprofundados e ser cruzados com outros estudos internacionais que indiciam uma maior incidência de hipertensão arterial e queixas cardiovasculares em imigrantes russófonos, do que noutros grupos de imigrantes.

Quanto aos padrões de saúde e estilos de vida, observa-se que uma percentagem elevada de inquiridos refere hábitos tabágicos e alcoólicos. Os consumos alcoólicos, como traço cultural, sobretudo em imigrantes russófonos, têm sido apontados por outros estudos e podem eventualmente ser alvo de estudos ulteriores.

Uma percentagem significativa dos inquiridos já acedeu aos cuidados de saúde em Portugal. As principais causas são situações de doença aguda e acidentes de trabalho, seguidas de vigilância de saúde e gravidez. A elevada acessibilidade desta população aos recursos em saúde disponíveis deve ser objecto de análise mais detalhada em estudos ulteriores. Por um lado, parece existir uma incidência elevada de patologias e acidentes de trabalho numa população maioritariamente jovem (e sem graves problemas de saúde anteriores ao processo migratório) o que pode estar relacionado com factores inerentes aos processos migratórios e

a condições laborais ou a uma maior vulnerabilidade em saúde. Por outro lado, esta elevada acessibilidade aos recursos em saúde pode ser expressão de uma maior literacia em saúde, traduzida numa maior capacidade por parte desta população imigrante, em articular informação e aceder aos recursos disponíveis, apesar da barreira linguística. Neste contexto, tem relevância a noção de Literacia para a Saúde, como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos conseguirem o acesso, a compreensão e o uso da informação para que promovam e mantenham uma boa saúde (Carvalho, 2002). Elevados níveis de Literacia para a saúde permitem uma maior autonomia e *empowerment* e estão relacionados com uma maior capacidade de gestão pessoal de recursos em saúde.

Um dos achados deste estudo, que contraria outras investigações anteriores é uma tendência de mudança dos padrões de utilização dos recursos em saúde. Neste estudo, uma percentagem significativa de inquiridos indica o Centro de Saúde como a primeira linha de recurso em caso de problemas de saúde. Este dado necessita de ser validado por outros estudos e pode estar relacionado com vários factores. Por um lado, pode ser explicada pela tendência a uma cada vez maior integração sócio-comunitária, relativamente aos primeiros estudos exploratórios sobre a acessibilidade aos cuidados de saúde desta população imigrante específica (Hespanha *et al.*, 2002). Um outro factor a ser explorado tem a ver com as alterações na composição sócio-demográfica deste grupo, com uma recente tendência para a feminização deste contingente migratório e das reunificações familiares (Wall, Nunes, Matias, 2005).

As atitudes e comportamentos de saúde e doença variam com o género, assim como os padrões de utilização dos recursos em saúde. Inúmeros estudos sugerem que as mulheres tendem a fazer uma auto-avaliação menos positiva do seu estado de saúde que os homens e são as principais utilizadoras dos recursos de saúde, particularmente consultas médicas, práticas de vigilância regular de saúde e consumo de medicamentos, enquanto que

nos homens as taxas de hospitalização são superiores (Ferreira da Silva; Alves, 2003).

## Conclusões

A população Imigrante da Europa de Leste a residir em Portugal, apesar da sua diversidade, caracteriza-se por ser uma população jovem, em idade activa, predominantemente masculina (típica da imigração de tipo económico), com formação académica superior aos restantes contingentes migratórios e mesmo à população portuguesa.

Os padrões e as causas de utilização do serviço nacional de saúde (por doença e acidentes de trabalho) indiciam uma elevada vulnerabilidade em saúde por parte desta população. Neste estudo, foram identificados alguns factores relacionados com as condições de inserção sócio-comunitária, nomeadamente a inserção no mercado de trabalho que podem estar relacionadas com uma maior vulnerabilidade em saúde, nomeadamente, vínculos laborais precários, excesso de horário de trabalho, ocupação laboral não correspondente à qualificação académica. Outros factores identificados como os estilos de vida, baixos padrões de vigilância em saúde, eventualmente relacionados com factores culturais ou inerentes à dinâmica dos processos migratório, podem igualmente implicar uma maior vulnerabilidade por parte destas populações.

Daí a necessidade de desenvolver estudos ulteriores, mais abrangentes, que focalizem aspectos específicos que não foram aprofundados neste estudo e que permitam elaborar programas específicos que vão ao encontro das necessidades em saúde destas populações imigrantes.

## Bibliografia

BACKSTROM, B. (2002) – A saúde dos imigrantes em Portugal. In SOS RACISMO – **A imigração em Portugal: os movimentos humanos e culturais em Portugal**. Lisboa: SOS Racismo.

- BAGANHA, M. I., ed. lit. (1997) – **Immigration in Southern Europe**. Oeiras: Celta Editora.
- BAGANHA, M. I.; Góis, P. (1999) – Migrações internacionais de e para Portugal: o que sabemos e para onde vamos? **Revista Crítica de Ciências Sociais**. N.º 52/53, p. 229-280.
- BAGANHA, M. I.; MALHEIROS, J. M. (2002) – **Os movimentos migratórios e sua incidência no mercado de trabalho em Portugal**. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.
- BALEIRAS, J. S.; RAMOS, V. (1992) – A gestão da prática clínica pelo médico de família. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Vol. 9, n.º 4, p. 116-124.
- CARVALHO, G. S. (2002) – Literacia para a saúde. Um contributo para a redução da desigualdade em saúde. *In* COLÓQUIO INTERNACIONAL SAÚDE E DISCRIMINAÇÃO SOCIAL, Braga. **Saúde: as teias da discriminação social**. Braga: Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.
- COSTA, A. P. L. (2004) – **Tendências recentes da imigração em Portugal: o caso dos imigrantes da Europa de Leste na área metropolitana do Porto**. Porto: [s.n.]. Tese de mestrado.
- FERREIRA DA SILVA, L.; ALVES, F. (2002) – **A Saúde das mulheres em Portugal**. Porto: Edições Afrontamento.
- HESPAÑA, Pedro [et al.] (2002) – Imigrantes de Leste. **Horizontes Sociais**. N.º 2, p. 109-136.
- KAPLAN, M.; MARKS, G. (1990) – Adverse effects of acculturation: psychological distress among Mexican-American young adults. **Social Science & Medicine**. Vol. 31, p. 1313-1319.
- MONTEIRO, A. P. (2005) – Multiculturalismo e cuidados de enfermagem. **Pensar Enfermagem**. Vol. 9, n.º 1, p. 48-57.
- O'CONNOR (1998) – Healing practices. *In* LOUE, Sana, ed. lit. – **Handbook of immigrant health**. New York: Plenum Press.
- PEIXOTO, J. (2004) – **País de emigração ou país de imigração? Mudança e continuidade do regime migratório em Portugal** [Em linha]. Lisboa: SOCIUS - Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações. (Socius Working Papers; n.º 2). Disponível na Internet: <URL: <http://pascal.iseg.utl.pt/~socius/index.htm>>.
- PIRES, R. P. (2002) – Mudanças na imigração: uma análise das estatísticas da população estrangeira a residir em Portugal. **Sociologia, Problemas e Práticas**. N.º 39, p. 151-166.
- ROSA, M. J. V. (2005) – **(Des)encontro entre as migrações internacionais (laborais) e qualificações (escolares): o caso dos europeus de Leste a residir em Portugal**. Lisboa: SociNova Migration, Universidade Nova de Lisboa.
- ROSA, M. J. V.; SEABRA, H.; SANTOS, T. (2003) – **Contributos dos imigrantes na demografia portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira**. Lisboa: ACIME.
- SANTANA, V. (2003) – **Qualificação e inserção económica e social dos imigrantes do Leste: relatório final**. Lisboa: ACIME.
- SOUSA, X. F. (2003) – **A Oeste do paraíso: os imigrantes Ucrrianos em Portugal e os cuidados de saúde**. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado.
- WALL, Karin; NUNES, Cátia; MATIAS, Ana Raquel (2005) – **Female migration vision**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003) – **Sixth Meeting of the European National Counterparts for the WHO Mental Health Programme**. Report on a WHO Meeting. WHO Regional Office for Europe.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) – **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2004**. Geneva: WHO.