



**Universidade do Minho**

Escola de Economia E Gestão

Yuselma Albertina Rodrigues Constantino

**Perceções dos estudantes estrangeiros da  
Universidade do Minho sobre o Serviço  
Nacional de Saúde português.**

Junho de 2021



**Universidade do Minho**

Escola de Economia E Gestão

Yuselma Albertina Rodrigues Constantino

**Perceções dos estudantes estrangeiros da  
Universidade do Minho sobre o Serviço  
Nacional de Saúde português.**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da

**Professora Doutora Paula Veiga Benesch**

Junho 2021

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### ***Licença concedida aos utilizadores deste trabalho***



**Atribuição  
CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente ao bom Deus por toda sabedoria e graça durante essa jornada.

Ao Alberto e a Angelina meus amados pais, por tão grande incentivo em todos os momentos.

A Antonieta, ao Júnior, a Edvalina, ao Hermenegildo meus irmãos, por alegrarem o meu coração.

Ao Carlinhos minha “pessoinha” favorita.

A querida Prof Paula Veiga, por ter sido mais que professora, uma mãe, amiga e conselheira, pela sua incansável orientação, faltam-me palavras certas para expressar minha eterna gratidão.

Ao meu Luís Gomes por todo carinho, paciência e força impulsionadora durante a caminhada.

Ao Feliciano Sachilombo e a Esperança Ribeiro, sem vocês nada disto seria possível.

Aos rapazes da casa 29: Dr. Serafim Mwenho, Eng. Lucas Mvovi, Eng. Francisco dos Santos e ao Mestre Ezequiel Capita, pelos conselhos, pelos jantares e todas as gargalhadas que dei em vossa companhia.

Ao meu querido amigo e pastor Mauro Pedro obrigada por ser luz em minha vida.

Ao Daniel Santos, ao Joaquim Ventura, a Helmana dos Santos, a Carla Afonso, a Delfina, a Joana Pinheiro, a Margarida Sawambo, ao António dos Santos, muito obrigada.

A todos que contribuíram de forma direta ou indireta para que este trabalho se realizasse, agradeço com todo meu coração.

## **Declaração de integridade**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

# **Perceções dos estudantes estrangeiros da Universidade do Minho sobre o Serviço Nacional de Saúde português**

## **Resumo**

Nos últimos anos tem-se assistido a um crescente aumento do número de estudantes estrangeiros nas universidades portuguesas. A Universidade do Minho não é exceção. Uma dimensão muito importante para a integração de estudantes estrangeiros nas universidades e na sociedade portuguesas é o acesso aos cuidados de saúde, em particular aos cuidados de saúde públicos, prestados no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Os estudantes estrangeiros, em particular os estudantes não abrangidos pelo programa Erasmus enfrentam desafios, em geral partilhados com a restante população migrante no país. Embora a legislação para que este usufrua dos seus direitos fundamentais, a evidência de estudos anteriores com foco em populações migrantes, apontam para a persistência de fatores desmotivantes ou barreiras relacionadas ao acesso aos serviços de saúde. O objetivo de acesso dos estrangeiros aos cuidados de saúde, partilhado pelos sistemas de saúde europeus, tem imensas dimensões e desafios.

O objetivo deste trabalho é compreender as perceções dos estudantes estrangeiros da universidade do Minho sobre o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde, em particular no SNS. Para tal foi aplicado um questionário online, dirigido aos estudantes estrangeiros/internacionais em particular da Universidade do Minho, no período entre 20 de maio de 2020 a 07 de julho de 2020.

Os dados foram analisados com o programa estatístico SPSS. Os resultados indicam que  $\frac{3}{4}$  dos estudantes já utilizaram os serviços de saúde, principalmente para consultas de rotina e urgências. No entanto alguns estudantes percecionaram principalmente barreiras económicas e linguísticas durante o acesso aos serviços de saúde. Mas na sua maioria encontram-se satisfeitos com os serviços recebidos.

O estudo procura contribuir para a discussão sobre como melhorar o acesso dos estudantes, e refletir sobre medidas que poderiam melhorar o SNS e o papel da Universidade na promoção da saúde dos estudantes.

**Palavras-chave:** acesso aos cuidados de saúde, barreiras no acesso aos cuidados de saúde, mobilidade estudantil.

# **Perceptions of foreign students at the University of Minho about the Portuguese National Health Service**

## **Abstract**

In recent years there has been a growing increase in the number of foreign students in Portuguese universities. The University of Minho is no exception. A very important dimension for the integration of foreign students in Portuguese universities and society is access to health care, in particular to public health care, provided by the National Health Service (SNS).

Foreign students, particularly students not covered by the Erasmus program, face challenges, generally shared with the rest of the migrant population in the country. Although the legislation for them to enjoy their fundamental rights, evidence from previous studies focusing on migrant populations point to the persistence of demotivating factors or barriers related to access to health services. The goal of foreigners' access to healthcare, shared by European healthcare systems, has immense dimensions and challenges.

The aim of this work is to understand the perceptions of foreign students at the University of Minho about access to and quality of health care, particularly in the NHS. To this end, an online questionnaire was applied, addressed to foreign/international students in particular at the University of Minho, in the period between May 20th, 2020, and July 7th, 2020.

Data were analyzed using the SPSS statistical program. The results indicate that  $\frac{3}{4}$  of the students have already used the health services, mainly for routine and emergency consultations. However, some students mainly perceived economic and language barriers when accessing health services. But most are satisfied with the services received.

The study seeks to contribute to the discussion on how to improve student access and reflect on measures that could improve the NHS and the role of the University in promoting student health.

**Keywords:** access to healthcare, barriers to accessing healthcare, student mobility.

## **Índice**

Agradecimentos.....	ii
Declaração de integridade .....	iii
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Índice de Figuras .....	viii
Índice de Tabelas .....	xi
Índice de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos .....	xii
Introdução.....	1
Capítulo I – Migração e mobilidade estudantil em Portugal.....	3
1.1. Migração e suas variações.....	3
1.2. Estudantes estrangeiros em Portugal .....	6
1.2.1. Estudantes estrangeiros na Universidade do Minho.....	8
Capítulo II – Conceitos de saúde e fontes legais do direito a proteção e acesso a saúde .....	10
2.1. A saúde como direito.....	10
2.2. Legislação portuguesa sobre o acesso aos estrangeiros a saúde .....	11
2.3. Iniciativas para integração dos imigrantes ao acesso a saúde.....	15
Capítulo III - Acesso a saúde e barreiras relacionadas com o acesso à saúde.....	16
3.1. Conceitos de acesso à saúde.....	16
3.2. O estudante estrangeiro e a necessidades específicas de cuidados de saúde.....	18
3.3. Barreiras relacionadas com o acesso à saúde.....	19
3.3.1. Barreiras económicas, estruturais e organizacionais .....	19
3.3.2. Barreiras comunicacionais. ....	20
3.3.3. Barreiras Burocráticas e administrativas .....	21
3.3.4. Barreiras socioculturais e do indivíduo .....	22
3.4. Estudos sobre o acesso aos serviços de saúde dos imigrantes em Portugal.....	23
Capítulo IV - Estudo empírico .....	26
4.1. Enquadramento empírico. ....	26
4.2. Objetivos .....	26
4.3. Metodologia .....	26
4.4. Instrumento de medida .....	27



4.4.1 Pré-teste .....	28
4.5. População de estudo .....	28
4.6. Análise dos dados .....	29
4.6.1. Características demográficas socioeconómicas e perfil de saúde .....	30
4.6.1.1 Domínio da língua portuguesa .....	33
4.6.1.2. Tempo de estadia em Portugal .....	34
4.6.1.3. Estatuto do estudante .....	36
4.6.1.4. Estado de saúde .....	37
4.6.2. Conhecimentos sobre os serviços .....	39
4.6.2.1 Direitos de acesso .....	41
4.6.2.2 Fontes de informação .....	41
4.6.2.3. Taxas moderadoras .....	42
4.6.2.4. Seguros de saúde .....	43
4.6.3. Uso dos serviços de Saúde .....	45
4.6.4. Perceção durante o acesso .....	52
4.6.5. Perceção da qualidade dos serviços do SNS .....	57
4.6.6. Satisfação geral .....	61
4.6.7. Experiência na época de Covid-19 .....	64
5. Capítulo V – Conclusão .....	66
5.1. Ilações .....	66
5.2. Limitações .....	68
5.3. Sugestões futuras .....	68
Bibliografia .....	69
Anexos .....	77

## Índice de Figuras

Figura 1: População estrangeira residente no período 2009-2019. ....	7
Figura 2: Total de autorizações de residência para estudo no período 2012-2019 .....	7
Figura 3: Distribuição por sexo e total de estudantes estrangeiros inscritos no ensino superior nos anos letivos 2011/12 - 2017/18 .....	8
Figura 4: Estudantes estrangeiro na UMinho no período 2015/16-2019/20.....	9
Figura 5: Fluxograma de encaminhamento dos estrangeiros no sistema de saúde .....	14
Figura 6: Distribuição por sexo e ciclos dos estudantes estrangeiros matriculados na UMinho no ano letivo 2019/20 .....	29
Figura 7: Distribuição dos respondentes por grau académico em % .....	31
Figura 8: Distribuição dos estudantes por faixa etária .....	31
Figura 9: Ciclo de estudo e grupo etário em %.....	32
Figura 10: Distribuição dos estudantes por nacionalidade em % .....	32
Figura 11: Distribuição por domínio da língua portuguesa em % .....	33
Figura 12: Distribuição por composição do agregado familiar n° de crianças (<18 anos) em %.....	34
Figura 13: Composição do agregado familiar e o estado civil dos estudantes em % .....	34
Figura 14: Distribuição por as razões que levaram a sair de Portugal.....	35
Figura 15: Distribuição por tempo de residência em Portugal em % .....	36
Figura 16: Distribuição por estatuto do estudante em % .....	36
Figura 17: Distribuição por classificação da situação financeira do agregado familiar em Portugal em % .....	37
.....	37
Figura 18: Estatuto do estudante e a sua situação financeira em %.....	37
Figura 19: Distribuição por classificação do estado de saúde no momento que se encontrava em Portugal em % .....	38
Figura 20: Distribuição por classificação da alteração do estado de saúde durante a estadia em Portugal em % .....	38
Figura 21: Alteração do estado de saúde e a situação financeira em % .....	39
Figura 22: Alteração do estado de saúde e tempo de residência em Portugal em % .....	39
Figura 23: Conhecimento do conhecimento da existência do SNS24 e o tempo de residência em Portugal em % .....	40
Figura 24: Distribuição sobre a obtenção de informação sobre os direitos de acesso aos cuidados de saúde no SNS .....	41

Figura 25: Distribuição por fonte de informação sobre o acesso aos serviços de saúde em Portugal em %.....	42
Figura 26: Estatuto do estudante e a isenção dos copagamentos em %.....	43
Figura 27: Antiguidade no país e ter médico de família em %.....	43
Figura 28: Situação financeira e a obtenção de seguro de saúde privado em %.....	44
Figura 29: Seguro de saúde e o estado de saúde em %.....	44
Figura 30: Estado de saúde em Portugal e a obtenção de seguro de saúde privado em %.....	44
Figura 31: Faixa etária e a obtenção de seguro de saúde privado em %.....	45
Figura 32: Grupo de origem e a obtenção de seguro de saúde privado em %.....	45
Figura 33: Uso dos serviços de saúde e idade em %.....	46
Figura 34: Uso dos serviços de saúde e o tempo de residência em %.....	46
Figura 35: Uso dos serviços de saúde e o estado civil em %.....	47
Figura 36: Uso dos serviços de saúde e a situação financeira em %.....	47
Figura 37: Uso dos serviços de saúde e a isenção de copagamentos em %.....	48
Figura 38: Distribuição por razões para nunca ter usado os serviços de saúde em %.....	48
Figura 39: Distribuição por tipo serviços e frequência de uso dos serviços de saúde em %.....	49
Figura 40: Uso dos serviços do centro de saúde do SNS e atribuição de médico de família em %.....	50
Figura 41: Uso dos serviços do centro de saúde da UMinho e o ciclo de estudo em %.....	50
Figura 42: Uso dos serviços de saúde privados e a ter seguro de saúde privado em %.....	51
Figura 43: Uso dos serviços do SNS24 e o grupo de origem em %.....	51
Figura 44: Distribuição por razões/motivos que os levou a recorrer ao uso dos serviços de saúde em %.....	52
Figura 45: Avaliação da comunicação dos profissionais de saúde entre os sexos em %.....	55
Figura 46: Dificuldade em seguir os tratamentos e a situação financeira em %.....	56
Figura 47: Dificuldades financeiras para pagar os cuidados de saúde e a isenção de copagamento em %.....	56
Figura 48: Dificuldades em seguir tratamentos por dificuldades económicas e a isenção de copagamento em %.....	57
Figura 49: Avaliação do recebimento de informação suficientes e o tempo de residência no país em %.....	60
Figura 50: Uso dos serviços para consultas de rotina, situações de urgências e a avaliação da facilidade de marcação de consulta em %.....	60

Figura 51: Sexo dos estudantes e concordância sobre a preparação do sistema para acolher os estrangeiros em %.	61
Figura 52: Avaliação do nível de satisfação com os Cuidados de saúde recebidos em Portugal.	61
Figura 53: Nível de satisfação com os cuidados recebidos e o sexo em %.	62
Figura 54: Alteração do estado de saúde e o nível de satisfação com os cuidados recebidos em %...	62
Figura 55: Tempo de residência no país e o nível de satisfação com os cuidados recebidos em%.....	63

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Residência atual dos estudantes e tempo em que saiu de Portugal .....	35
Tabela 2: Distribuição sobre ter ouvido falar do SNS .....	40
Tabela 3: Informações obtida sobre onde recorrer em caso de estar doente .....	40
Tabela 4: Isenção das taxas e atribuição de medico de família .....	42
Tabela 5: Perceção de barreiras na utilização dos serviços do SNS.....	53
Tabela 6: Avaliação da compreensão do funcionamento do sistema de saúde e o grupo de origem (n=59).....	54
Tabela 7: Nível de língua portuguesa falado e a avaliação da comunicação com os profissionais de saúde.....	54
Tabela 8: Correlação entre as barreiras discriminatórias (coeficiente de Spearman).....	55
Tabela 9: Perceção da qualidade dos serviços do SNS. ....	58
Tabela 10: Correlação das perceções da qualidade dos serviços. ....	59
Tabela 11: Correlação da satisfação com os serviços e barreiras discriminatórias.....	63
Tabela 12: Correlação da perceção da qualidade dos serviços e o nível de satisfação. ....	64
Tabela 13: Experiência em época de Covid-19 .....	64
Tabela 14: Uso dos serviços de saúde por Covid-19 e estadia em Portugal durante a crise de Covid-19	65

## **Índice de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

ACM – Alto-Comissário para as Migrações

CESD – Cartão Europeu de Seguro de Doença

CLAIM – Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes

CMMI – Comissão Mundial sobre Migrações Internacionais

CNAIM – Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes

CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa

EEE – Espaço Económico Europeu

ERS – Entidade Reguladora de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico

OM – Observatório das Migrações

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

UMinho – Universidade do Minho

## **Introdução**

Nos últimos anos as universidades portuguesas têm registado um aumento da procura por parte de estudantes estrangeiros. Os diferentes grupos de estudantes têm diferentes durações de estadia e diferentes enquadramentos legais. Neste estudo enquadrámos os estudantes estrangeiros como pertencentes ao grupo de migrantes, independente do tempo de duração de sua formação ou do enquadramento da sua experiência (Internacional, Acordos de cooperação ou Erasmus). Este movimento de pessoas, com enquadramentos legais diferentes, tem cada vez mais heterogeneidade cultural.

Um aspeto relevante para a experiência de estudar noutro país e para a integração dos estudantes é o acesso aos cuidados de saúde. Em Portugal, a legislação garante o acesso aos cuidados de saúde públicos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a todos os residentes, de forma parcialmente gratuita, inclusive residentes imigrantes. No entanto, várias barreiras podem afetar o efetivo acesso.

Vários estudos têm sido realizados sobre o estado de saúde e sobre as barreiras e perceções de acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes em Portugal. Embora, possam ser incluídos no grupo dos imigrantes, há poucos estudos sobre os estudantes estrangeiros em particular

O nosso estudo centra-se nas experiências e perceções dos estudantes estrangeiros na Universidade do Minho, relativamente aos cuidados de saúde, em particular no SNS. O objetivo do nosso estudo é compreender o acesso à informação, o uso dos serviços, as perceções sobre as barreiras, assim como o grau de satisfação pelos cuidados recebidos.

Para atingir o objetivo que nos propusemos, usamos um inquérito como instrumento de recolha de informação e recorreremos a métodos quantitativos para análise dos dados.

O trabalho está organizado em 5 capítulos. No capítulo I são apresentados os principais conceitos relacionados com a migração, suas variações e a mobilidade de estudantes em Portugal. No capítulo II é exposto a saúde como um direito e as principais fontes desse direito. No capítulo III apresentamos o acesso a saúde, as barreiras relacionadas com o acesso e estudos relacionados ao acesso a saúde. No capítulo IV apresentamos o estudo empírico e os resultados. E por último, no capítulo V discutimos as principais conclusões, limitações e sugestões para trabalhos futuros.

Os resultados indicam que  $\frac{1}{4}$  dos estudantes nunca utilizaram os serviços de saúde. Mas os estudantes que usaram percecionaram principalmente barreiras económicas e linguísticas. Apesar de

identificarem dificuldades, a maioria dos estudantes reporta estar satisfeito com os serviços de saúde em Portugal.

Consideramos que este trabalho pode contribuir para um melhor conhecimento da temática, que permita um melhor desenho de políticas públicas de saúde e de gestão das unidades de saúde e facilite a integração dos estudantes estrangeiros.

Acreditamos que existe necessidade de mais estudos sobre este tema que possam responder as questões que não foram possíveis neste trabalho.



## **Capítulo I – Migração e mobilidade estudantil em Portugal**

Neste capítulo serão abordados os conceitos de migração e suas variações, tendo em conta os vários conceitos definidos por diversos autores. Ainda fazemos referência a mobilidade estudantil e a evolução dos estudantes estrangeiros em Portugal e na universidade do Minho em particular, que é revelante para este estudo.

### **1.1. Migração e suas variações**

Com o desenvolvimento da tecnologia e com o aumento da facilidade de locomoção, os movimentos migratórios têm vindo a aumentar. O fenómeno não é, no entanto, novo. Desde sempre o Homem move-se de um lugar para o outro no planeta para explorar novas regiões, em busca de conhecimento ou por melhores condições de vida.

A legislação internacional, regionais e nacionais tem crescido, procurando adaptar-se às alterações das características dos movimentos de pessoas e procurando defender os direitos dos migrantes. Um importante marco é, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), que consagra no Artigo 13º, a Liberdade de movimento. Esta liberdade é reforçada, em 1966, no Artigo 12º do Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (ONU, 1966; Lei n.º 29/78 de 12 de Junho) que confere a toda pessoa o direito de deixar qualquer país, incluindo seu próprio país. Este direito deu ao homem ainda maior liberdade de transpor fronteiras definidas, desde que respeitando as leis de cada país.

Apesar da importância do fenómeno não há consenso sobre a sua definição e em particular os seus limites. Têm sido formuladas muitas propostas para definir o conceito “migrações”, mas nenhuma parece ser capaz de comportar a complexidade do conceito. O conceito “migrante” é também difícil de definir.

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu migração:

“Migrante é todo aquele que ao ir para outro país muda a sua residência habitual (...) que a migração é uma mudança de espaços político-administrativos com alguma duração, por implicar uma alteração de residência, e permitindo assim uma distinção entre migrações e outras formas de mobilidade que não têm implícita essa mudança de residência” (citado por Nolasco, 2016, p. 3).

Esta definição é adotada, na sua essência, pelo do Instituto Nacional de Estatística português (INE), que define migração como sendo “*deslocação de uma pessoa através de um determinado limite espacial, com intenção de mudar de residência de forma temporária ou permanente*” (INE, 2003).

Estas definições diferenciam, a migração internacional dos outros tipos de mobilidade que não implicam a mudança de residência, são transitórias, e não implicam reorganização social nem redefinição das relações pessoais, como os movimentos turísticos, as viagens de negócios e as deslocações religiosas (OIM 2009; Nadã, 2012; Nolasco, 2016). Importa também distinguir migrações internacionais da migração interna, como é exemplo a migração no interior de um país (INE, 2003). Na literatura há ainda propostas que limitam ou acrescentam complexidade à definição. Por exemplo (O'Donnell, 2018) nota a característica do movimento migratório poder ser independente da vontade dos indivíduos. Para o autor o migrante internacional é quem tenha transitado ou atravessado uma fronteira internacional independente do seu estatuto legal, da deslocação ser voluntária ou involuntária, das causas e da duração de sua estadia.

Dada a complexidade dos movimentos migratórios internacionais, eles são difíceis de categorizar. A Comissão Mundial sobre as Migrações Internacionais (CMMI) classificou-os em diferentes grupos, regulares ou irregulares, trabalhadores qualificados ou não-qualificado, residentes permanentes ou imigrantes temporários, estudante imigrante, imigrante que se vem juntar à família, imigrante em trânsito, requerente de asilo ou refugiado. A CMMI (2005) nota ainda, que os imigrantes podem mudar de grupo conforme o tempo ou a necessidade.

Tanto o imigrante quanto a sociedade que o acolhe passam por processos de integração, caracterizado pelo envolvimento entre as partes, mas também por modificações nos valores e comportamentos. O imigrante passa a vivenciar suas experiências de transformação logo que chega ao país de destino onde é esperado que ocorra ao longo do tempo a socialização e a participação ativa na sociedade, através do desenvolvimento da sua capacidade de comunicar na língua local, na motivação de adaptação, superação do choque cultural e flexibilidade (Bilotserkovets, et al., 2020). Cada grupo de imigrantes é visto de forma diferente pela sociedade de acolhimento devido a factos históricos, étnicos, culturais e económicos, existe ainda uma falsa definição de “imigrante bom” ou “imigrante mau” (Nadã, 2012; Nascimento, 2013; Iorio, 2018).

De particular importância para este estudo, importa discutir movimentos dos estudantes no quadro da migrações. O enquadramento do estudante internacional no contexto dos movimentos migratórios é vulgarmente aceite na literatura (Iorio (2018), García (1992), citado por Nadã (2012), Nadã (2012). Iorio (2018) refere que os processos burocráticos que os estudantes migrantes passam

são, em geral, semelhantes ao migrante não estudante. O processo de integração também é comum (Fonseca, et al, 2015). García (1992), citado por Nadã (2012), também nota que apesar de poder ser temporária e com um objetivo diferente (adquirir conhecimento) da maioria dos imigrantes, a condição de estudante estrangeiro está associada ao fenômeno de imigração.

O movimento dos estudantes internacionais, tal como em geral as migrações, está estreitamente ligado com os laços históricos, culturais e linguísticos com o país de destino (Verbik & Lasanowski, 2007; Ploner & Nadã, 2020). Para Nadã (2012) as motivações<sup>1</sup> de migração estudantil são em muitos casos semelhantes as dos migrantes “comuns”, como migrar em busca de melhores condições de vida, económicas ou de trabalho diferente do seu país de origem. O autor nota, no entanto, que o estudante migrante muitas vezes não possui estas motivações, como por exemplo o caso dos estudantes migrantes dentro da União Europeia. Apesar dos novos enquadramentos e das novas designações, o estudante estrangeiro não deixará de estar inserido no âmbito da migração.

Nos novos enquadramentos, sobressai o programa de mobilidade Erasmus, promovido na Europa com o objetivo de facilitar a mobilidade estudantil e de forma a tornar o ensino superior europeu mais inclusivo, acessível, atraente e competitivo em todo mundo. O Programa Erasmus+ trouxe uma cooperação mais intensa e estruturada entre as instituições de ensino superior europeias (Comissão Europeia, 2018). Neste contexto, King, et al. (2010) distinguem “mobilidade” de “migração”. De acordo com os autores, a mobilidade estudantil internacional é um movimento temporário de curta duração, caracterizado principalmente pelos programas de mobilidade como o Erasmus. Por outro lado, a migração estudantil é um movimento de permanência de longa duração, frequentemente considerada quando o estudante muda para o país de acolhimento com intuito único de estudar ou, quando depois de algum tempo de permanência, troca o seu visto de estudante de curta para o de longa duração.

Oliveira (2012) considera que a mobilidade estudantil pode estar subdividida em duas categorias: a espontânea e a organizada. A espontânea decorre da iniciativa do próprio estudante (sem apoio financeiro de alguma estrutura organizada) a inscrever-se numa instituição de ensino superior. E a mobilidade organizada que é caracterizada por incentivos de uma determinada instituição, que é o caso dos estudantes dos programas de mobilidade (Erasmus, ou bolseiros tanto do país de origem como de qualquer outro programa de cooperação). Ainda para Oliveira (2012), a mobilidade pode ainda ser classificada segundo o seu tempo de duração. De acordo com o relatório da Organização

---

<sup>1</sup> Os estudantes migram porque as universidades do país de origem não possuem vagas suficientes, capital intelectual, formação nos cursos pretendidos, ou ainda motivados pelas vantagens do intercâmbio académico, programas de investigação, por campus *studentis* realmente diferenciados, pelas diversas formas estratégicas de atração que as instituições de ensino superior e os governos têm criado para atrair mais estudantes, e ainda pela formação superior académica feita no exterior poder garantir maior empregabilidade no país de origem.

para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) optou-se pelo termo “estudantes internacionais” para referir-se a alunos que cruzaram fronteiras expressamente com a intenção de estudar e pelo termo “estudante estrangeiro” para referir-se aos indivíduos que em algum momento da sua vida decidem ingressar numa instituição de ensino superior no país de imigração<sup>2</sup> (OCDE, 2007).

Nos estudantes universitários, o processo de integração é institucionalizado pela universidade de acolhimento. A universidade é assim um agente de inclusão para o estudante estrangeiro. A integração académica é uma forma de inclusão social, mas não pode ser separada da integração social, pois ambas influenciam as experiências do estudante estrangeiro na sociedade de acolhimento (Nadã, 2012; Nascimento, 2013).

O acesso à saúde é porventura um dos principais aspetos da integração condigna dos migrantes. Para efeitos de definição de políticas públicas de promoção do acesso aos cuidados de saúde, dos diferentes movimentos de estudantes apesar de enquadramento legal diferente, levantam desafios semelhantes pelo que optámos por os tratar em conjunto.

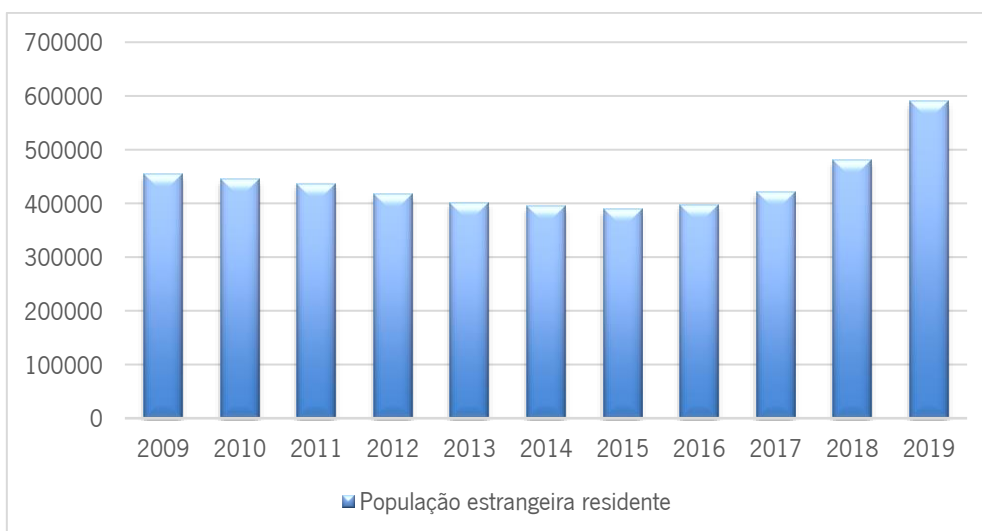
## **1.2. Estudantes estrangeiros em Portugal**

Nos últimos anos, Portugal tem apresentado variações na dimensão da população estrangeira residente, que ocorrem pelas alterações legislativas e económicas do país (RIFA, 2009). Como podemos observar na Figura 1 os anos anteriores a 2015 foram de queda constante da população estrangeira residente. Mas a partir de 2016, até ao ano 2019, manteve-se o acréscimo da população estrangeira (RIFA, 2016). A contribuir para este acréscimo está o reconhecimento de Portugal como um país seguro, as vantagens fiscais decorrentes do regime para o residente não habitual, as alterações à lei da nacionalidade, o estatuto de igualdade com países com laços históricos, bem como outras iniciativas para a integração e inclusão da população estrangeira (RIFA, 2016). Em 2019, a população imigrante residente era de 590.348 indivíduos, o que representa um crescimento de +23% em relação a 2018 (RIFA, 2019). A distribuição geográfica da população imigrante não se alterou muito ao longo do período observado. A maioria reside no litoral, sendo que 68,6% residem nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> UNESCO Data for the Sustainable Development Goals. Consultado em 20 Abril 2020. Disponível em: <http://uis.unesco.org/en/glossary-term/international-or-internationally-mobile-students>

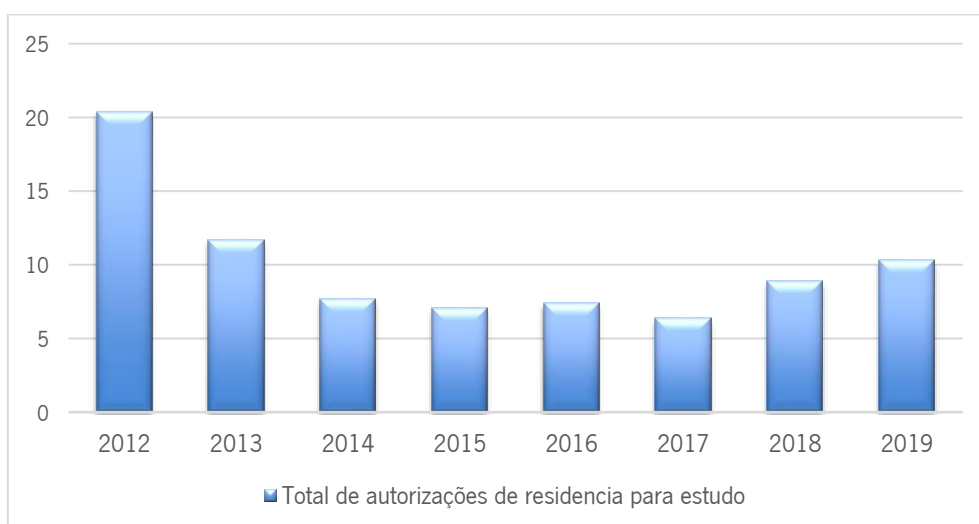
<sup>3</sup> Esta distribuição acompanha, as oportunidades de emprego, valorização profissional, educacional e melhores condições de vida criadas pela dinâmica destas cidades (RIFA, 2019)



**Figura 1:** População estrangeira residente no período 2009-2019.

Fonte: Elaboração própria com dados obtidos do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)

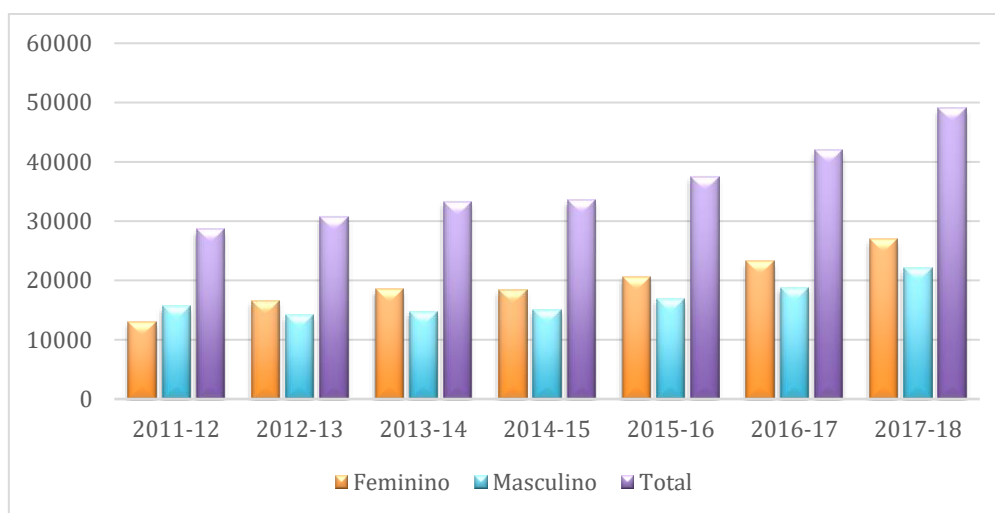
Em Portugal, a concessão de autorização de residência, em 2019, por razões de estudo representava cerca de 10,3% do total de pedidos de residência (RIFA, 2019). O ano em que se registou um maior número de pedidos de autorização de residência por estudo foi em 2012 (Figura 2), com 20,4% do total de pedidos de autorização de residência para estudar (11,7% em 2013, 7,7% em 2014, 7,1% em 2015, 7,4% em 2016, 6,4% em 2017, 8,9% em 2018).



**Figura 2:** Total de autorizações de residência para estudo no período 2012-2019

Fonte: Elaboração própria com dados obtidos do SEF

Podemos observar na Figura 3, a evolução dos estudantes estrangeiros inscritos no ensino superior nos anos letivos 2011/12-2017/18. Segundo consta no relatório estatístico anual 2019 do Observatório das Migrações (OM), no ano letivo 2017/2018 foram registados 49.015 estudantes estrangeiros inscritos no ensino superior, que corresponde 13,1% do total de todos estudantes do ensino superior. A maioria estudantes do sexo femininos (55%). A origem dos alunos compreende 170 nacionalidades diferentes onde 53,2% são de nacionalidade de países pertencentes à Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e 32,6% pertencentes à União Europeia (UE) (RIFA, 2009, 2012, 2019; Oliveira & Gomes, 2019).



**Figura 3:** Distribuição por sexo e total de estudantes estrangeiros inscritos no ensino superior nos anos letivos 2011/12 - 2017/18

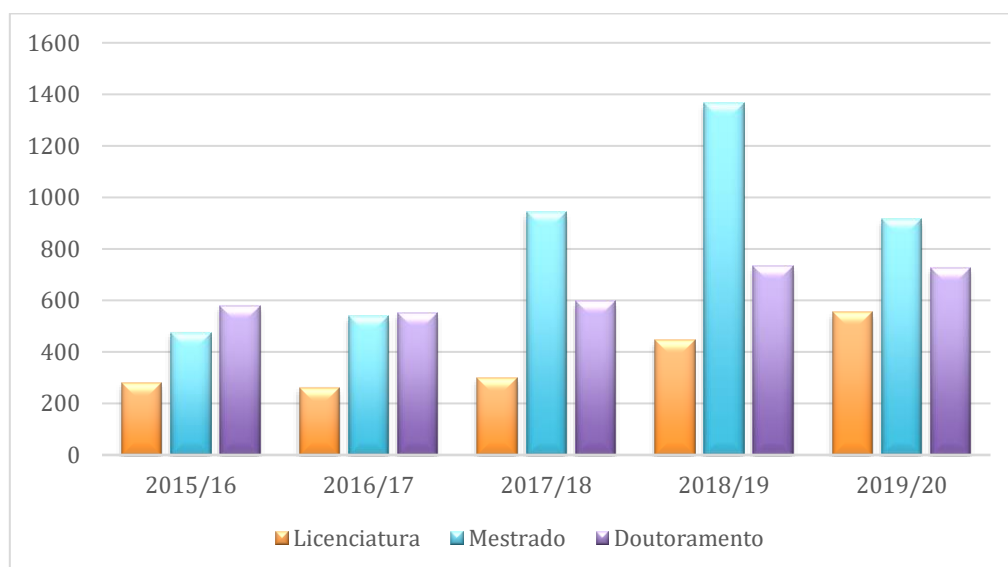
Fonte: Elaboração própria com dados obtidos no relatório anual 2019 da OM

### 1.2.1. Estudantes estrangeiros na Universidade do Minho

Tem sido objetivo das universidades atrair cada vez mais estudantes internacionais e com maior diversidade, criando assim estratégias internas para capturá-los seja através a criação de cursos em outros idiomas, seja pelo desenvolvimento tecnológico (Van Mol, 2010; Oliveira, 2012; Lino, 2018; Monteiro, 2018). Este objetivo decorre não apenas da potencial contribuição financeira que os estudantes internacionais trazem às instituições de ensino superior ou para que a universidade possa subir posições nos rankings de classificação internacional, mas também para que esta seja um meio de recrutar imigrantes altamente qualificados para o próprio país. Os estudantes estrangeiros atraem mais estudantes e mais visitantes, abrindo por esta via o incentivo ao turismo local, por isso é visível cada vez mais o envolvimento de estudantes e docentes nos mais diversos programas de mobilidade

internacional (Van Mol, 2010; Fonseca, et al., 2015; Monteiro, 2018; Valieva, et al., 2019; Ploner & Nadã, 2020).

De acordo com os dados obtidos através do Serviços Académicos da Universidade do Minho (UMinho) dos anos letivos de 2015/16 a 2019/20, o número de estudantes estrangeiros inscritos na UMinho tanto em licenciatura/mestrado integrado, mestrado e doutoramento foi de aproximadamente 9261 estudantes, de 104 nacionalidades diferentes. As 10 nacionalidades mais representadas eram: Brasil com 54%, Angola com 8%, Cabo Verde 5,2%, China 3,8%, Espanha 2,5%, Irão 2,4%, Timor-Leste 2%, Moçambique 1,9%, Itália 1,7%, França 1,1% e Guiné-Bissau 1%. As escolas com mais inscritos foram Escola de Engenharia com 26%, Escola de Economia com 17,2%, Escola de Educação com 13,3% e a Escola de Direito com 12% de estudantes estrangeiros inscritos. Quanto às características dos estudantes, a maioria é do sexo feminino (53%) e 69,2% dos estudantes eram solteiros. A Figura 4 representa a evolução dos dados.



**Figura 4:** Estudantes estrangeiro na UMinho no período 2015/16-2019/20  
Fonte: Elaboração própria com dados obtidos dos serviços académicos da UMinho

## **Capítulo II – Conceitos de saúde e fontes legais do direito a proteção e acesso a saúde**

No presente capítulo discutimos o conceito de saúde e apresentamos as principais fontes internacional sobre o direito a proteção da saúde. Destacamos as principais legislações portuguesa sobre direito a proteção da saúde, acesso aos estrangeiros aos serviços de saúde e as iniciativas de integração aos estrangeiros.

### **2.1. A saúde como direito**

Não existe um conceito único para definir saúde ou doença. Os conceitos saúde/doença desde muito que estão estreitamente ligados a aspetos culturais, temporais, sociais e económicos, (Scliar, 2007; Santos 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 definiu saúde como o bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença. Em 1986, a OMS reformulou a definição de saúde como "*extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve*" (Sousa, 2006, p.57).

Decorrente do conceito lato de saúde, o direito à saúde não é apenas entendido como o direito a ser saudável, mas está relacionado com vários outros direitos humanos, tais como: o princípio da dignidade humana, o princípio da igualdade e em particular com o direito à vida. Inclui direito de uma pessoa poder controlar sua própria saúde e corpo, incluindo a liberdade sexual e reprodutiva, bem como o direito de não ser violado, o direito de não ser submetido a tortura, tratamento e experiência, ser sujeito a condições/atos médicos sem consentimento. Por outro lado, os direitos incluem o direito a usufruir de um sistema de proteção à saúde, que proporcione às pessoas oportunidades iguais de obter melhores condições de saúde (OMS, 2000). Estes conceitos, reforçaram a responsabilidade governamental na provisão da saúde (promover e proteger) e a importância da participação das pessoas e comunidades no planeamento e implementação dos cuidados à saúde, pois a sua manutenção é não somente responsabilidade individual como coletiva (Scliar, 2007).

O direito à saúde possui uma grande amplitude, por isso, depende do enquadramento das políticas e recursos disponíveis num dado tempo e numa dada sociedade (OMS, 2000). Internacionalmente o direito à saúde e proteção da mesma é assegurado em vários tratados internacionais. O Art. 25º nº1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) declara que toda pessoa tem direito a um padrão suficiente de vida para garantir saúde e bem-estar a si e a sua família. No Art. 12º nº 1 do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais



(Lei n.º 45/78 de 11 de Julho) pode-se ler “(...) *no presente Pacto reconhecem o direito de toda a pessoa gozar das melhores condições possíveis de saúde física e mental*”

Na parte I n.º 11 da Carta Social Europeia (Resolução da Assembleia da República n.º 21/91) é declarado que todas as pessoas têm o direito de se favorecer de todas as medidas para se beneficiar da melhor saúde que podem alcançar. O Art. 35.º Carta dos direitos fundamentais da União Europeia (Resolução da Assembleia da República n.º 69/2000) reafirma que todas as pessoas têm o direito ao acesso a prevenção da saúde e se beneficiar de cuidados médicos de acordo com as leis e práticas nacionais. Na definição e implementação de qualquer política e ações da União, é assegurada uma alta proteção da saúde humana. E finalmente na Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu consagra o exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

## **2.2. Legislação portuguesa sobre o acesso aos estrangeiros a saúde**

No n.º 1 do Art. 64.º do Decreto de aprovação da Constituição da República Portuguesa, pode-se ler que “*todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*”. Os cuidados de saúde são ainda baseados nos princípios da universalidade, generalidade e da tendência para a gratuitidade de acordo com a Constituição da República Portuguesa, mais especificamente com a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º. O direito constitucional à proteção da saúde é assegurado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), com financiamento e prestação públicas de cuidados (Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro; Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro; Lei de Bases da Saúde 48/90 de 24 de Agosto; Lei n.º 95/2019 de 4 de Setembro).

Na lei de bases Base XXV da Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto para a Lei n.º 95/2019 de 4 de Setembro, a Base pode-se ler que, além dos cidadãos portugueses:

“São igualmente beneficiários do SNS os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável.”

Um conjunto de outras normas definem o processo de acesso. De forma geral, para os cidadãos estrangeiros acederem aos serviços de saúde, o processo de admissão aos serviços começa pela inscrição no Centro de saúde da área onde reside e a aquisição do número de utente. O Regime Jurídico dos Centros de Saúde, de 1999, prevê que todos os utentes possam inscrever-se no centro de saúde que desejarem – existindo, porém, prioridade em situações de escassez de recursos, para os

habitantes na zona correspondente – assim como escolherem o médico de família (Números 3 e 4 do artigo n.º 5 do Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio)

Os imigrantes com residência permanente em Portugal, estão sujeitos aos mesmos princípios e normas aplicáveis à população em geral em matéria de pagamento e de isenção de taxas moderadoras nos termos consignados na legislação em vigor. Estão isentos do pagamento de taxa moderadoras, os indivíduos com maior debilidade económica e alguns grupos da população, independentemente da sua condição económica (grávidas e parturientes; as crianças até aos 12 anos de idade; pacientes com um grau de incapacidade igual ou superior a 60%; bombeiros, entre outros) (Artigo n.º4 do Decreto-Lei n.º113/2011 de 29 de Novembro).

Relativamente à comunidade estrangeira com residência temporária em Portugal, o enquadramento em termos de pagamento dos serviços de saúde para cada utente pode ser diferenciado, dependendo dos acordos de cooperação que existem entre Portugal e países terceiros. Assim sendo, de forma a facilitar os profissionais de saúde e a população estrangeira em regime temporário, foi criado o Manual de acolhimento no acesso ao sistema de saúde de cidadãos estrangeiros (Caetano, et al., 2013). A Figura 5 apresenta o fluxograma de encaminhamento dos estrangeiros no sistema de saúde, em que podemos destacar os seguintes acordos:

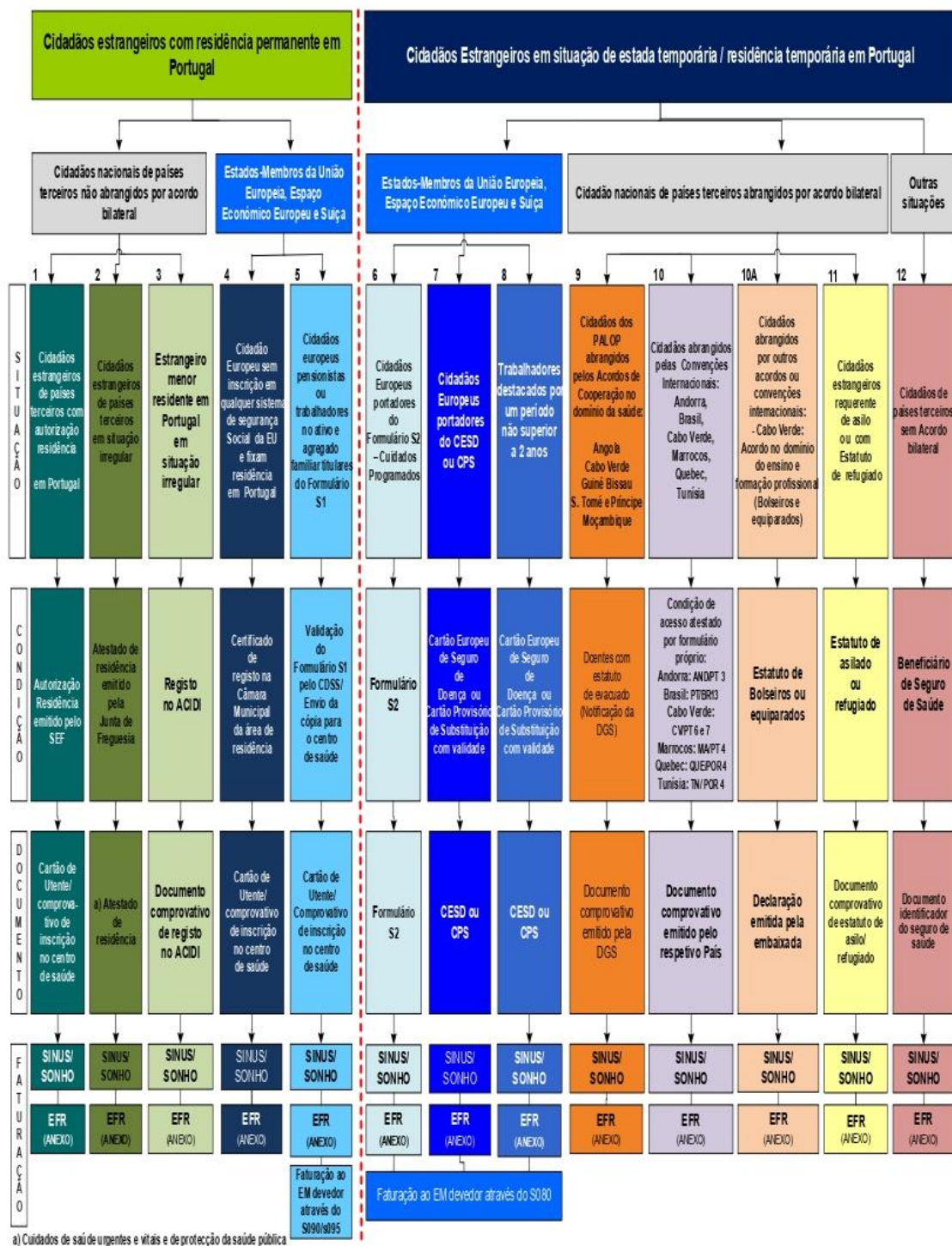
- i) Acesso ao sistema de saúde de cidadãos nacionais dos Estados-Membros da UE, Espaço Económico Europeu (EEE) e Suíça, com estadia fixa em Portugal: Quando estes possuem inscrição no sistema de segurança social português, tornam-se utentes do SNS em condições idênticas aos cidadãos nacionais residentes em Portugal. Quando possuem segurança social em outro estado membro, devem ser titulares do Documento Portátil S1 (atestado de direito) emitido pelo país de origem, proceder à respetiva inscrição como utente do SNS, passando a ter acesso ao sistema de saúde em igualdade de tratamento com os utentes nacionais.
- ii) Cidadãos de Estados da União Europeia, Espaço Económico Europeu ou Suíça se deslocam temporariamente, têm acesso à saúde com Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD) (Portaria n.º 1359/2009 de 27 de Outubro; Diretiva 2011/24/UE, 2011).
- iv) Cidadãos nacionais de países terceiros abrangidos por convenção internacional celebrada entre Portugal e países terceiros a trabalhar em Portugal, com número de segurança social português. São utentes do SNS em condições idênticas aos cidadãos nacionais residentes em Portugal, devendo apresentar a declaração de residência, emitido pela Junta de Freguesia da área de residência ao inscreverem-se no num centro de saúde.

Portugal celebrou acordos no sistema de segurança social com países como Andorra, Brasil, Cabo Verde, Canadá, Marrocos, Tunísia e Reino Unido, que, os cidadãos destes países podem usufruir destes acordos, desde que apresentem o respetivo atestado de direito, quando acederem os serviços de saúde prestados no sistema de saúde nacional, nas situações de permanência ou residência em território nacional.

v) Acordos de Cooperação no Domínio da Saúde celebrados entre Portugal e os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). Para os Países PALOP existem acordos de Cooperação nos domínios do Ensino e da Formação Profissional, onde passam a ter direito a assistência médica e medicamentosa nas mesmas condições dos nacionais

vi) Os cidadãos nacionais de países terceiros não abrangidos por nenhuma convenção internacional celebrada entre Portugal e os países em causa. Para que estes cidadãos estrangeiros possam aceder ao Serviço Nacional de Saúde estes deverão apresenta-se para inscrição nos serviços de saúde da área de residência passando a ter acesso ao sistema de saúde, em igualdade de tratamento que os utentes nacionais. Há ainda acordos celebrados com países para a proteção na doença e maternidade no quadro do sistema de saúde português.

vii) Os cidadãos países terceiros em situação irregular em Portugal, podem aceder aos serviços de saúde, mas serão cobradas todas as despesas efetuadas, exceto durante a prestação de cuidados de saúde em situações que ponham em perigo a saúde pública, este deve apresentar a declaração de residência, emitido pela Junta de Freguesia da área de residência, de que se encontram a residir em Portugal há mais de noventa dias.



**Figura 5:** Fluxograma de encaminhamento dos estrangeiros no sistema de saúde  
 Fonte: Direção-Geral da Saúde\* (DGS)

Foi ainda aprovada a Lei n.º 93/2017 de 23 de Agosto, com o que estabeleceu o regime jurídico de prevenção, proibição e combate à discriminação, seja pela raça, etnia, cor, nacionalidade, ascendência ou território e origem, de qualquer pessoa no que respeita a proteção social, incluindo a

\* <http://mobilidade.dgs.pt/cidadaoestrangeiros/Paginas/cidadaoestrangeiros.aspx>

segurança social e os cuidados de saúde, os benefícios sociais, educação, o acesso a bens e serviços e seu fornecimento, colocados à disposição do público, incluindo a habitação e cultura.

### **2.3. Iniciativas para integração dos imigrantes ao acesso a saúde**

Segundo a Entidade Reguladora de Saúde (ERS, 2015) foram criados pela OMS, em 2010, 4 pilares para ajudar a promoção da integração dos imigrantes nos cuidados à saúde:

- 1- Evitar disparidades entre imigrantes e não imigrantes no estado de saúde e de acesso aos cuidados de saúde;
- 2- Garantir o direito à saúde dos migrantes, reduzindo a discriminação e as barreiras que possam existir ao acesso dos imigrantes à saúde;
- 3- Reduzir a mortalidade e morbilidade das populações migrantes;
- 4- Minimizar o impacto negativo do processo migratório, que normalmente torna os migrantes mais vulneráveis aos riscos de saúde que resultam da mudança e adaptação ao novo ambiente.

No Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020, pode-se ler:

“Nas várias dimensões da integração, Portugal apresenta resultados positivos, em termos de baixos índices de discriminação, políticas de reagrupamento familiar, acesso a educação, mobilidade no mercado laboral ou passagem de visto a autorização de residência temporária e posteriormente a permanente, que são reconhecidos internacionalmente” (ACM, 2015, pp. 17, 18).

Estes resultados devem-se à criação de programas e políticas de apoio à integração aos Imigrantes, onde podemos destacar o papel que tem desempenhado o Alto Comissário para as Migrações (ACM), que tem ajudando na integração e resolução de problemas dos imigrantes, onde podemos destacar os seguintes serviços Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM) desde o ano 2004 com 3 pontos espalhados no país, os Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes (CLAIM), a linha de apoio aos emigrantes, o serviço de tradução telefónica e o gabinete de inserção profissional, que têm respondido às necessidades dos imigrantes em áreas como regulação da situação migratória, nacionalidade, retorno voluntária, habitação, trabalho, saúde e educação (ACM, 2018; Decreto-Lei n.º 31/2014 de 27 de Fevereiro).

### **Capítulo III - Acesso a saúde e barreiras relacionadas com o acesso à saúde**

Neste capítulo discutimos os conceitos de acesso a saúde nas diversas definições existentes, a necessidade de acesso a saúde por parte dos estudantes estrangeiros, as barreiras no acesso que estes podem vivenciar e os estudos realizados sobre imigrantes e acesso a saúde em Portugal

#### **3.1. Conceitos de acesso à saúde**

O acesso aos cuidados de saúde por parte dos imigrantes tem sido um grande desafio para a criação de políticas de saúde e de integração. A saúde é um dos pilares para o desenvolvimento económico, pelo que a prevalência de desigualdade no acesso aos serviços e aos cuidados é vista como uma ameaça aos valores sociais económicos e aos objetivos da Europa (Fonseca & Silva, 2010).

As dificuldades de definir políticas de acesso começam na dificuldade de encontrar consenso sobre como definir e mensurar o acesso à saúde. O conceito de “acesso à saúde” é amplamente discutido na literatura. É um conceito complexo que tem sofrido alterações ao longo do tempo e conforme o contexto (Travassos & Martins, 2004; Levesque, et al., 2013).

Alguns autores centram o conceito de “acesso à saúde” nas características dos indivíduos, enquanto outros focam o conceito nas características da oferta de cuidados, ou focam o conceito em ambas as características, ou seja, na relação entre os indivíduos e os serviços (Martins, 2014).

Segundo a OMS (2014, p.1) *“Acesso significa ter a capacidade de utilizar serviços de saúde integrais, adequados, oportunos e de qualidade no momento necessário”*. Para Furtado & Pereira (2010) a questão do acesso aos cuidados de saúde é permitir o acesso das pessoas ao seu potencial de saúde. Em consequência, deve ser analisado à luz das necessidades em saúde e dos contextos económicos e culturais. Neste sentido, o acesso aos cuidados de saúde é indissociável da questão de equidade do sistema de saúde.

Penchansky & Thomas (1981) definiram o conceito de acesso aos cuidados de saúde como o grau de interação entre os utentes e o sistema de saúde. Uma das vantagens desta abordagem é que o acesso pode ser avaliado mediante a satisfação do utente. As dimensões do acesso são capacidade, proximidade, adequabilidade, esforço financeiro e aceitabilidade. Dassah (2019) o acesso é um conceito complexo e multidimensional, inclui também a capacidade do utente em identificar e usar os serviços de saúde de acordo com as suas necessidades. No mesmo tom, para alguns autores (Dias, et al., 2011; Levesque, et al., 2013), o acesso à saúde está dividido em duas partes, uma voltada ao direito aos cuidados de saúde (que já referimos acima) e outra a acessibilidade aos cuidados de saúde,

ou seja, para que haja o processo efetivo de “acesso aos cuidados de saúde”, é necessário que os indivíduos identifiquem as suas necessidades de saúde, que procurem os serviços de cuidados de saúde, e que possam obter ou utilizar os serviços de saúde. Estes determinantes variam segundo as características dos utentes, mas também com as da organização, dos sistemas de saúde e as políticas de saúde existentes (Dias, et al., 2011; Levesque, et al., 2013). O acesso efetivo é afetado ainda pela persistência de barreiras à utilização dos cuidados, tanto económicas, como legais, culturais, sociais ou organizacionais (Furtado & Pereira, 2010; Sanchez & Ciconelli, 2012).

Para Padilla, et al. (2013) o acesso aos cuidados de saúde é o resultado da interação de três fatores, a saber: 1- direito e informação, ou seja o indivíduo tem direito aos cuidados de saúde e tem informação necessária para utilizar esses cuidados, 2- a disponibilidade onde o utente sabe se os serviços necessários estão disponíveis e se é possível utilizar e por último 3- a aceitação ou qualidade que refere se os utentes consideram que os serviços recebidos respondem às suas necessidades de forma eficiente e satisfatória.

Donabedian (1973) utilizou o termo acessibilidade em vez de acesso. De acordo com o autor, a acessibilidade não se limita apenas à utilização dos serviços de saúde, mas envolve a adequação dos recursos humanos e tecnológicos às necessidades de saúde dos pacientes. A acessibilidade pode ser física, económica ou de informação<sup>5</sup>.

Os desafios do acesso/acessibilidade são ainda mais críticos na população migrante. A falta de dados sobre o acesso e a utilização efetiva dos serviços de saúde por parte dos imigrantes em geral, bem como as barreiras que estes enfrentam limita o conhecimento sobre os múltiplos determinantes da utilização dos serviços de saúde (ERS, 2015; Matos, 2015; Linhas, 2018; Oliveira & Gomes, 2018). Importa reconhecer a heterogeneidade da população imigrante que apresenta diferentes estados de saúde e diferentes necessidades de cuidados de saúde. Em alguns casos representam desafios epidemiológicos, pela diferente prevalência de doenças no mundo<sup>6</sup>.

Os estudos sugerem que os migrantes apresentam melhor estado de saúde quando recém-chegados em relação a comunidade de acolhimento e da população da mesma origem que reside há mais tempo no país de acolhimento. No entanto, numa fase posterior, tendem a reportar níveis de saúde inferiores aos da população nativa, o que se deve ao estatuto socioeconómico, ao processo migratório e às condições de integração (Fonseca & Silva, 2010; Dias, et al., 2018; Aladova, 2019).

---

<sup>5</sup> <https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/accessibility-definition/en/>

<sup>6</sup> Em Portugal, a população migrante apresenta uma maior taxa de prevalência de doenças como: doenças cardiovasculares, doenças mentais, diabetes, VIH/SIDA e outras em comparação as populações autóctones (ERS, 2015).

### **3.2. O estudante estrangeiro e a necessidades específicas de cuidados de saúde**

Os estudos sobre os estudantes estrangeiros têm-se focado sobretudo nas questões de adaptação ao novo contexto de ensino. A saúde é menos abordada na literatura, mas nem por isso menos importante.

Os estudantes, podem apresentar desafios específicos, na estadia no país de acolhimento. As questões de saúde e de acesso aos cuidados de saúde têm muitos focos de análise, desde logo, a questão relacionada com a adaptação a um país novo pode ser geradora de “mal-estar” ao estudante principalmente o stress, que pode ser precursor para o desenvolvimento de outras doenças (Sapranaviciute, et al., 2011; Abdullah, et al., 2013). As dificuldades económicas que estes podem atravessar, em que muitos, se veem obrigados a trabalhar para poder ajudar a suprir suas despesas, estando assim expostos a sobrecarga e fadiga. A inadaptação ao sistema de ensino que pode gerar medo de dececionar ou não ser bem-sucedido em seus estudos, já que para muitos estudantes a conclusão dos estudos não é apenas um objetivo ou motivo de orgulho pessoal, mas sim de sucesso coletivo (para si e para os seus), acarretando assim grande responsabilidade, mas também na esperança de que com esta conquista haja garantia de melhor empregabilidade e melhores condições económicas (Oliveira, 2012; Findlay, et al., 2017; OCDE 2017). Muitas vezes os estudantes estrangeiros trazem consigo expectativas elevadas do mundo académico que muitas vezes contrasta com a realidade, onde têm de aprender a lidar com o preconceito, a discriminação, a saudade de casa e a falta de integração, criam assim sentimentos de desilusão e frustração.

A diferença cultural e adaptação social estão diretamente relacionadas com as diferenças linguísticas. As pessoas se adaptam melhor a outras culturas quando conseguem comunicar de forma eficaz. Quando este não consegue pode levar ao afastamento, isolamento e a solidão (Nascimento, 2013; Merkulova, et al., 2018; Bilotserkovets, et al., 2020).

Todos estes fatores podem contribuir para o desenvolvimento de desmotivação, abandono aos estudos, depressão, ansiedade, e outras doenças mentais, ainda a comportamentos prejudiciais à saúde como o uso excessivo de álcool e outras substâncias ilícitas, assim os imigrantes são mais propensos a desenvolver doenças do foro psicológico (Padilla, 2013; Dias, et al., 2018). Existe a necessidade de que as motivações pessoais sejam compreendidas. É visto que estudantes com um grande apoio familiar, um forte estado emocional ou psicológico, autoconfiança e a perceção de uma boa integração escolar ou social funcionam como estimuladores a este para um sucesso escolar e um estado de saúde mais saudável (Nascimento, 2013; Beech ,2015). Podemos ainda referir os



estudantes com doenças crónicas (hipertensão, diabetes e outras), mas também doenças que se podem desenvolver durante a sua estadia no país de acolhimento e que necessitem de acompanhamento, adesão ao planeamento familiar, o caso de estudantes estrangeiras que ficam grávidas e/ou que têm os seus filhos no país de acolhimento (Topa, 2013, Melo, et al., 2018). Há necessidade de informar adequadamente sobre os serviços de saúde existentes e sobre os seus direitos de saúde diante do SNS, para que em tempo oportuno possam usufruir disto e possam desfrutar de boa saúde durante a sua jornada académica.

### **3.3. Barreiras relacionadas com o acesso à saúde**

Além das questões de adaptação que podem afetar o estado de saúde físico e emocional, os migrantes, e os estudantes em particular, tendem a enfrentar barreiras no acesso aos cuidados de saúde. Embora estando prevista a garantia do direito universal de acesso aos cuidados de saúde em muitos países, os estudos identificam barreiras no acesso aos cuidados de saúde. A evidência sugere que, frequentemente, os imigrantes lidam com desigualdades e iniquidades em saúde e no acesso aos serviços de saúde, devido barreiras comunicacionais, de informação, culturais e de discriminação, entre outros (Topa, 2013; ERS, 2015; O'Donnell, 2018).

A OMS (2000) identifica quatro tipos de barreiras (físicas, financeiras, informação e discriminação) existem autores que numeram outras barreiras. Padilla (2013) agrupa as barreiras em barreiras externas, internas ao sistema de saúde e autoexclusão.

Para Dias, et al. (2011) barreiras ao acesso podem estar associadas às características do indivíduo, a própria dinâmica da relação entre profissionais e utentes, e das características dos próprios serviços de saúde. Oliveira & Gomes (2018) classificaram, barreiras específicas aos imigrantes e barreiras estruturais, organizacionais e transversais a todos os utentes. Aladova (2019) agrupou as barreiras ao acesso à saúde em três fatores: fator contextual, fator estrutural e o estatuto do imigrante. Podem ainda ser divididas entre o lado da oferta dos cuidados e o lado da procura por parte do imigrante (ERS, 2015)

#### **3.3.1. Barreiras económicas, estruturais e organizacionais**

As condições económicas dos imigrantes tem sido um dos fatores apresentado em diversos estudos como barreira ao acesso aos serviços de saúde. Os estudos apontam para maior

vulnerabilidade económica e maior risco de pobreza<sup>7</sup> nas comunidades estrangeiras (Oliveira & Gomes, 2018; Dias, et al., 2018). As condições económicas podem contribuir para a degradação da sua saúde (Fonseca & Silva, 2010; ERS, 2015; OMS, 2017). Padilla (2013) alerta que a saúde da população imigrante é, em geral, mais sensível a deterioração das condições económicas<sup>89</sup>. Em Portugal algumas comunidades apontam este facto como uma das maiores barreiras ao uso dos serviços de saúde, já que a maior parte deles possui um rendimento baixo (Topa, 2013).

O acesso aos cuidados de saúde requer que exista uma oferta adequada de serviços, a incapacidade ou a indisponibilidade desta oferta funciona como barreiras estruturais e organizacionais elas podem ser falta de recursos humanos (médicos de família, enfermeiros e outros profissionais de saúde), infraestruturas (hospitais, centros de saúde, equipamentos ou dispositivos médicos, transporte públicos), problemas organizacionais como longas listas de espera, horários de funcionamento e de consultas muitas vezes incompatíveis com os horários de trabalho dos imigrantes, falta de serviços especializados no local e ainda se pode mencionar o tempo pretendido e a distância dos serviços, elas visam a perceber o quanto os serviços de saúde se ajustam às necessidades dos utentes no momento pretendido (Martins, 2014). Estas barreiras estão incluídas nos determinantes sociais, elas afetam tanto imigrantes como não imigrantes, são tidas como barreiras próprias do lado da oferta que influenciam o acesso aos cuidados da população autóctone mais desfavorecida, níveis mais baixos de habilitações, em minorias étnicas, grupos mais vulneráveis, mas também a comunidade imigrante (ERS 2015; OMS, 2017).

### **3.3.2. Barreiras comunicacionais.**

A informação é essencial para cada uma das dimensões de acesso a saúde. Uma boa informação é o resultado positivo do processo de comunicação entre o indivíduo e o sistema de saúde (Sanchez & Ciconelli, 2012). A qualidade da comunicação é um dos fatores cruciais para um bom atendimento. Existe a necessidade de compreensão da informação que está a ser transmitida tanto do lado dos profissionais de saúde como do lado dos pacientes. Falhas nesta comunicação pode resultar em erros de diagnóstico e de tratamento, diminuição da qualidade dos cuidados prestados, e danos graves ou irreversíveis aos doentes (Santos, et al., 2010).

---

<sup>7</sup> Os imigrantes estão mais suscetíveis a possuírem trabalhos mais precários, menores ordenados, por serem vistos como "mão de obra barata" pelos seus estatutos de imigrante, por suas dificuldades linguísticas ou ainda pela morosidade e burocracia no reconhecimento de suas habilitações literárias.

<sup>8</sup> O aumento da taxa de desemprego, a diminuição dos subsídios e benefícios, a fome, a falta de acesso a medicamentos, aos tratamentos e os meios de diagnóstico, influencia a saúde tanto da população autóctone como da população imigrante.

<sup>9</sup> A impossibilidade de ter boas condições habitacionais, alimentação e a limitação do poder de compra, seja de que natureza for, são elementos importante na integração da comunidade imigrantes, muitas vezes estes não recorrem aos serviços de saúde por suas limitações financeiras, começando pela escassez de recursos para se deslocar aos serviços de saúde, muitos preferem utilizar os serviços apenas em situações extremas, recorrendo aos serviços de urgência, alguns mais integrados no país, recorrem a ajudas dos vários centros de apoio ao imigrante.

Grande parte dos profissionais de saúde e imigrantes, apontam as diferenças linguísticas como uma das grandes barreiras no atendimento (Loenen, et al., 2018). Os profissionais de saúde recorrem frequentemente a comunicação não verbal como auxílio, para perceber o que os pacientes sentem, seus pensamentos, suas dúvidas e dificuldades que não conseguem verbalizar de forma compreensível (O'Donnell, 2018).

Há relatos de imigrantes que afirmaram que a falta de um intérprete profissional presente nos serviços de saúde como uma barreira ao acesso. A necessidade de recorrer amigos ou parente é percebido como invasão de privacidade. Em resultado, pode haver ocultação de informações que podem ser importantes. Pode acontecer ainda erros nas traduções, o que leva a falta de clareza na comunicação e a indução de possíveis erros. É importante ainda notar que a comunicação em saúde vai muito além da tradução literal das palavras, sendo importante as expressões emocionais dos utentes (O'Donnell, 2018).

Relativamente ao acesso a informação, a literatura sugere que os imigrantes frequentemente não sabem como aceder aos serviços, ou onde se dirigir em casos de doença e outros sabiam apenas da existência do Hospital para casos urgentes (OMS 2017; Dias, et al. 2018; Oliveira & Gomes, 2018).

### **3.3.3. Barreiras Burocráticas e administrativas**

Embora muitas vezes a legislação dos países preveja o acesso efetivo dos migrantes aos cuidados de saúde, os estudos mostram divergências entre a lei e o que se verifica na realidade (Dias, et al. 2008; Padilla, 2013; Oliveira & Gomes, 2018). Muitas das políticas de saúde para os imigrantes são demasiado complexas de funcionarem na prática, ou precisam do subterfúgio de outra lei para ser aplicável, e no meio de tantas regras a maior parte destas se perde no dinamismo do que é o atendimento dos utentes imigrantes. A burocracia e sua complexidade é uma das maiores barreiras referenciadas pelos imigrantes ao acesso à saúde (principalmente dos imigrantes irregulares) (Aladova, 2019; Linhas, et al., 2019).

Estudos realizados com imigrantes tanto em Portugal como nos outros países, notam ainda profissionais de saúde desconhecem frequentemente a legislação sobre os direitos de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. Em consequência, não conseguem comunicar de forma efetiva com estes sobre os seus direitos e dar informações completas (Loenen, et al., 2018; Dias, et al., 2011 e 2018a). A falta de informação sobre acesso dos imigrantes nos vários níveis dos sistemas de saúde, leva o crescente número de casos de imigrantes sem atendimento ou sujeitos a longos procedimentos

burocráticos/administrativos. Isso leva a um grande número de imigrantes a recorrer aos serviços de urgência dos hospitais, dado que o acesso é mais fácil (Dias, et al., 2008; Oliveira & Gomes, 2018).

Em Portugal, têm sido levantadas questões sobre a discricionariedade nas decisões nas unidades de saúde que chocam com as diretrizes do sistema de saúde, resultando no cumprimento incompleto do que são os direitos dos imigrantes no acesso à saúde (Aladova, 2019). Exemplo relatado por imigrantes é a não permissão do acesso aos serviços ou cobrança de taxas moderadoras elevadas a imigrantes em que por lei estão isentos de pagamento (Topa, 2013; Linhas, et al., 2019).

### **3.3.4. Barreiras socioculturais e do indivíduo**

Os conceitos de saúde e doença são influenciados, alterados ou modificados diante dos contextos, sejam históricos, filosóficos, culturais, económicos, políticos ou científicos que variam de sociedade para sociedade e de indivíduo para indivíduo (Sousa, 2006; Scliar, 2007; Santos 2015). Para alguns estudiosos, o *empowerment* do indivíduo está estreitamente ligado aos fatores de predisposição e fatores capacitantes. Os fatores capacitantes relacionam-se com a disponibilidade de acesso e o uso efetivo dos serviços de saúde. Os fatores de predisposição, por outro lado, são inerentes ao próprio indivíduo. As características do indivíduo como o seu nível educacional as suas crenças, a sua ocupação, origem étnica, suas redes sociais e familiares, que podem atuar como barreiras ou facilitadores na procura e ao uso dos serviços de saúde (Furtado & Pereira 2010).

A decisão de procurar um serviço de saúde parte geralmente do indivíduo. A situação legal, o tempo de permanência no país, o domínio da língua, o conhecimento dos seus direitos, onde se dirigir em caso de estar doente, a perceção da gravidade dos seus sintomas, e a perceção dos benefícios dos cuidados de saúde e ainda as variáveis demográficas, assim como o nível de escolaridade, apoio familiar, o estilo de vida, influenciam positivamente ou negativamente no comportamento do imigrante a procurar cuidados de saúde (Scheppers, et al., 2006; Dias, et al., 2018).

O imigrante pode ainda excluir-se do uso dos serviços de saúde por medo de enfrentar estigmatização, estereótipos, preconceitos e atitudes negativas por parte dos elementos de sua comunidade ou por parte dos profissionais de saúde (Padilla, 2013; Loenen, et al., 2018). As barreiras socioculturais surgem também quando as diferenças de crenças entre o utente e o profissional de saúde são bastantes extremas ou entram em choque, isto pode ser verificado quando certos utentes não veem vantagens em seguir certas recomendações ou quando ao seguir fere com os seus princípios

culturais/religiosos<sup>10</sup>, quando isto acontece, ocorre um registo de falta compreensão do indivíduo aos seus princípios, que pode condicionar o recorrer aos serviços de saúde (Topa, 2013).

O facto é que com o aumento da diversidade de imigrantes nos serviços de saúde, os profissionais têm ainda que aprender a lidar com as mais diversas culturas. No entanto, muitas vezes não têm capacidade, sensibilidade, informação de como atuar, e associado a isso a carga de trabalho em que cada vez mais se passa menos tempo com os utentes devido a procura (Dias, et al., 2018; O'Donnell, 2018). Os estudos indicam a falta de capacidade de alguns profissionais em criar vínculos de confiança com o paciente estrangeiro, fruto de preconceitos e estereótipos. Esse comportamento gera nos imigrantes sentimentos de desconfiança no serviço de saúde e nos profissionais de saúde (Thiede & McIntyre, 2008; Dias, et al., 2011; Topa, 2013).

#### **3.4. Estudos sobre o acesso aos serviços de saúde dos imigrantes em Portugal**

Os estudos realizados para o contexto português, têm observado não só o estado de saúde dos imigrantes em relação à comunidade de acolhimento, mas também compreender o acesso destes aos cuidados de saúde e as barreiras no acesso por estes vivenciadas, assim como formas de ultrapassar estas dificuldade. Destacamos os seguintes estudos:

Bäckström, et al. (2009) observaram que apesar do direito ao acesso aos cuidados de saúde por parte dos imigrantes independente do seu estatuto legal (regular/irregular). Os imigrantes com a documentação incompleta, ou sem documentos, assim como imigrantes em reagrupamento familiar que precisavam aceder aos serviços de saúde são os que mais sentem bloqueios ao acesso aos serviços de saúde. Os autores salientam a falta de informação sobre a legislação portuguesa tanto por parte dos imigrantes como dos profissionais de saúde, como sendo a principal barreira ao acesso. Os autores notam a relevância do CNAI na ajuda ao acesso.

No estudo realizado por Fonseca & Silva (2010), que se baseou em entrevistas a utentes numa unidade de cuidados de saúde primários em Lisboa, a maioria dos imigrantes não reportou problemas de saúde graves nem recorrem, em média, com mais frequência aos serviços de urgência, principalmente os imigrantes irregulares. Os fatores sociais que mais influenciam o estado de saúde dos imigrantes são o desemprego, habitação, falta de apoio familiar, e as dificuldades financeiras. Também observaram que apesar da legislação existente, existe falta de informação sobre os direitos e condições de acesso ao SNS por parte dos imigrantes e dos prestadores de serviços de saúde. Os autores referem ainda que aspetos culturais relacionados com a perceção de necessidade de recorrer

---

<sup>10</sup> Indivíduos que vivenciaram situações de desrespeito a sua cultura, em que o profissional de saúde desacreditou ou não atendeu as suas necessidades específicas, como o caso de comunidades imigrantes em que as mulheres preferem ser atendidas por profissionais do sexo feminino.

aos serviços de saúde influenciam ou impedem o uso dos serviços de saúde, bem como a falta de confiança no sistema de saúde no país de acolhimento. O estudo identifica ainda a percepção de atitudes discriminatórias por parte dos profissionais de saúde, domínio da língua e o funcionamento dos serviços de saúde como barreiras ao acesso por parte dos imigrantes.

Topa (2013) focou-se nos cuidados de saúde materno-infantis. No mesmo tom dos resultados anteriores, o estudo nota que apesar da legislação proteger as mães e crianças migrantes, existe desconhecimento das leis por parte dos prestadores de cuidados. Observou também que ainda é predominante nos profissionais de saúde discursos que conotam preconceitos e estereótipos sobre os diferentes grupos de mulheres estrangeiras. Concluiu ainda que os profissionais de saúde moldam seus comportamentos de ajuda ou compromisso conforme a submissão ou resistência às práticas de saúde em respeito às práticas culturais das mulheres grávidas imigrantes. A diferença linguística foi também verificada como uma barreira para um bom atendimento já que os profissionais de saúde muitas vezes não conseguem perceber se as suas orientações foram compreendidas, nem conseguem criar laços para compreender as diferentes situações das pacientes.

Matos et al. (2015) realizaram um estudo com uma amostra da comunidade de imigrantes de nacionalidade bangladeshiana, indiana e paquistanesa em Lisboa, através de questionário. 98% dos imigrantes inqueridos já tinham utilizado pelo menos uma vez o SNS, dos quais 18% identificaram a língua como uma barreira à utilização dos cuidados. O estudo indica também casos de unidades de saúde que recusaram indevidamente o acesso a imigrantes que tinham direito a cuidados de saúde, salientando a falta de conhecimento da legislação em vigor por parte dos profissionais de saúde e dos imigrantes. Apesar de, de uma forma geral mostraram-se satisfeitas com os profissionais de saúde em Portugal, alguns imigrantes relataram tratamento discriminatório pelos profissionais de saúde. A comunidade indiana foi a que mais apresentou dificuldades linguísticas no acesso aos serviços de saúde, maiores dificuldades financeiras para pagar consultas medicamentos e meios complementares de diagnóstico.

Dias, et al. (2018) no seu estudo com imigrantes da CPLP e da Europa do Leste que viviam na região de Lisboa e do Vale do Tejo, concluíram que a maior parte dos imigrantes reporta ter boa ou muito boa saúde e que os problemas de saúde dos imigrantes não se distinguem, em geral, dos da restante população. No entanto, a percepção de saúde/doença varia de acordo com o grupo de imigrantes. Por outro lado, quanto mais satisfeitos com os cuidados de saúde recebidos, mais tendem a utilizá-los. Os mesmos autores verificam que, os imigrantes utilizam com mais frequência os serviços dos centros de saúde em relação aos serviços de urgência do hospital. A utilização e a frequência de

utilização dos serviços variam de acordo com o tempo de residência no país de acolhimento, o estatuto legal, a situação socioeconómica e os fatores culturais. As principais barreiras reportadas na utilização dos serviços de saúde foram a falta de recursos económicos, estar há pouco tempo em Portugal, estar sozinho no país e a ausência de suporte social. As diferenças linguísticas e a falta de informação são também barreiras à utilização dos serviços de saúde. Apesar de, situações de discriminação e estigmatização no contexto da prestação de cuidados, apontada tanto pelos profissionais de saúde como pelos imigrantes, os profissionais de saúde não consideram estas situações como um fator que condiciona ou desmotiva a utilização dos serviços, mas notam que interfere na qualidade da interação profissional-utente.

Oliveira & Gomes (2018) no relatório sobre os imigrantes em Portugal, notam que de uma forma geral, os imigrantes apresentavam indicadores do estado de saúde mais favoráveis do que a população autóctone, assim como menos ausências ao trabalho por problemas de saúde e menor procura dos serviços de saúde. Para muitos imigrantes a saúde não é considerada prioritária, num contexto de vulnerabilidade social. Para os autores, apesar dos esforços que estão a ser feitos para garantir a equidade no acesso e utilização de saúde, prevalecem barreiras ou efeitos desmotivadores na utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes sejam elas constrangimentos legais e administrativos no uso efetivo dos serviços como a falta de profissionais de saúde ou barreiras associadas à condição de imigrante, como as barreiras linguísticas. Os autores notam também, um aumento de profissionais de saúde imigrantes que contribuem para o desenvolvimento do sistema de saúde português.

Linhas, et al., (2019) procuram compreender as barreiras no acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes, procurando identificar em particular a prevalência de tuberculose e o acesso aos cuidados de diagnóstico e tratamento da tuberculose. Os autores observaram que as condições socioeconómicas dos imigrantes influenciam aos cuidados de saúde. De acordo com os autores. os imigrantes têm uma incidência muito elevada de tuberculose, quando comparada com a restante população. Apesar da legislação em vigor garantir o atendimento grátis para o diagnóstico e tratamento da tuberculose, independente do estatuto legal do imigrante, os pacientes relataram barreiras no acesso aos cuidados de saúde como dificuldades na comunicação, diferenças culturais, a falta de conhecimento dos serviços disponíveis e os seus direitos, a longa espera por uma consulta médica, horários inconvenientes e a distância ao acesso aos serviços de saúde. Estas barreiras são mais frequentemente percecionadas pelos imigrantes sem inscrição nos cuidados de saúde primários.

## **Capítulo IV - Estudo empírico**

Neste capítulo, apresentamos a metodologia utilizada na investigação e os dados obtidos. Trata-se de um estudo descritivo, com o tema percepção dos estudantes estrangeiros da Universidade do Minho sobre o Serviço Nacional de Saúde Português.

Começamos por enquadrar o estudo empírico, seguindo-se a exposição do objetivo e nossas questões de investigação, a metodologia aplicada, o instrumento de medida e a população de estudo e apresentação dos resultados.

### **4.1. Enquadramento empírico.**

Na parte empírica deste estudo, fundamentada na revisão de literatura apresentada nos capítulos anteriores e nos estudos realizados em Portugal sobre o acesso a saúde por imigrantes. Procuramos analisar e compreender como os fatores individuais e contextuais se relacionam com as percepções dos estudantes estrangeiros sobre o SNS Português.

### **4.2. Objetivos**

De acordo com a literatura, estudantes estrangeiros podem ser incluídos no grupo de imigrantes, mas são raros os estudos que focam sobre a saúde e o acesso à saúde neste grupo. O objetivo deste estudo é o de compreender as percepções dos estudantes estrangeiros na Universidade do Minho sobre o SNS, onde nos propusemos a responder:

- Que conhecimentos possuem sobre a organização e funcionamento do SNS?
- Que conhecimentos estes possuem sobre os seus direitos relativamente ao acesso ao SNS?
- Quais são as principais barreiras que têm percebido na sua adaptação no uso ao SNS?
- Quais são os seus níveis de satisfação com SNS?

### **4.3. Metodologia**

Este trabalho é um estudo descritivo usando métodos quantitativos.

Métodos quantitativos são conhecidos por serem sistemáticos, comparáveis comprováveis, mensuráveis e replicáveis, mas ressaltamos que não devem ser tidos como uma verdade absoluta, pois oferecem *“indícios sobre as questões tratadas, não verdades; que fazem aflorar semelhanças, proximidades ou plausibilidades, não certezas”*, (Gatti, 2004) mesmo que sejam submetidos a controles que permitam a filtragem e a não contaminação, que, no entanto, acabam por distorcer ou controlar o produto natural (Ghiglione & Matalon, 1993). Temos também de mencionar que os



métodos quantitativos podem tornar as “*trajetórias individuais, os significados e as subjetividades individuais que são imprescindíveis para a construção do conjunto de valores*” (Nascimento, 2013, p. 42) como insignificantes.

Apesar da metodologia quantitativa, o nosso estudo é descritivo. Na base dessa decisão, a reduzida amostra que impossibilita a inferência estatística e a generalização dos resultados. Devemos ter presente esta limitação ao longo do estudo.

#### **4.4. Instrumento de medida**

Nesta investigação o instrumento de medida utilizado foi o inquérito. Que é um procedimento padronizado, através de um conjunto de perguntas com o intuito de coletar informação de um grupo de respondentes, possíveis de ser interpretados, generalizados. Que serve para estimar grandezas absolutas ou relativas, descrever uma população e verificar hipóteses (Ghiglione & Matalon, 1993; Moreira, 2007; Neves, et al., 2020). Aparentemente é classificado como um instrumento fácil, mas a sua construção pode ser uma tarefa complexa quando o investigador não tem experiência, quando não se tem conhecimento da população que se aplicará o questionário e até mesmo quando não existe clareza do objetivo de pesquisa (Moreira, 2007; Neves, et al., 2020).

Deste modo, o nosso inquérito está dividido em 6 partes:

- 1- Características demográficas, socioeconómicas e perfil de saúde (idade, sexo, país de origem, domínio da língua portuguesa, experiência de migração em Portugal, tipo de mobilidade estudantil, situação financeira, estado de saúde...)
- 2- Conhecimentos sobre os serviços (direitos, taxas moderadoras, médico de família, fontes de informação, serviços disponíveis...)
- 3- Uso dos serviços de Saúde (frequência, tipos de serviços, motivos de utilização...)
- 4- Perceção durante o acesso (dificuldade em aceder aos serviços, comunicação com os profissionais, experiência de discriminação...)
- 5- Nível de satisfação com os cuidados recebidos.
- 6- Experiência na época de Covid-19<sup>11</sup>.

O questionário é composto por perguntas fechadas de escolha múltipla (que embora apresentem algumas limitações como, excluir a possibilidade de obter outras definições, o risco de

---

<sup>11</sup> Originalmente tínhamos previsto 5 grupos, mas a pandemia do Covid-19 expandiu-se em Portugal em 2 de março de 2020, pouco antes do lançamento do inquérito, onde a 19 de março foi decretado o encerramento das atividades presenciais, resultando assim na reformulação das atividades programadas e nos métodos de ensino. Dado que o inquérito foi divulgado pouco depois dessa data, o vimos interesse em saber se os respondentes estavam em Portugal naquele período e se tinham acesso a informação. E pela extensão do inquérito, optámos por não aprofundar sobre o tipo de informações recebidas.

sugerir respostas a quem não tem opinião, as opções de resposta podem não ter o mesmo significado para todos), e perguntas em escala de Likert.

Recorremos ao inquérito online, devido ao baixo custo de elaboração e de implementação, à rapidez no registo direito dos dados e na criação base de dados, e à conveniência (pode ser respondido em qualquer ponto geográfico e em qualquer momento). Adicionalmente, a ausência do entrevistador pode fazer o respondente sentir-se mais livre e à-vontade em responder e com maior sinceridade. Importa, no entanto, salientar as desvantagens, tais como os problemas de adesão devido a grande quantidade de emails que entram no email institucional podendo ser apagado ou ignorado, a dificuldade de incentivar o envio de respostas, a necessidade de acesso a internet, e de dispositivos compatíveis, formulários pouco atrativos. Estes problemas resultam numa taxa de respostas, em geral menor que nos outros métodos de aplicação de questionário (Vasconcellos & Guedes, 2007; Neves, et al., 2020).

O inquérito foi feito em Português e Inglês (Anexo 1 e 2) para facilitar a integração dos diferentes participantes.

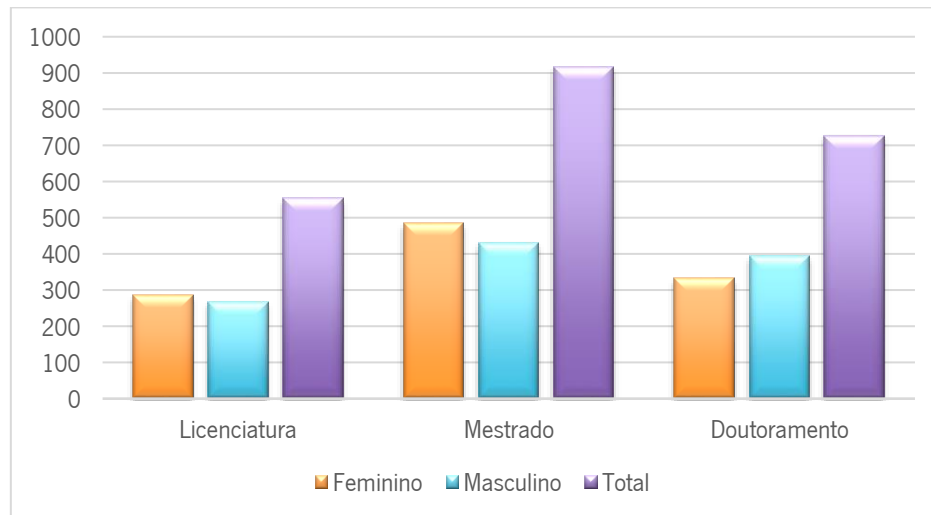
#### **4.4.1 Pré-teste**

O pré-teste serve para avaliar a adequação do questionário, revisão de algumas perguntas, se fazem sentido, se são compreensíveis e se provocavam as respostas esperadas (Moreira 2007). Foi aplicado o pré-teste a 6 estudantes estrangeiros. A seleção dos inquiridos baseou-se no método bola de neve, que consiste em identificar sujeitos elegíveis para o estudo que identifiquem ou facultem contactos de outros potenciais participantes. Foi pedido, aos participantes que, no final das respostas, identificassem as questões que não estavam claras ou que não tivessem entendido e o tempo que levaram a responder o questionário. Na sua maioria não revelaram ter encontrado dificuldades em responder o questionário, o tempo médio de respostas foi de 7 minutos. Depois de validado no pré-teste, o questionário final foi disponibilizado num link enviado para o correio eletrónico institucional da UMinho (todos@alunos.uminho.pt).

#### **4.5. População de estudo**

Como já referimos este estudo foca-se nas perceções dos estudantes estrangeiros da UMinho sobre o SNS Português. A intenção inicial era obter os dados destes e como contactá-los através dos Serviços Académicos da Universidade do Minho, mas de modo a não quebrar questões relativas a privacidade de dados, foi-nos facultada apenas informação estatística, referente ao total de alunos inscritos por nacionalidade, unidade orgânica, regime de ingresso, género e estado civil desde o ano

curricular de 2015/2016 até ao ano curricular de 2019/2020 (Figura 4), que incluíam todos os ciclos de estudo (1º licenciatura, 2º mestrados e 3º doutoramento). Para o nosso estudo utilizamos como população alvo os estudantes matriculados no ano letivo 2019/20 (Figura 6), que totalizam um universo de aproximadamente 2197 estudantes.



**Figura 6:** Distribuição por sexo e ciclos dos estudantes estrangeiros matriculados na UMinho no ano letivo 2019/20  
Fonte: Elaboração própria dados obtidos pela Serviços Académicos da UMinho

O nosso principal critério de inclusão foi a nacionalidade (estudante internacional e estrangeiros) para assim podermos captar todos os estudantes em programas de mobilidade internacional. Responderam ao inquérito estudantes que apesar de terem regressado ao país de origem mantinham o seu endereço de correio eletrónico institucional.

O link para o questionário ficou disponível durante o período de 20 de maio de 2020 a 07 de Julho de 2020. Obtivemos uma amostra de 86 questionários respondidos. 1 foi considerado não válido porque o respondente apenas respondeu a uma pergunta, resultando um total de 85 questionários válidos.

Para manter a facilidade da leitura, usamos os verbos no tempo verbal presente, mesmo para nos referirmos a ações realizadas por estudantes que já não residem em Portugal.

#### **4.6. Análise dos dados**

Partindo do facto de o trabalho estar enquadrado no paradigma de investigação quantitativo (conteúdos não verbais) podemos definir a análise de dados como um conjunto de técnicas de análise estatística, utilizadas de modo a conferir significados aos dados obtidos (Fortin, 2000). Neste caso, por

meio da base de dados criada a partir das respostas aos questionários online, os dados analisados por meio do software SPSS versão 27.0.1.0.

Dado o tamanho da nossa amostra, optámos por um estudo descritivo, onde focamos a atenção nas frequências e nas distribuições das variáveis. Apresentamos a distribuição das principais variáveis e as relações entre elas.

Estimamos também o coeficiente ( $\rho$ ) de Spearman que mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais (Khamis, 2008).

A generalização dos resultados deve assim ser cautelosa.

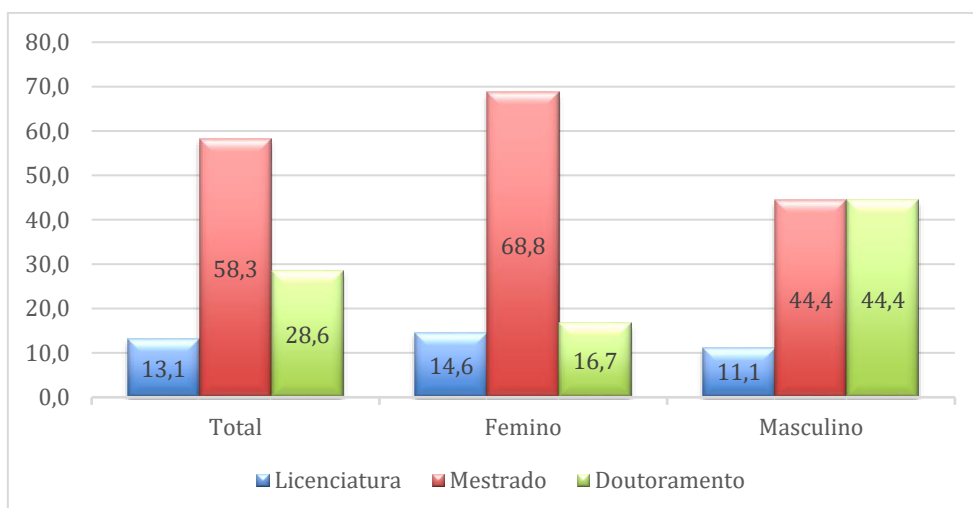
Procuramos ainda fazer uma discussão a focar os principais resultados, estabelecer comparações com outros estudos e por fim as limitações que ocorreram no processo de investigação (Fortin, 2000).

De acordo com a revisão da literatura, as experiências dos imigrantes tendem a variar conforme o sexo, o tempo de residência no país, o estado de saúde e as condições socioeconómicas, pelo que tentamos relacionar estas variáveis, com as variáveis de acesso a informação, do uso dos cuidados de saúde, de percepção de barreiras e de qualidade do SNS. Fazemos outras análises que consideramos relevantes para a análise, com base na revisão da literatura e na análise prévia dos dados.

#### **4.6.1. Características demográficas socioeconómicas e perfil de saúde**

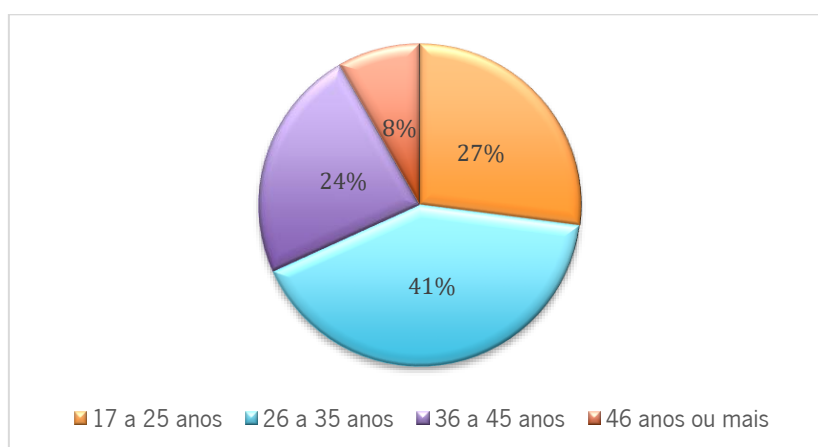
A amostra é composta por maioritariamente por estudantes do sexo feminino (57,6%).

No total de estudantes, cerca de 13,1% dos inquiridos frequenta ou completou o 1º ciclo de ensino superior (Licenciatura), 58,3% frequenta ou completou o 2º ciclo de ensino superior (Mestrado) e 28,6% frequenta ou completou o 3º ciclo de ensino superior (Doutoramento). Podemos ainda observar na Figura 7 a distribuição comparativa entre os sexos dos respondentes nos graus académicos.



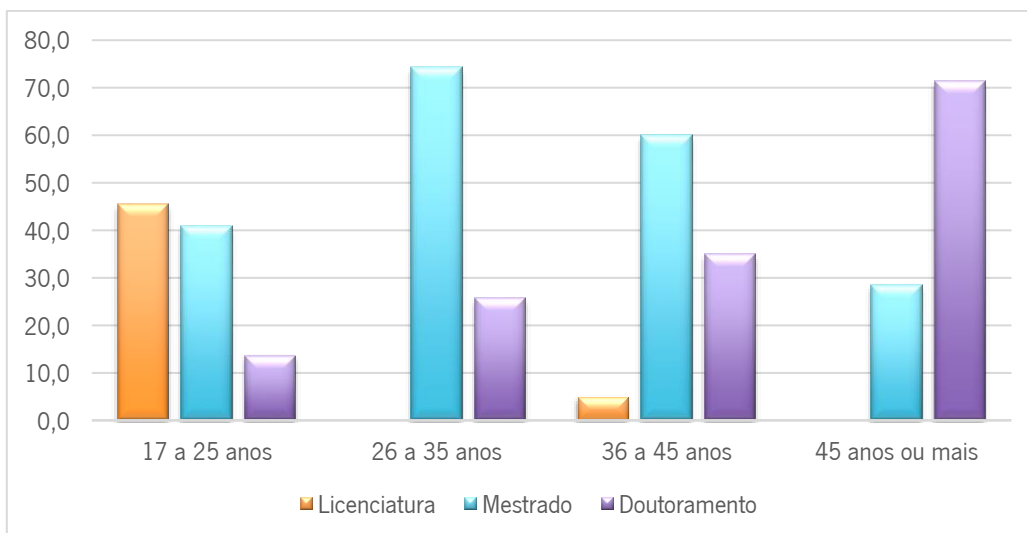
**Figura 7:** Distribuição dos respondentes por grau académico em %.

A Figura 8 apresenta a distribuição dos respondentes por faixa etária. Cerca de 41,2% dos respondentes têm idades compreendidas entre os 26 aos 35 anos.



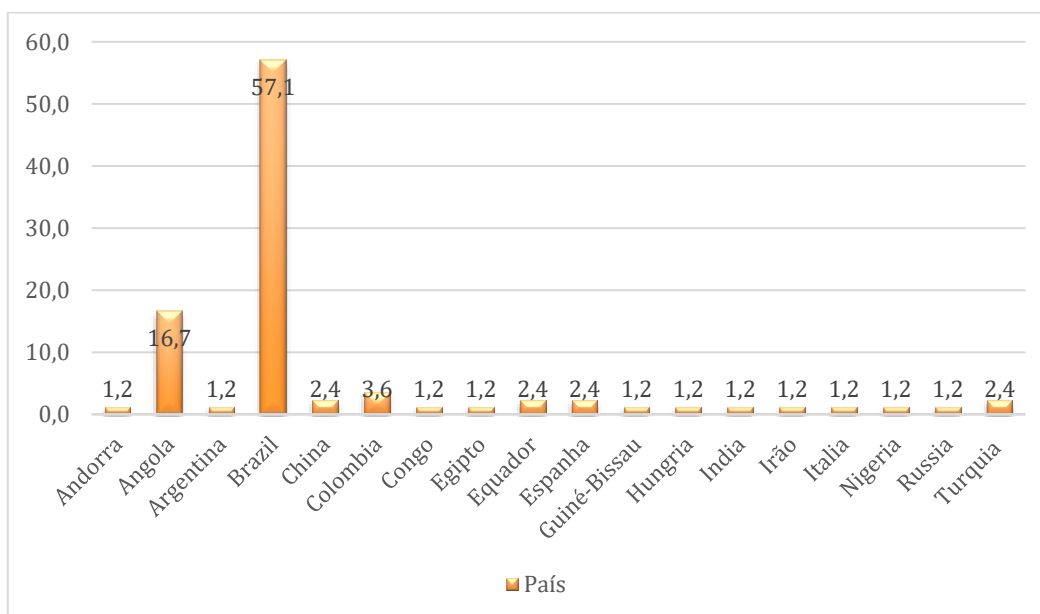
**Figura 8:** Distribuição dos estudantes por faixa etária

A maior parte dos respondentes têm idades superior a 25 anos e a frequentar o 2º e 3º ciclo de estudos (Figura 7 e Figura 8). Podemos observar na Figura 9 que os respondentes com idade entre 26 aos 35 anos frequentam na sua maioria o segundo ciclo de estudo (mestrado). Isto pode ser devido a diferença de sistemas de ensino com Portugal, falta de acesso ao ensino superior no país de origem, decisão tardia em continuar os estudos, ou ainda pelos fatores como maturidade e conhecimentos que acompanham a decisão de migrar.



**Figura 9:** Ciclo de estudo e grupo etário em %.

Podemos observar na Figura 10, mesmo sendo uma amostra relativamente pequena em comparação ao número de estudantes estrangeiros matriculados na UMinho no período 2019/2020, o número de países na amostra é de 18 países.



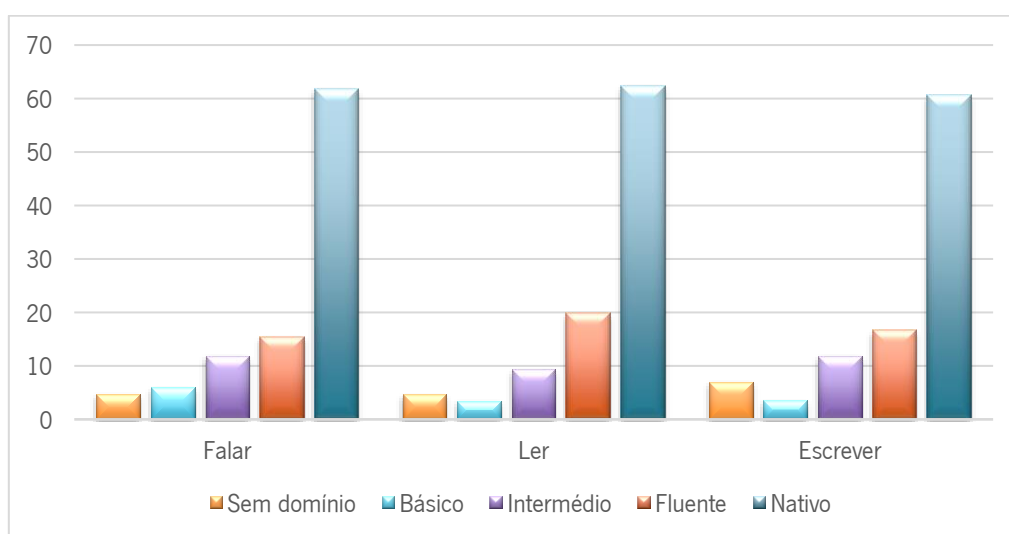
**Figura 10:** Distribuição dos estudantes por nacionalidade em %.

A maioria dos respondentes são de nacionalidade brasileira (57,1%). No total, os estudantes dos países da Comunidade de países de língua portuguesa (CPLP) representam cerca de 75% da amostra.

#### 4.6.1.1 Domínio da língua portuguesa

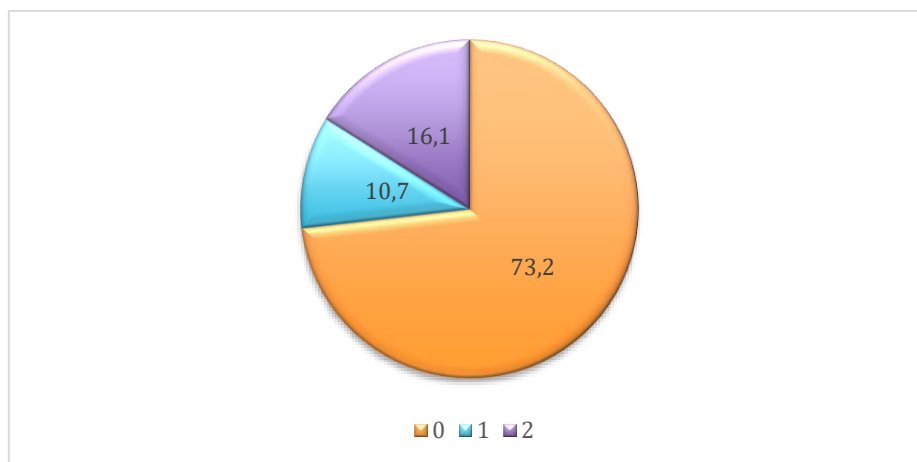
Apesar da elevada percentagem de estudantes da CPLP, alguns consideram não ter português como nativo, tal facto pode dever-se pela influência da chamada “língua materna” muito frequente em países africanos. Como nota (Nadã, 2012, p. 71). *“a medição do nível de português é feita pelos próprios estudantes e, por isso, está sujeita a altos graus de subjetividade”*.

Mas destacamos que apenas 7,1% respondentes consideraram não ter nenhum domínio em escrever na língua portuguesa, 4,8% considerou não ter domínio nenhum da língua portuguesa em falar e 4,7% não ter domínio nenhum da língua em ler (Figura 11).



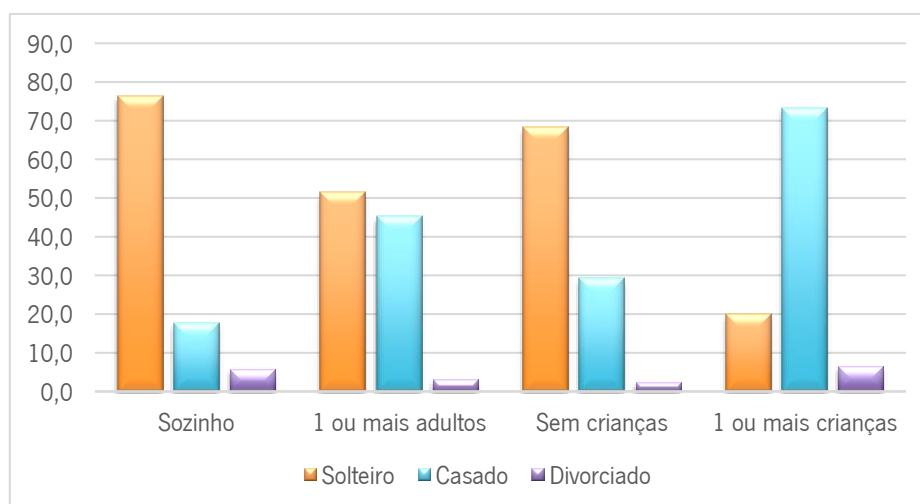
**Figura 11:** Distribuição por domínio da língua portuguesa em %.

A maioria dos respondentes são solteiros (56,5%), cerca de 40% são casados e 3,5% divorciados. Sobre a composição do agregado familiar, 21% dos respondentes afirmou que o seu agregado, em Portugal, é composto apenas por ele (a). Aproximadamente 42% dos respondentes possui no seu agregado mais uma pessoa maior de 18 anos. 37% tem duas pessoas ou mais pessoas adultas adicionais no seu agregado. Por outro lado, 73,2% afirmou não ter nenhuma criança incluída nos seus agregados, no entanto 16,1% afirmou ter 2 crianças no seu agregado familiar (Figura 12).



**Figura 12:** Distribuição por composição do agregado familiar n° de crianças (<18 anos) em %.

Podemos observar na Figura 13 como era de esperar, que estudantes que vivem na sua maioria sozinhos são solteiros e maior número de crianças em estudantes que eram casados/união de facto.



**Figura 13:** Composição do agregado familiar e o estado civil dos estudantes em %.

#### 4.6.1.2. Tempo de estadia em Portugal

Como referimos o nosso questionário foi feito online, e podia ser respondido por qualquer estudante que tivesse o link de acesso, independentemente da sua localização geográfica. Cerca de 28,2% dos nossos respondentes não se encontravam em Portugal quando participaram do estudo.

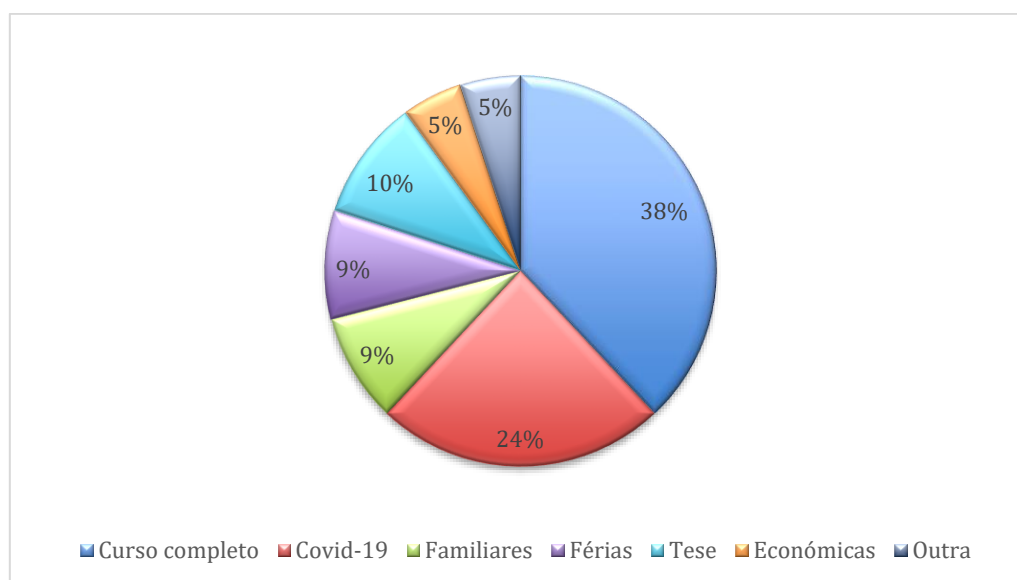


Quando questionados há quanto tempo estavam fora de Portugal, 59,1% responderam ter saído de Portugal há menos de 6 meses (Tabela 1) e 4,5% já se encontravam fora de Portugal há mais de um ano.

**Tabela 1:** Residência atual dos estudantes e tempo em que saiu de Portugal

Se não reside atualmente em Portugal, há quanto tempo saiu do país (n=22)	
Menos de 6 meses	59,1%
6 meses a 1 ano	36,4%
1 a 2 anos	4,5%
Total	100%

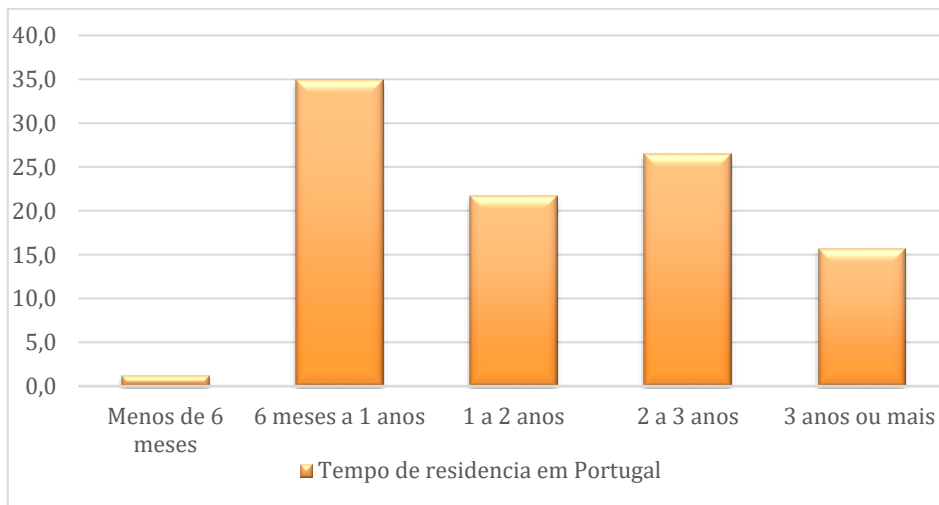
As razões apresentadas para terem saído do país foram diversas. 38,1% tinha saído após ter finalizado os estudos, embora ainda estivessem vinculados ao endereço de correio eletrónico institucional. 23,8% saíram do país por questões relacionadas com o período pandémico (Covid-19), 9,5% já se encontravam em férias, 9,5% estavam fora de Portugal por questões familiares. Foram ainda referidas questões económicas (4,8%) e 4,8% para realizar a tese no país de origem. A Figura 14 apresenta a distribuição das razões.



**Figura 14:** Distribuição por as razões que levaram a sair de Portugal.

Como já referimos, o tempo de permanência no país é relevante para a perceção das experiências no país de acolhimento (Dias, et al., 2018). A Figura 15 apresenta a distribuição dos respondentes por tempo de estadia em Portugal, aquando da resposta ao questionário. O número de

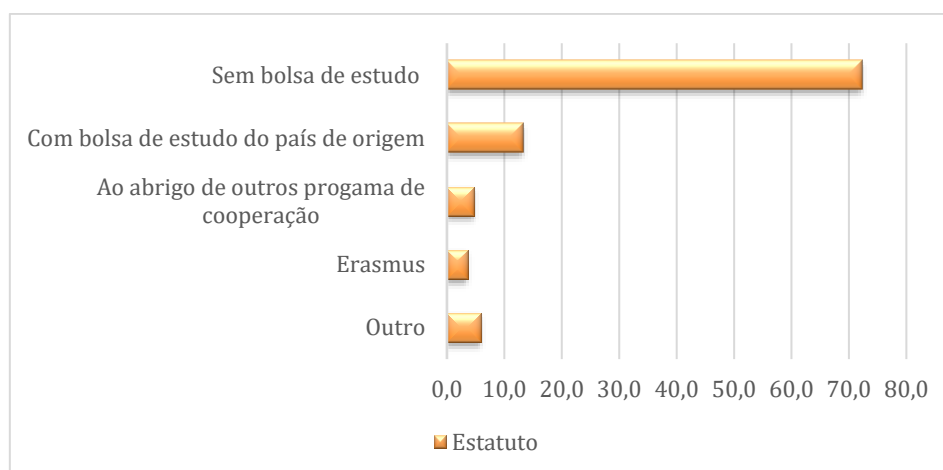
respondentes que residia há menos de 6 meses em Portugal é pequeno (1,2%). Cerca de 15,7% residia há 3 anos ou mais.



**Figura 15:** Distribuição por tempo de residência em Portugal em %.

#### 4.6.1.3. Estatuto do estudante

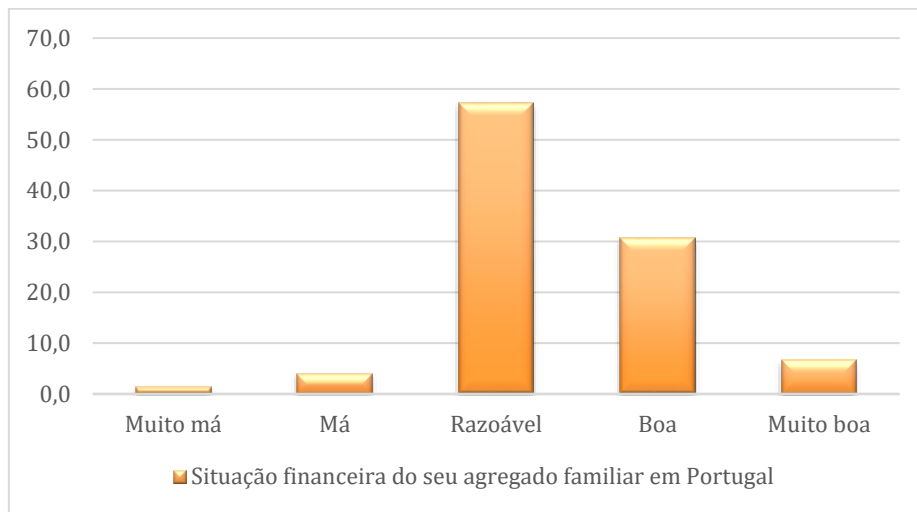
A maioria dos respondentes (72,3%) são estudantes sem bolsas de estudo que custeiam os seus próprios estudos (Figura 16). 13,3% dos nossos respondentes, beneficiam de bolsas de estudos do país de origem, dentro daquilo que tem sido as iniciativas governamentais no investimento da formação internacional dos seus quadros. Apenas 3,6% dos respondentes são estudantes Erasmus e 4,8% estão são estudantes ao abrigo de outro programa de cooperação.



**Figura 16:** Distribuição por estatuto do estudante em %.

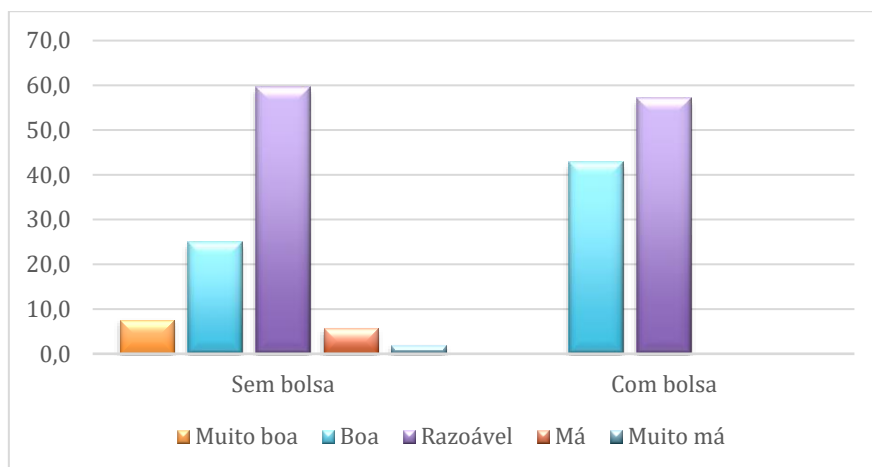
Os fatores económicos podem afetar a saúde, o acesso aos cuidados de saúde e as perceções. A maioria dos respondentes (57,3%) classificaram suas condições financeiras, em Portugal, como

razoáveis (Figura 17). Cerca de 5,3% dos estudantes classificaram as suas condições financeiras como má ou muito má.



**Figura 17:** Distribuição por classificação da situação financeira do agregado familiar em Portugal em %.

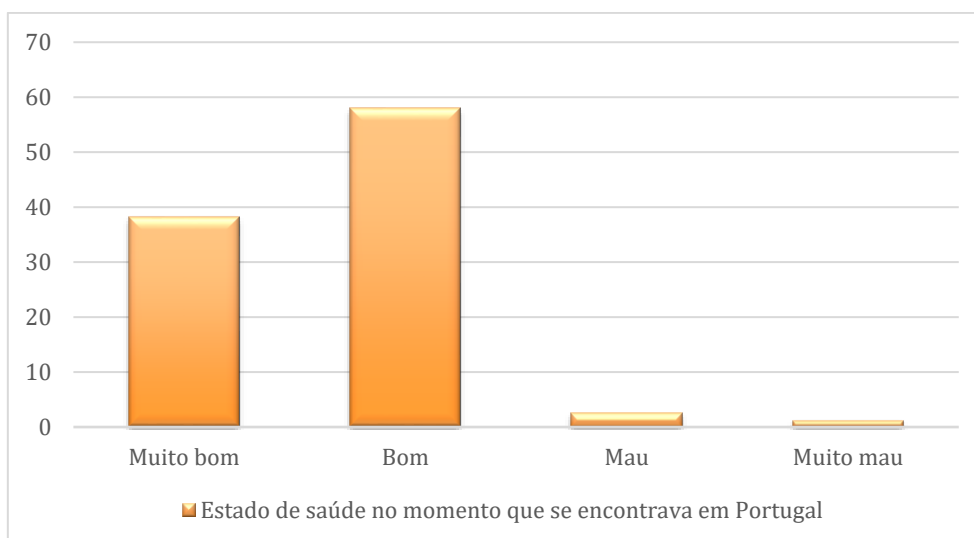
O cruzamento dos dados da Figura 16 com os dados da Figura 17, indica que os estudantes que custeiam os seus estudos, experienciam maiores dificuldades financeiras (Figura 18).



**Figura 18:** Estatuto do estudante e a sua situação financeira em %.

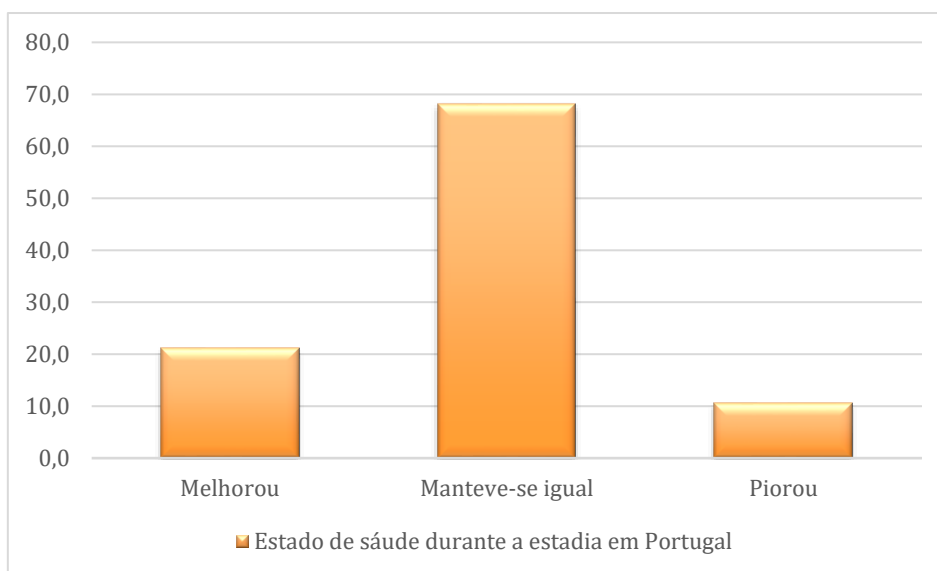
#### 4.6.1.4. Estado de saúde

A Figura 19 apresenta o estado de saúde auto-reportado pelos respondentes. A maioria dos (58%) classifica o seu estado de saúde como bom e 38,3% como muito bom. Apenas 3,7% dos respondentes parece enfrentar problemas de saúde.



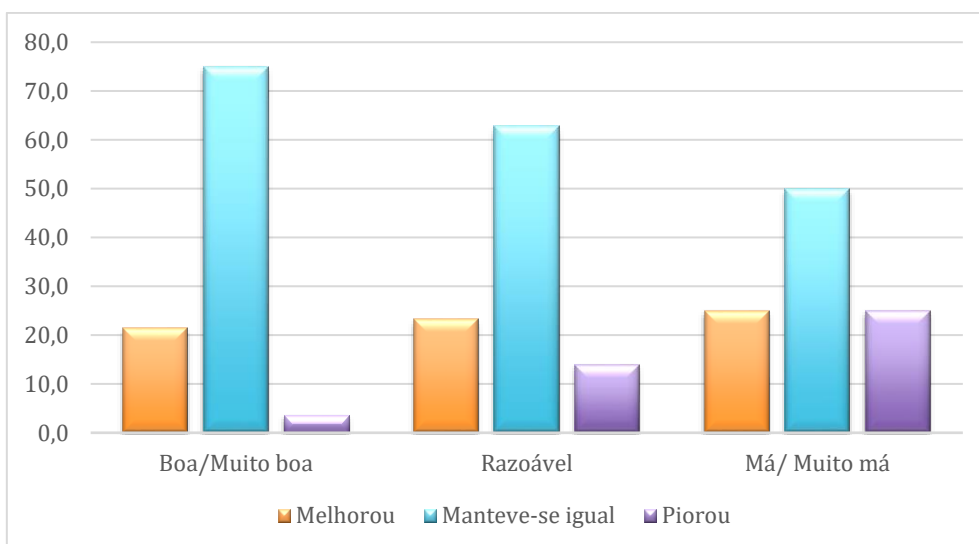
**Figura 19:** Distribuição por classificação do estado de saúde no momento que se encontrava em Portugal em %

A maioria (68,2%) dos respondentes reportou não ter sofrido alteração do seu estado de saúde durante a permanência em Portugal. 21,2% afirmou que seu estado de saúde melhorou (Figura 20).

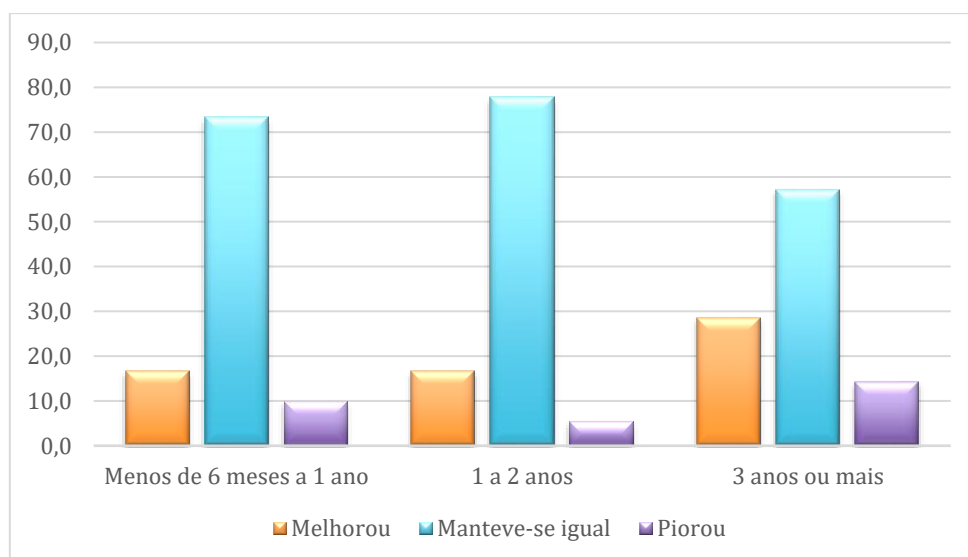


**Figura 20:** Distribuição por classificação da alteração do estado de saúde durante a estadia em Portugal em %

Podemos verificar na Figura 21 e na Figura 22 que a situação financeira e o tempo de residência no país influenciaram a alteração do estado de saúde durante a estadia em Portugal.



**Figura 21:** Alteração do estado de saúde e a situação financeira em %.



**Figura 22:** Alteração do estado de saúde e tempo de residência em Portugal em %.

#### 4.6.2. Conhecimentos sobre os serviços

Um dos objetivos do nosso trabalho era compreender a informação e conhecimento sobre o SNS. Como podemos observar na Tabela 2, a quase totalidade dos respondentes (92,9%) afirmou ter ouvido falar do SNS.

**Tabela 2:** Distribuição sobre ter ouvido falar do SNS

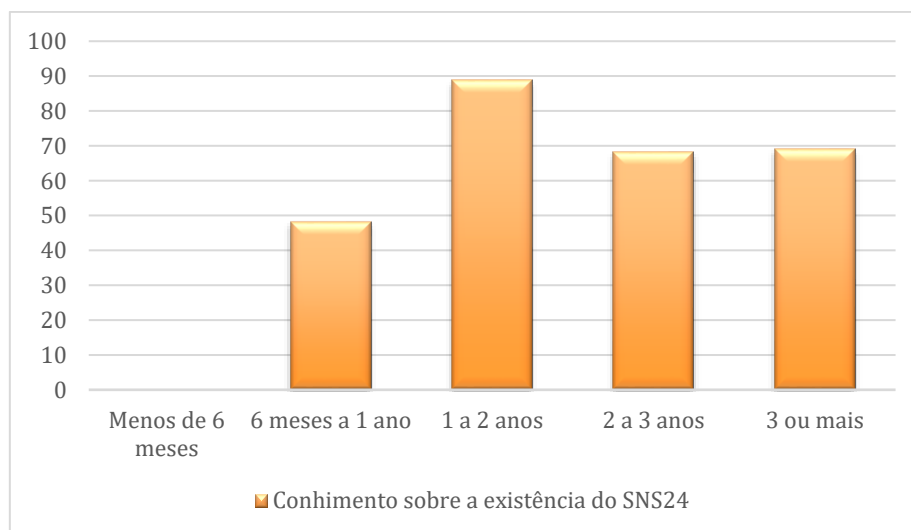
Já ouviu falar do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (n=84)	
Sim	92,9%
Não	1,2%
Não tenho certeza	6%
Total	100%

Relativamente à informação sobre o acesso ao SNS, a maioria (78,8%) afirmou ter obtido informação sobre onde recorrer no caso de ficar doente e 9,4% respondeu não ter a certeza (Tabela 3).

**Tabela 3:** Informações obtida sobre onde recorrer em caso de estar doente

Obteve informação sobre onde recorrer no caso de se sentir doente (n=85)	
Sim	78,8
Não	11,8
Não tenho certeza	9,4
Total	100%

A maioria dos respondentes (64,7%) sabia da existência do SNS24<sup>12</sup>. O tempo de residência no país foi um fator para que estes valores fossem observados (Figura 23).



**Figura 23:** Conhecimento do conhecimento da existência do SNS24 e o tempo de residência em Portugal em %

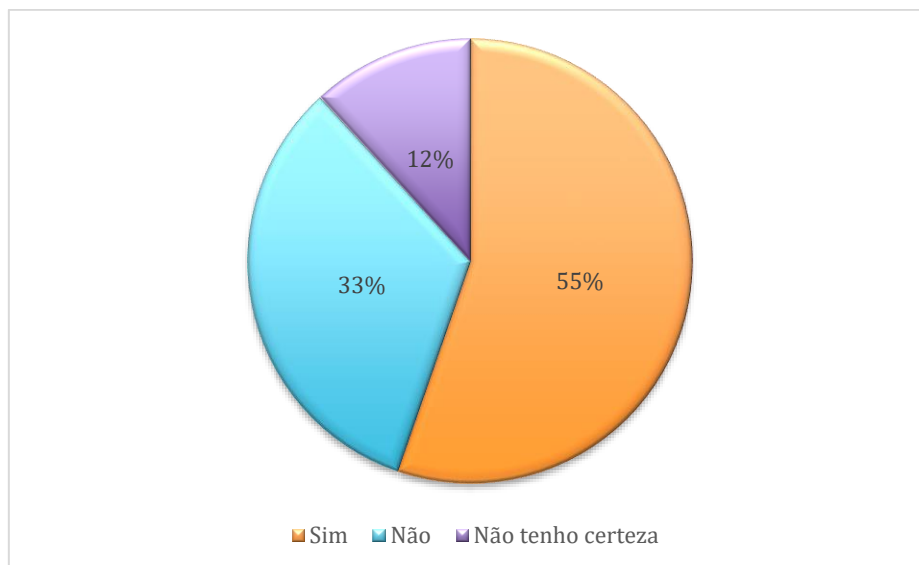
Sendo este estudo efetuado a estudantes da UMinho, nos importou saber se estes conheciam a existência dos centros de saúde pertencentes aos Serviços de Ação Social da Universidade do Minho (SASUM), que se encontra nas instalações da UMinho tanto do campus de Gualtar e Azurém, que

<sup>12</sup> <https://www.sns24.gov.pt/o-que-e-o-sns24/>

fornecem aos estudantes, consultas de clínica geral, ginecologia, apoio psicológico e cuidados de enfermagem, de forma gratuita para estudantes do 1º e 2º ciclos. A maioria (71,8%) dos respondentes sabia da existência do centro de saúde.

#### 4.6.2.1 Direitos de acesso

Quando questionados sobre ter recebido informação sobre seus direitos ao acesso (Figura 24), 55,3% dos respondentes afirmou que recebeu essa informação e 34,1% afirmou não ter recebido.

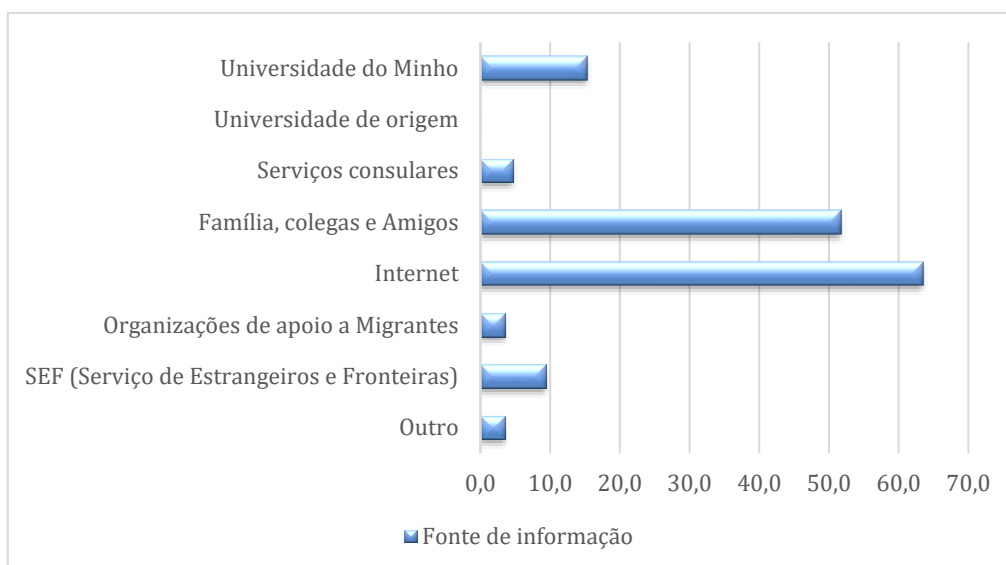


**Figura 24:** Distribuição sobre a obtenção de informação sobre os direitos de acesso aos cuidados de saúde no SNS

#### 4.6.2.2 Fontes de informação

Relativamente a qual foi principal fonte de informação para obter informações sobre o SNS (Figura 25), acesso e direitos, as respostas sugerem que os estudantes usaram várias fontes, a saber:

1. 30,6% Internet,
2. 21,2% Família, colegas e amigos,
3. 20% Família, colegas amigos e a internet,
4. 5,6% Serviços da universidade do Minho,
5. 22,6% Outras combinações.



**Figura 25:** Distribuição por fonte de informação sobre o acesso aos serviços de saúde em Portugal em %.

#### 4.6.2.3. Taxas moderadoras

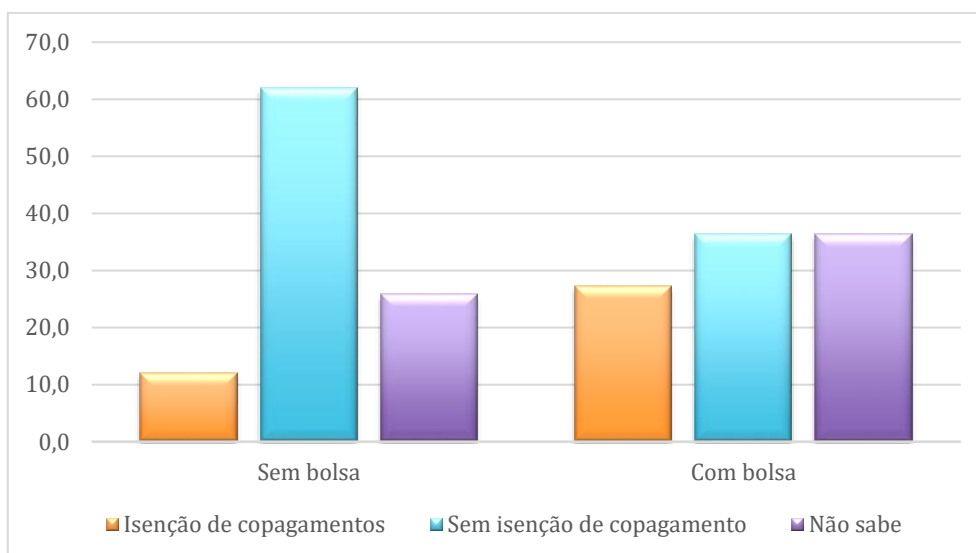
Apenas 15,9% respondeu ser isento do pagamento de taxas moderadoras (Tabela 4). A maioria dos respondentes (54,9%) afirmou não ser isento. Também neste indicador, nota-se a ausência de conhecimento, com 29,3% dos respondentes a responder que não sabiam qual era o seu estatuto em relação aos copagamentos no SNS.

**Tabela 4:** Isenção das taxas e atribuição de médico de família

É/foi isento de copagamentos nos serviços públicos de saúde em Portugal (n=82)	
Sim	15,8
Não	54,9
NS/NTC	29,3
Total	100%
Tem/ teve médico de família do SNS atribuído (n=85)	
Sim	50,6
Não	41,2
Não sei	8,2
Total	100%

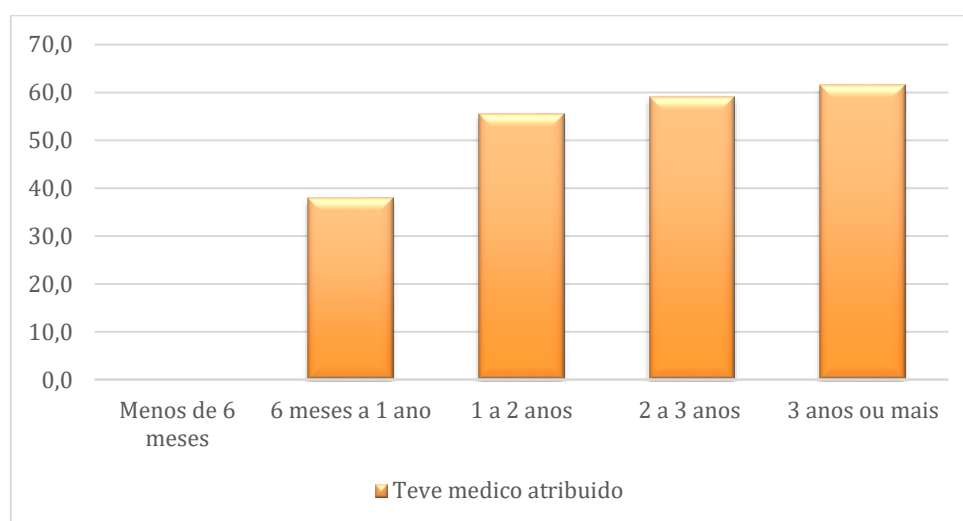
Podemos observar nos estudantes com bolsa de estudo maior isenção de copagamentos e também maior desconhecimento sobre a isenção (Figura 26).





**Figura 26:** Estatuto do estudante e a isenção dos copagamentos em %.

A maioria dos respondentes (50,6%) dos respondentes afirmaram ter-lhes sido atribuídos um médico de família, 41,2% não tinham médico de família atribuído e 8,2% não sabiam. Podemos observar na Figura 27 como era de esperar que, respondentes a viver há mais anos em Portugal reportarem mais frequentemente ter médico de família atribuído.

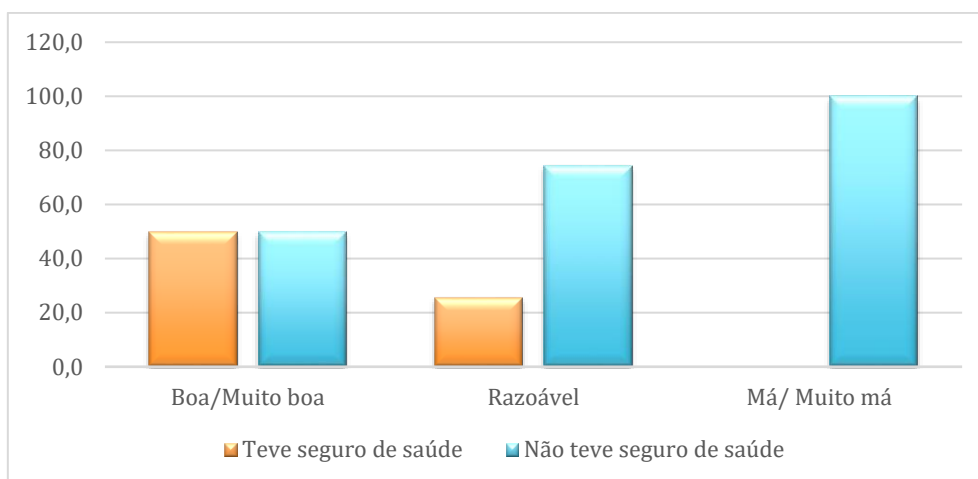


**Figura 27:** Antiguidade no país e ter médico de família em %.

#### 4.6.2.4. Seguros de saúde

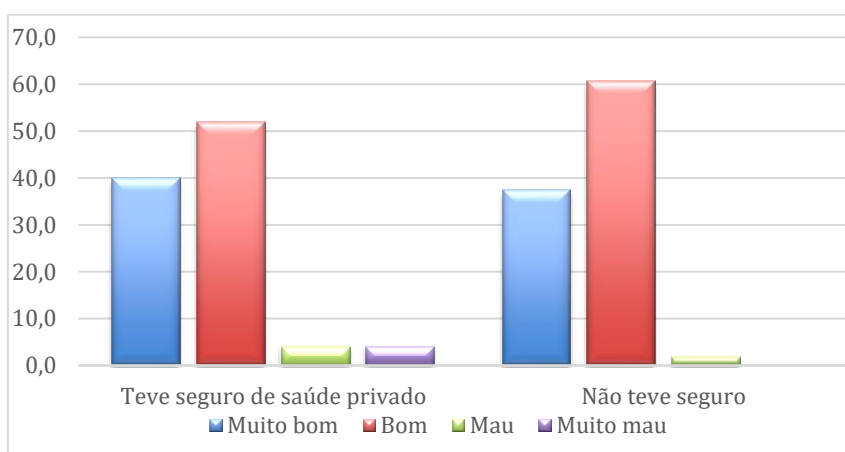
Cerca de 30,6% dos respondentes referiu ter seguro de saúde privado em Portugal.

Como esperado, são no grupo de respondentes com melhor situação financeira, onde há uma maior percentagem de indivíduos que reportam ter seguro privado (Figura 28).

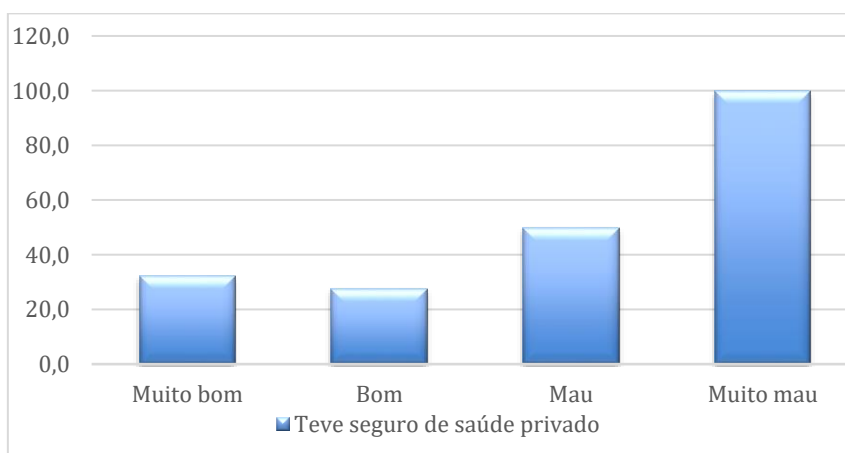


**Figura 28:** Situação financeira e a obtenção de seguro de saúde privado em %

Os indivíduos com seguro de saúde também são os que mais apresentaram estado de saúde mau ou muito mau (Figura 29). E todos indivíduos que reportaram pior estado de saúde estavam cobertos por seguros privados (Figura 30).

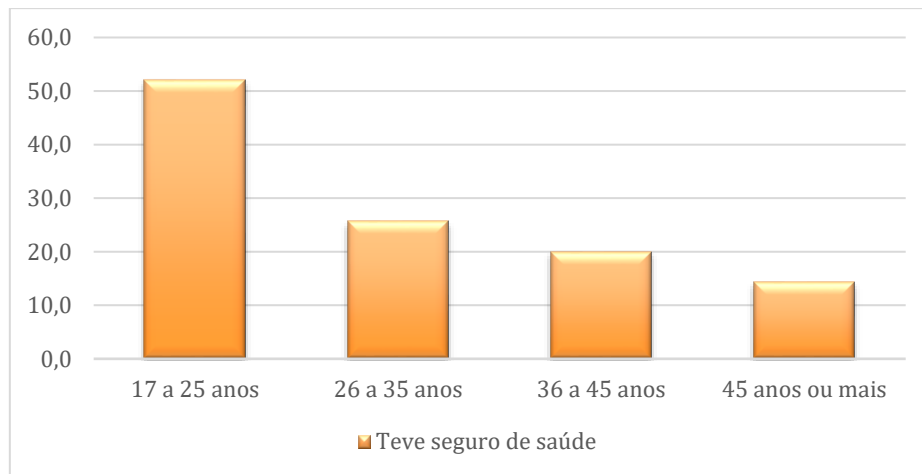


**Figura 29:** Seguro de saúde e o estado de saúde em %



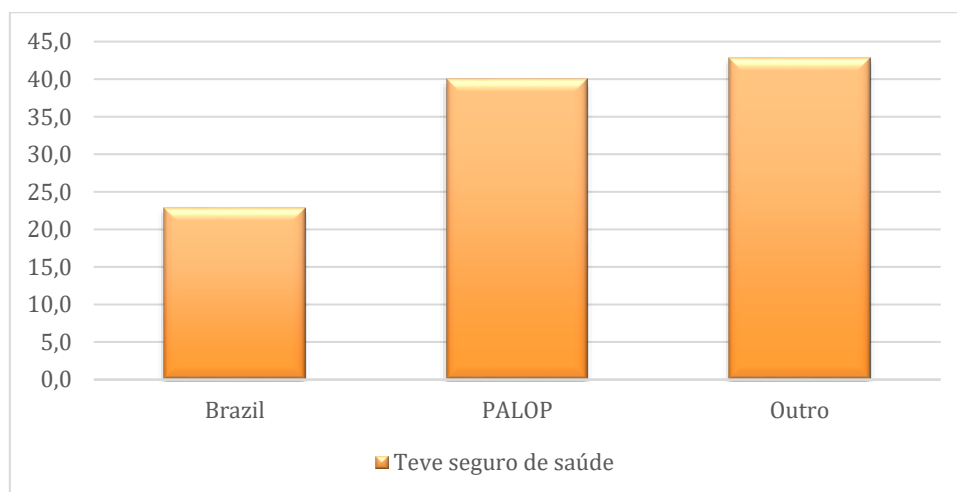
**Figura 30:** Estado de saúde em Portugal e a obtenção de seguro de saúde privado em %

Verificamos ainda que são os estudantes mais novos que mais reportam ter seguro de saúde (Figura 31).



**Figura 31:** Faixa etária e a obtenção de seguro de saúde privado em %.

Estudantes não pertencentes a CPLP são os que mais possuem seguros de saúde como podemos observar na Figura 32. De modo a facilitar a observação dos dados agrupamos por grupos destacando o Brasil por possuir maior representatividade.

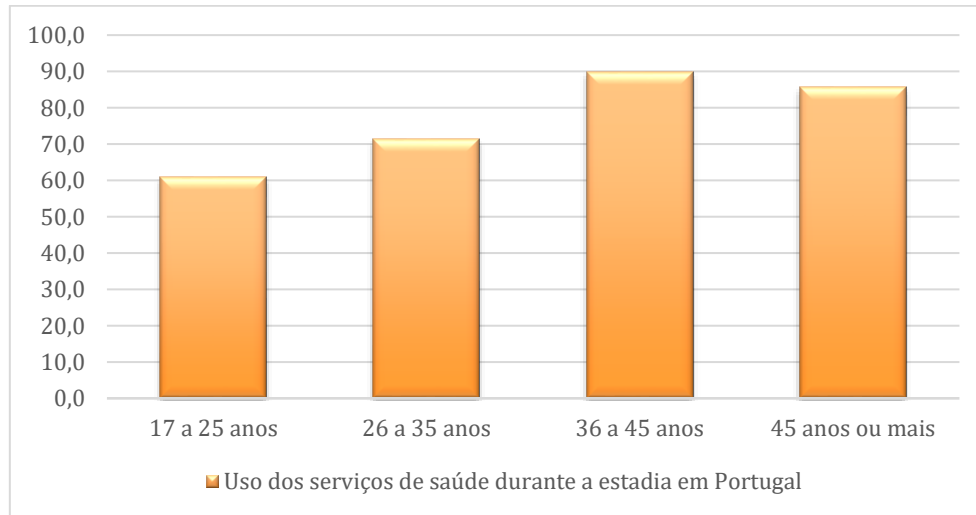


**Figura 32:** Grupo de origem e a obtenção de seguro de saúde privado em %

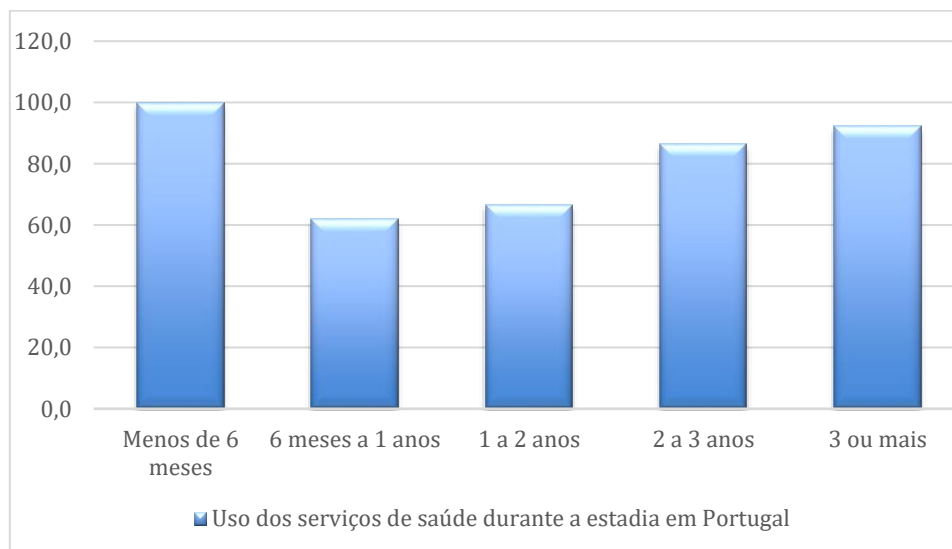
#### **4.6.3. Uso dos serviços de Saúde**

De um modo geral, para que haja um acesso efetivo aos serviços de saúde é necessário que o próprio indivíduo reconheça as suas necessidades de cuidados de saúde, que os serviços estejam disponíveis no momento necessário e que este possa aceder e utilizar.

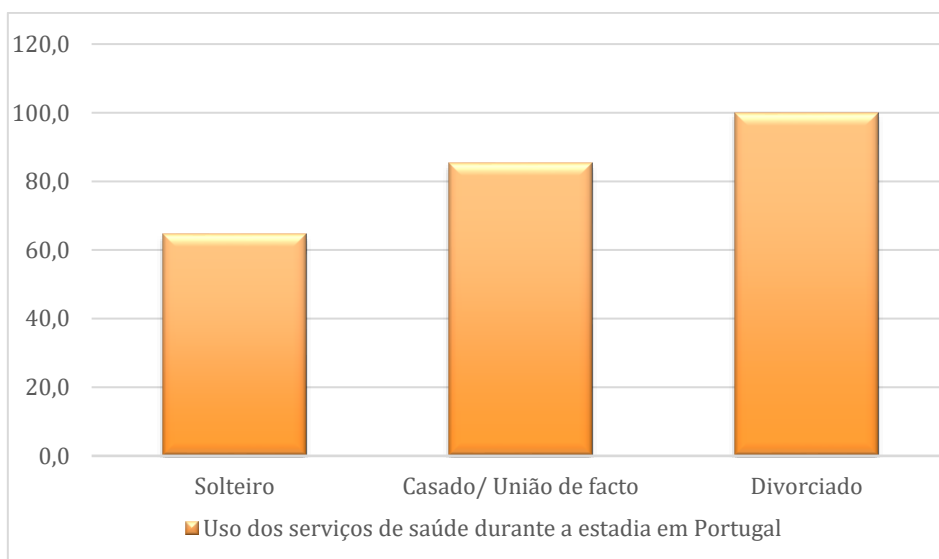
25,9% de estudantes nunca usaram os serviços de saúde durante a sua estadia em Portugal. A idade (Figura 33), o tempo de residência no país (Figura 34) e o estado civil (Figura 35), influência positivamente ao uso dos serviços de saúde.



**Figura 33:** Uso dos serviços de saúde e idade em %.

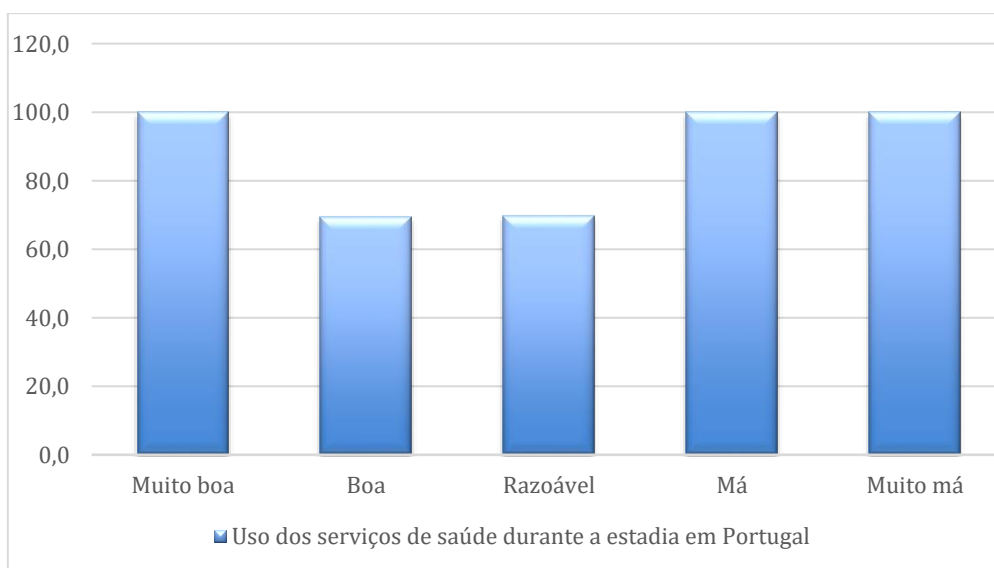


**Figura 34:** Uso dos serviços de saúde e o tempo de residência em %

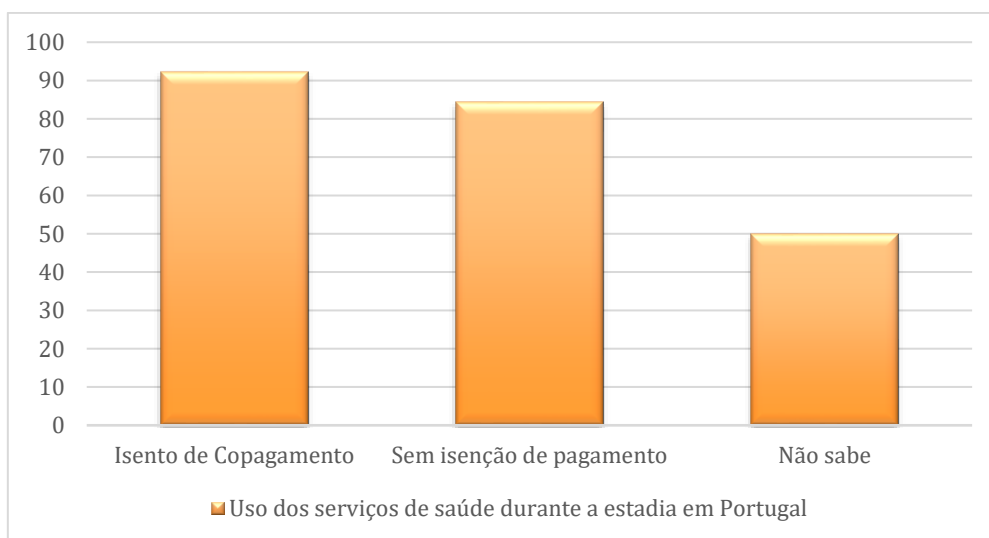


**Figura 35:** Uso dos serviços de saúde e o estado civil em %.

Verificamos ainda que as condições económicas e não isenção de copagamentos, não parecem servir de barreira ao uso dos serviços de saúde pelo menos uma vez (Figura 36 e Figura 37).

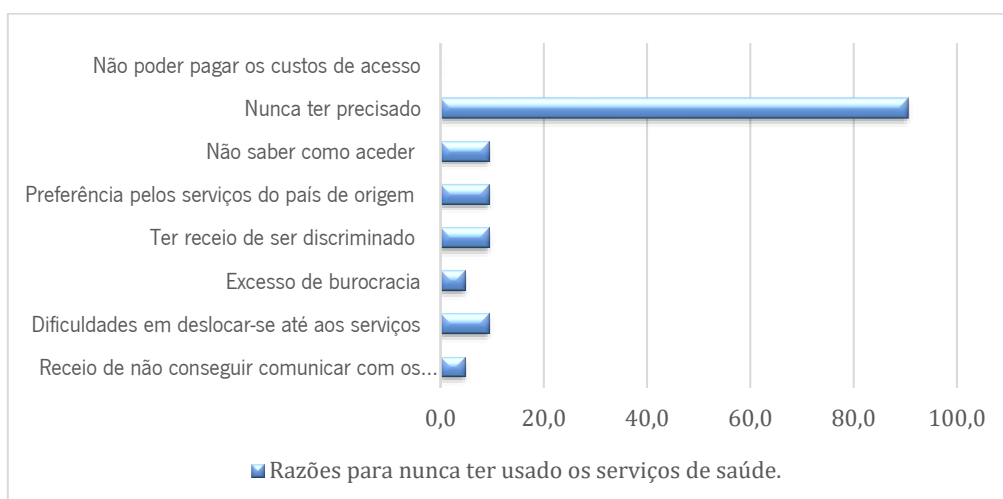


**Figura 36:** Uso dos serviços de saúde e a situação financeira em %



**Figura 37:** Uso dos serviços de saúde e a isenção de copagamentos em %.

A maioria dos indivíduos (61,9%) que não usou cuidados de saúde referiu não ter necessitado como o único motivo. Os restantes apresentaram diferentes razões, conforme apresentado na Figura 38. 9,5% diz não ter precisado e não saber como aceder, 9,5% diz não ter precisado e ter dificuldades em deslocar-se aos serviços de saúde. Mesmo entre os que têm seguro de saúde, 18,1% referiu não ter usado os serviços de saúde. E de notar ainda que nenhum dos respondentes referiu as condições económicas como fator de não uso dos serviços de saúde.



**Figura 38:** Distribuição por razões para nunca ter usado os serviços de saúde em %

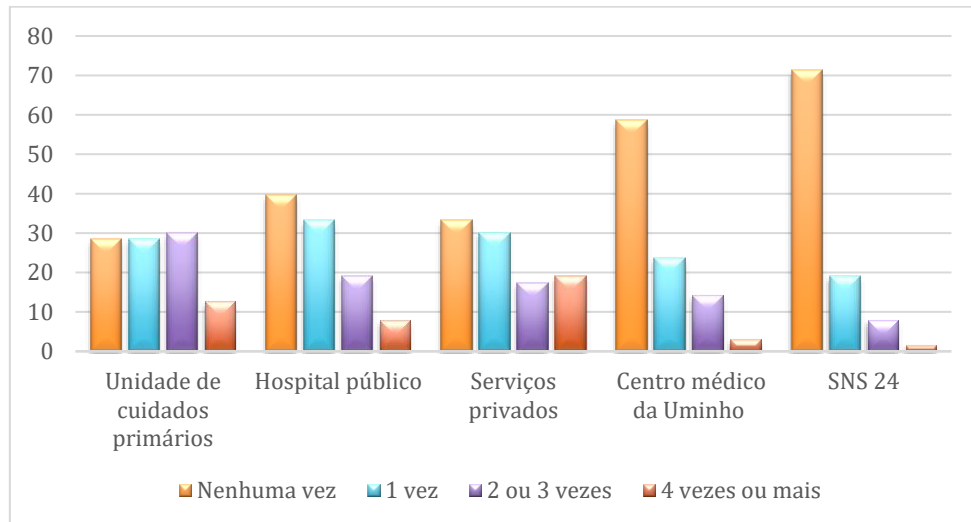
Aos 74,1% dos respondentes (n=63) que usaram os serviços de saúde, foi perguntado quais os serviços mais usados e quantas vezes usaram. Como podemos observar na Figura 39, as unidades de cuidados de saúde primários<sup>13</sup>, foram as unidades de saúde mais usadas “pelo menos uma vez” (cerca

<sup>13</sup> No questionário usamos a nomenclatura Centros de saúde do SNS para que os estudantes pudessem entender facilmente

de 70% dos respondentes). Cerca de 13% dos respondentes visitou uma unidade de cuidados de saúde 4 ou mais vezes.

Cerca de 60% dos inquiridos visitou pelo menos uma vez o hospital, sendo que 8% visitou 3 vezes ou mais.

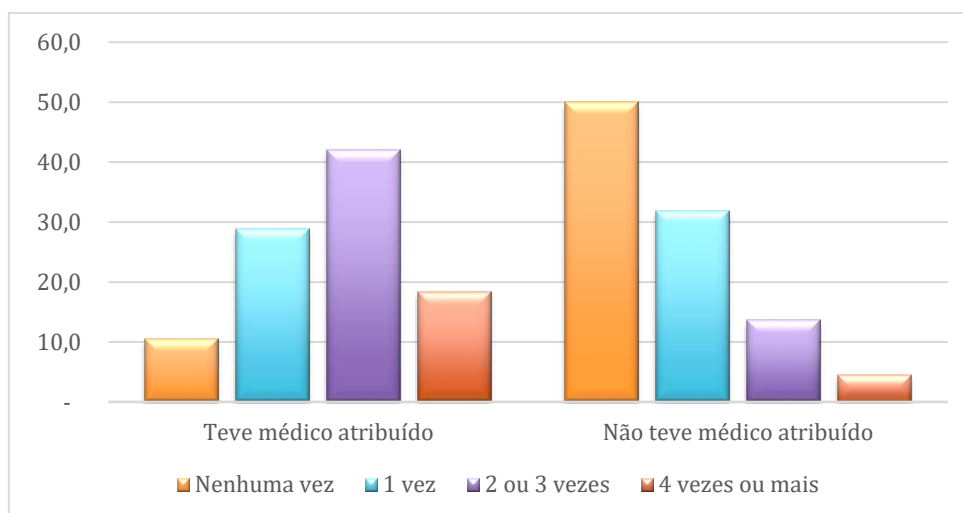
A maioria dos respondentes nunca usou os cuidados médicos da Universidade do Minho nem o SNS24.



**Figura 39:** Distribuição por tipo serviços e frequência de uso dos serviços de saúde em %

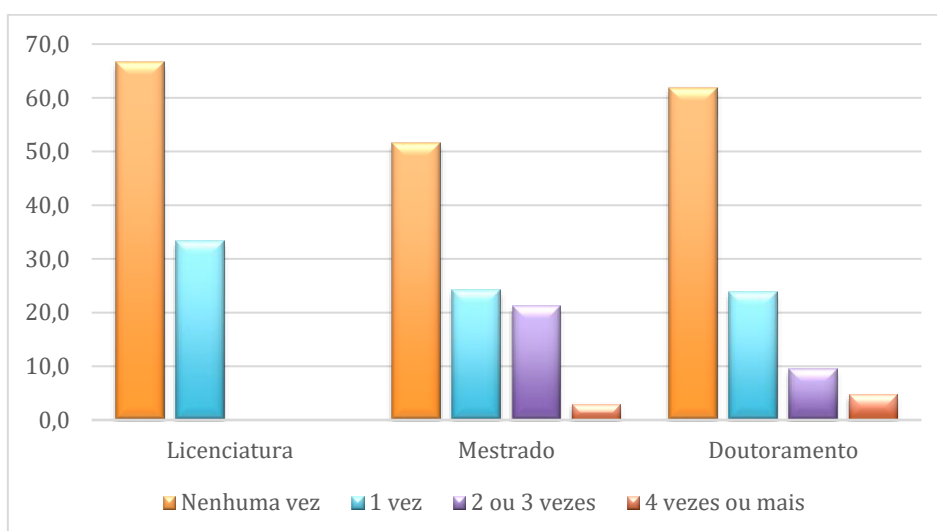
As unidades de cuidados primários, Hospitais públicos e o serviço dos SNS24, foram utilizados na sua maioria por estudantes que possuíam mais um elemento no seu agregado familiar, os serviços do centro médico da UMinho foi usado por estudantes que na sua maior parte vivem sozinhos, os serviços privados foram usados de igual forma entre os estudantes independente do número do agregado familiar.

Como podemos observar na Figura 40, os estudantes com médico de família atribuído usaram mais vezes os serviços das unidades de cuidados primários de saúde.



**Figura 40:** Uso dos serviços do centro de saúde do SNS e atribuição de médico de família em %

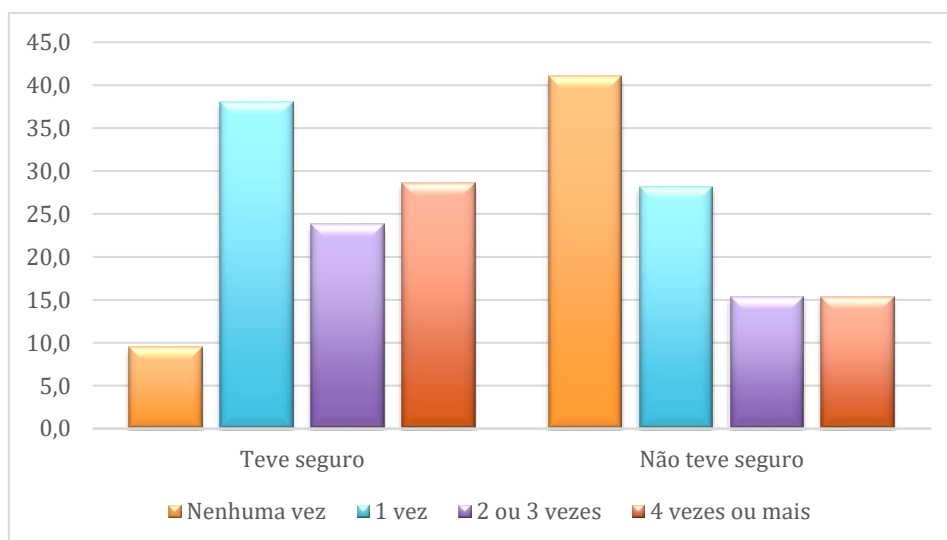
O serviço do centro de saúde da UMinho foi usado mais vezes por estudantes maioritariamente do 2º e 3º ciclo de ensino, como pode ser visto na Figura 41.



**Figura 41:** Uso dos serviços do centro de saúde da UMinho e o ciclo de estudo em %

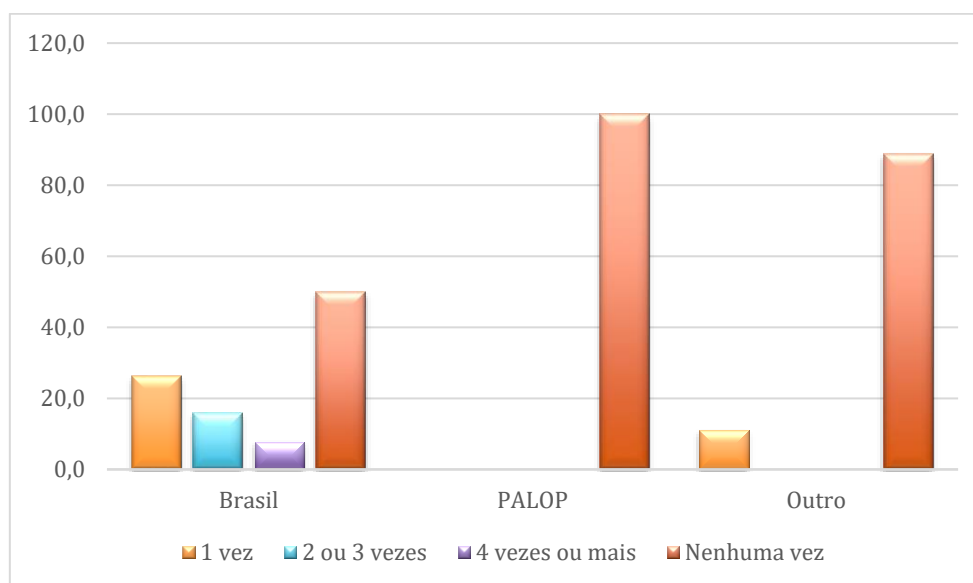
Por outro lado, os resultados sugerem que não possuir um seguro de saúde não serviu como impedimento ao uso dos serviços privados de saúde, já que mais do que 50% dos indivíduos sem seguro de saúde usou os cuidados privados pelo menos 1 vez. Nota-se, no entanto, que a percentagem é muito superior nos indivíduos com seguro privado (Figura 42).





**Figura 42:** Uso dos serviços de saúde privados e a ter seguro de saúde privado em %

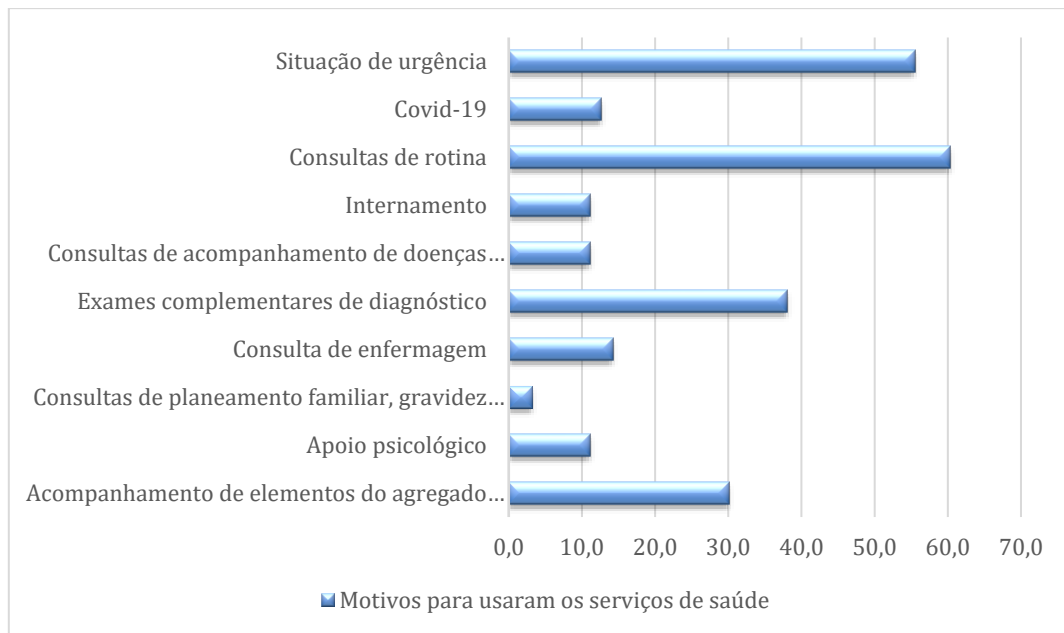
Os estudantes do Brasil são os que mais usaram o SNS 24, podemos observar isto na Figura 43. Como ainda se pode ver, a larga maioria dos estudantes PALOP e Outro nunca usaram os Serviços. De entre os, estudantes brasileiros, 50% reportou ter usado pelo menos uma vez.



**Figura 43:** Uso dos serviços do SNS24 e o grupo de origem em %

A Figura 44 apresenta as razões para o uso de cuidados de saúde. Poi dada a oportunidade de escolherem várias opções para as quais usaram os serviços de saúde. O motivo mais frequente para recorrer aos serviços de saúde foi para realização de consultas de rotina, cerca de 60,3% dos inquiridos. De entre os outros motivos, destaca-se que 55,6% dos indivíduos acedeu aos cuidados de urgência, 38,7% para exames complementares de diagnóstico e 30,6% para acompanhamento de elementos do agregado familiar. Os elementos do sexo feminino foram os que mais usaram os

serviços, mas os elementos do sexo masculino destacam-se apenas no uso dos serviços em situação de internamento.



**Figura 44:** Distribuição por razões/motivos que os levou a recorrer ao uso dos serviços de saúde em %.

#### 4.6.4. Percepção durante o acesso

As experiências durante o processo de acesso e utilização dos serviços de saúde variam de indivíduo para indivíduo, entre indivíduos da mesma comunidade, entre comunidades imigrantes do mesmo país e até mesmo de país para país. Resultando em diferentes percepções de facilitadores ou fatores desmotivadores/barreiras durante o uso dos serviços.

Os resultados obtidos (Tabela 5) sugerem que a maior parte (57,7%) dos estudantes têm dificuldade em compreender como funciona o SNS (referiram algumas vezes, muitas vezes e sempre). Cerca de 14% dos estudantes, reporta a falta de documentos como barreira ao atendimento de certos estudantes (algumas vezes 10,3%, muitas vezes 1,7% e sempre 1,7%). A larga maioria dos respondentes nunca apresentou qualquer reclamação dos serviços de saúde.

**Tabela 5:** Percepção de barreiras na utilização dos serviços do SNS

	Total				
	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Senti dificuldades em					
Compreender como funciona o SNS (n=59)	6,8%	11,9%	39%	22%	20,3%
Comunicar com os profissionais de saúde (n=60)	8,3%	11,7%	30%	21,7%	28,3%
Pagar os cuidados de saúde (n=58)	5,2%	3,4%	5,2%	13,8%	72,4%
Seguir os tratamentos por dificuldades económicas (n=58)	0%	5,2%	5,2%	8,6%	81%
Senti-me discriminado					
Pela nacionalidade (n=60)	5%	5%	15%	8,3%	66,7%
Pela língua (n=53)	1,9%	5,7%	11,3%	7,5%	73,6%
Pela raça (n=59)	3,4%	1,7%	3,4%	8,5%	83,1%
Pelo estatuto socioeconómico (n=57)	1,8%	1,8%	1,8%	5,3%	89,5%
Pelas minhas crenças e cultura (n=58)	1,7%	1,7%	3,4%	5,2%	87,9%
Tive acesso a tradutores (n=16)	0%	0%	6,3%	0%	93,7%
Recusado o acesso por falta de algum documento (n=58)	1,7%	1,7%	10,3%	6,9%	79,3%
Apresentei reclamação dos serviços de saúde (n=59)	0%	3,4%	1,7%	3,4%	91,5%

Considerando a distribuição das respostas por grupo de origem dos respondentes, os estudantes dos países PALOP, são os que parecem compreender melhor o funcionamento do sistema. Por outro lado cerca de 16%, dos estudantes do Brasil reporta sentir sempre ou muitas vezes dificuldades em compreender o funcionamento do sistema. Esta percentagem é de 30% entre os estudantes de “outro” grupo de origem (Tabela 6).

**Tabela 6:** Avaliação da compreensão do funcionamento do sistema de saúde e o grupo de origem (n=59)

		Grupo de origem		
		Brasil	PALOP	Outro
Avalie a ocorrência da seguinte situação: Senti dificuldade em compreender como funciona o sistema	Sempre	11,1%	0%	23,1%
	Muitas vezes	5,6%	10%	7,7%
	Algumas vezes	47,2%	20%	30,8%
	Raramente	19,4%	30%	23,1%
	Nunca	16,7%	40%	15,4%
Total		100%	100%	100%

Embora o estudo seja com estudantes que falam maioritariamente português, 50,9% (incluindo algumas vezes, muitas vezes e sempre) dos respondentes que usaram os serviços de saúde, sentiram dificuldades em comunicar com os profissionais de saúde. Entre os fluentes e nativos 45,7% reportaram problemas de comunicação, sugerindo que a interpretação da pergunta foi além das dificuldades linguísticas (Tabela 7). Apenas, 6,3% dos estudantes que não falavam português (sem domínio, básico ou intermédio) referiram ter tido acesso a um tradutor durante a utilização dos serviços de saúde.

**Tabela 7:** Nível de língua portuguesa falado e a avaliação da comunicação com os profissionais de saúde

		Nível da língua Portuguesa (Falar)				
		Sem domínio	Básico	Intermédio	Fluente	Nativo
Senti dificuldades em comunicar com os profissionais de saúde	Sempre	100%	25%	0%	14,3%	2,6%
	Muitas vezes	0%	50%	14,3%	0%	10,3%
	Algumas vezes	0%	25%	28,6%	28,6%	33,3%
	Raramente	0%	0%	0%	0%	30,8%
	Nunca	0%	0%	57,1%	57,1%	23,1%
Total		100%	100%	100%	100%	100%

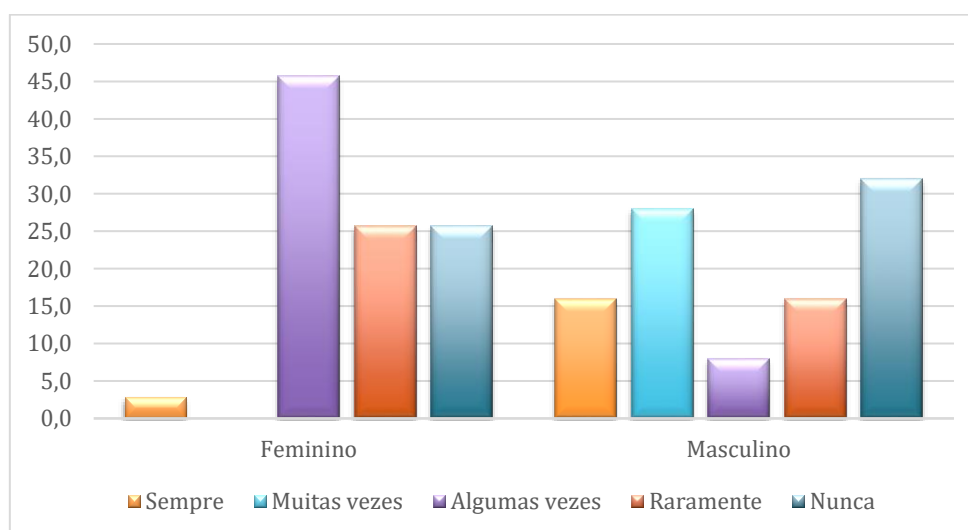
A maioria dos estudantes nunca percecionou discriminação nos serviços de saúde. A nacionalidade e a língua são as causas mais reportadas de perceção de discriminação. Cerca de 25% dos estudantes respondentes percecionaram (algumas vezes, muitas vezes e sempre) terem sido discriminados pela sua nacionalidade e aproximadamente 8,5% pela raça (observada por estudantes de Angola, Brasil, Equador e Espanha).

A nacionalidade e a língua são as principais causas de discriminação reportadas pelos respondentes. No entanto a discriminação parece ser um sentimento associado a várias dimensões consideradas. A análise mostra que as variáveis estão moderadamente ( $0,5 < \rho < 0,8$ ) ou fortemente correlacionadas ( $\rho \geq 0,8$ ) (Khamis, 2008), indicando que os indivíduos que percecionam discriminação numa determinada dimensão tendem a percecionar nos várias<sup>14</sup> como podemos observar na Tabela 8.

**Tabela 8:** Correlação entre as barreiras discriminatórias (coeficiente de Spearman)

	Nacionalidade	Língua	Raça	Estatuto económico	Cultura
Nacionalidade	1.0000				
Língua	0.7962	1.0000			
Raça	0.6163	0.5678	1.0000		
Estatuto económico	0.5362	0.5077	0.7579	1.0000	
Cultura	0.5711	0.6722	0.6026	0.8021	1.0000

A dificuldade de comunicar com profissionais de saúde é reportada mais frequentemente pelos respondentes masculinos. Cerca de 44% dos respondentes masculinos, que usaram os cuidados de saúde, reportam ter sentido muitas vezes ou algumas vezes dificuldades contra 2,9% dos respondentes femininos. 45% dos respondentes femininos reporta, no entanto, ter sentido dificuldades de comunicação algumas vezes (Figura 45).

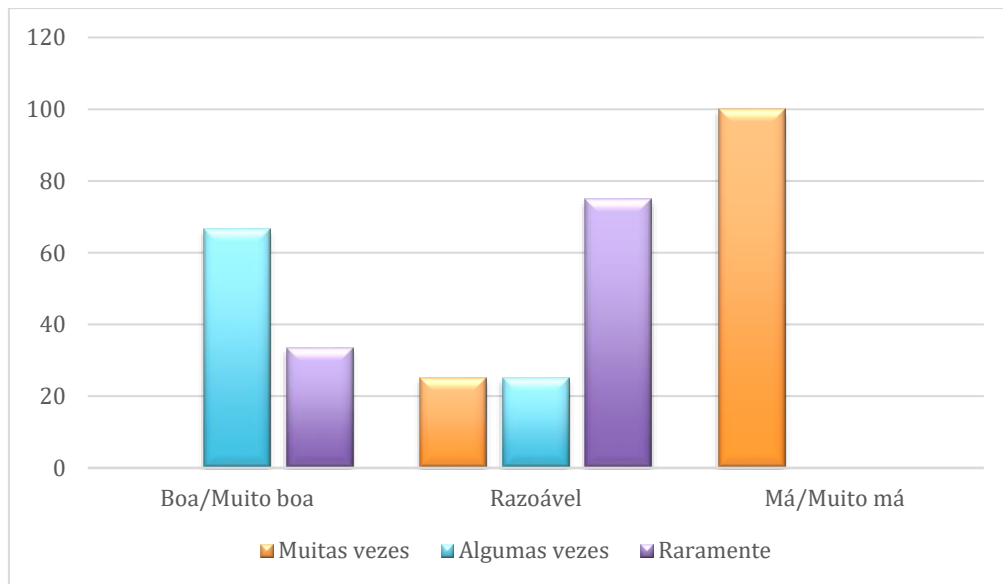


**Figura 45:** Avaliação da comunicação dos profissionais de saúde entre os sexos em %.

A maioria (81%) dos respondentes que usaram os cuidados de saúde, nunca sentiu dificuldades seguir os tratamentos. No entanto, as condições económicas foram um fator para que os

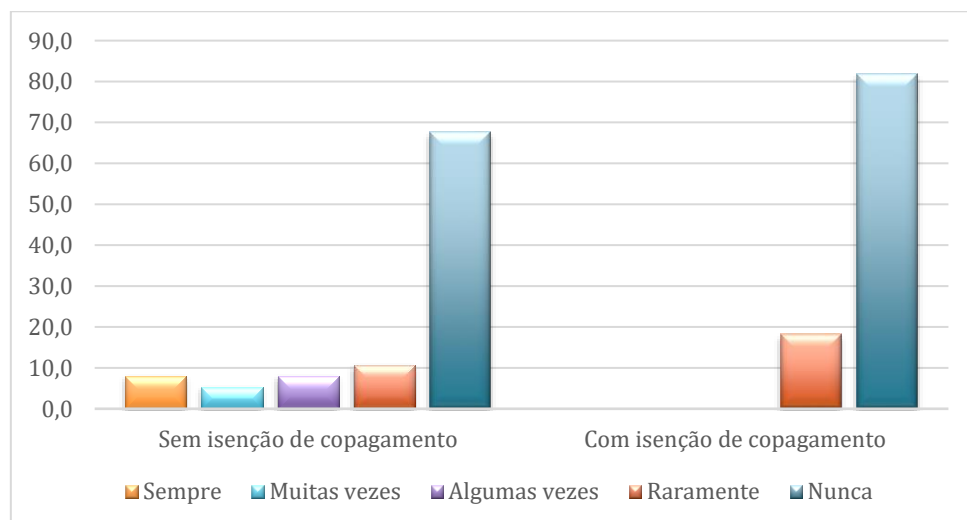
<sup>14</sup> Codificamos numericamente as variáveis de discriminação (1= nunca, ...5= sempre).

respondentes tivessem dificuldade em seguir tratamentos recomendados, como podemos verificar na Figura 46.

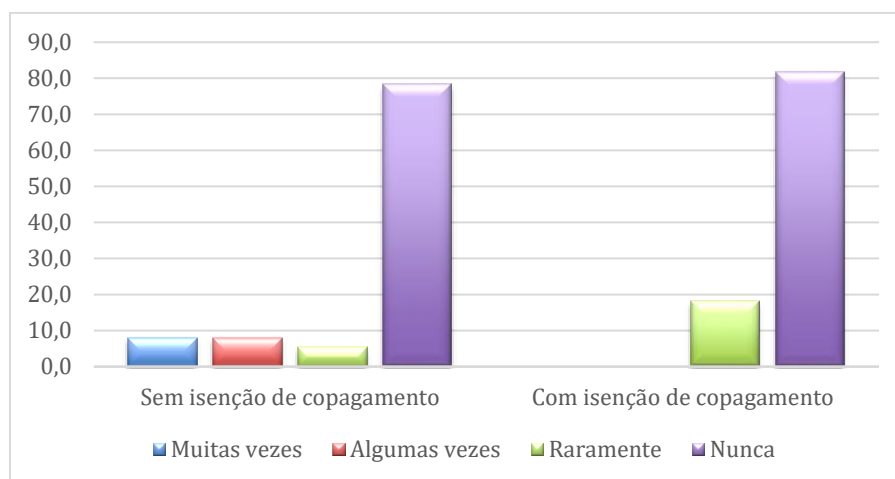


**Figura 46:** Dificuldade em seguir os tratamentos e a situação financeira em %.

Os estudantes que não são isentos do pagamento das taxas moderadoras, apresentaram mais dificuldades financeiras para pagar os custos de saúde e seguir os tratamentos recomendados por dificuldades financeiras (Figura 47 e Figura 48).



**Figura 47:** Dificuldades financeiras para pagar os cuidados de saúde e a isenção de copagamento em %.



**Figura 48:** Dificuldades em seguir tratamentos por dificuldades económicas e a isenção de copagamento em %.

#### 4.6.5. Perceção da qualidade dos serviços do SNS

Para compreender as perceções e relativamente a diferentes dimensões do acesso e da qualidade dos SNS, pedimos aos estudantes que classificassem a sua experiência e seu nível de concordância em diferentes aspetos do sistema. Tendo em conta que as perceções, podem alterar dependendo do tempo de residência no país, dos estados de saúde e das condições económicas, detalhamos a análise tendo em conta essas variáveis.

Em geral os respondentes, parecem avaliar positivamente as diferentes dimensões de acesso e de prestação de cuidados de saúde é elevada, como podemos observar na Tabela 9. Os aspetos onde parecem notar maiores dificuldades, referem-se ao acesso a informação (37,3%), à capacidade do sistema de saúde para acolher os estrangeiros (30,9%), à dificuldade de marcar uma consulta (34%), ao acesso geográfico aos serviços (22,4%). No entanto (60,3%) concorda (moderadamente ou muito) que o acesso geográfico é fácil, 53,1% concorda (moderadamente ou muito) que os estrangeiros recebem tratamento semelhante aos nacionais. 47,3% concorda (moderadamente ou muito) que o sistema está bem preparado para acolher os estrangeiros.

Os aspetos relacionais do sistema são também positivamente avaliados. A maioria (66,1%) concorda (moderadamente ou muito) que o doente é tratado com respeito e 65,6% concorda (moderadamente ou muito) que os profissionais mostram verdadeiro interesse pelo estado de saúde do doente. Aproximadamente 68% avalia a qualidade dos serviços de saúde como boa (concordam ou concordam muito). No entanto, os prestadores de serviços privados são percecionados como melhores.

**Tabela 9:** Perceção da qualidade dos serviços do SNS.

	Total %				
	Concordo muito	Concordo moderadamente	NC/ND	Discordo moderadamente	Discordo muito
Recebi informação suficiente sobre como aceder aos cuidados de saúde (A- Informação)	16,9%	28,8%	16,9%	25,4%	11,9%
O acesso geográfico aos serviços é fácil (B- Acesso)	24,1%	36,2%	17,2%	12,1%	10,3%
A organização geral dos serviços é boa (C- Organização)	13,8%	50%	12,1%	22,4%	1,7%
O funcionamento do sistema é claro (D- Funcionamento)	10,5%	29,8%	31,6%	21,1%	7%
É fácil marcar uma consulta (E- Consulta)	8,9%	39,3%	17,9%	17,9%	16,1%
O doente é tratado com respeito (F- respeito)	37,5%	28,6%	14,3%	12,5%	7,1%
Os profissionais mostram verdadeiro interesse pelo estado de saúde do doente (G- Interesse)	32,8%	32,8%	15,5%	12	6,9%
O sistema está bem preparado para a acolher os estrangeiros (H- Acolher)	20%	27,3%	21,8%	16,4%	14,5%
A qualidade dos cuidados de saúde é boa (I- Qualidade)	31%	37,9%	13,8%	12,1%	5,2%
Os estrangeiros recebem a mesma qualidade de serviço que os portugueses (J- Equidade)	34,7%	18,4%	26,5%	10,2%	10,2%
Os prestadores de cuidados de saúde privados oferecem mais qualidade (K- Privados)	35,7%	19%	33,3%	11,9%	0%

As perceções nas diferentes dimensões avaliadas estão positivamente correlacionadas, mas em geral as associações são moderadas ( $0,5 < \rho < 0,8$ ). A perceção de que o sistema, trata o doente com respeito, é capaz de acolher emigrantes e tratá-los iguais, é a que parece estar mais associada com a perceção da qualidade, tal como pode ser visto na Tabela 10.

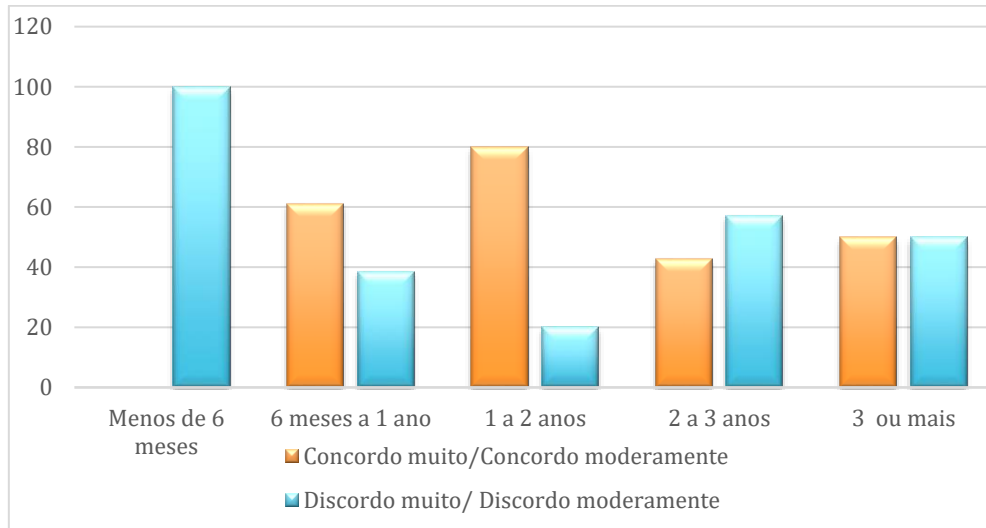


**Tabela 10:** Correlação das percepções da qualidade<sup>15</sup> dos serviços.

	A- Informação	B- Acesso	C- Organização	D- Funcionamento	E- Consulta	F- Respeito	G- Interesse	H- Acolher	I- Qualidade	J- Equidade	K- Privados	L- Satisfação
A- Informação	1.0000											
B- Acesso	0.1712	1.0000										
C- Organização	0.6567	0.4431	1.0000									
D- Funcionamento	0.6468	0.4079	0.8315	1.0000								
E- Consulta	0.2681	0.3131	0.4054	0.6133	1.0000							
F- Respeito	0.6446	0.4441	0.6592	0.7193	0.6585	1.0000						
G- Interesse	0.3864	0.2717	0.6148	0.5472	0.6527	0.7354	1.0000					
H- Acolher	0.3581	0.3373	0.4661	0.5500	0.5855	0.6246	0.6423	1.0000				
I- Qualidade	0.5396	0.1868	0.5970	0.5874	0.4370	0.5513	0.6854	0.6323	1.0000			
J- Equidade	0.4762	0.2461	0.5042	0.5319	0.6096	0.6484	0.6850	0.7129	0.6297	1.0000		
K- Privados	0.2290	0.2258	0.2343	0.1686	0.2363	0.272	0.1918	-0.0135	-0.0156	0.2744	1.0000	
L- Satisfação	0.3897	0.4286	0.3621	0.5780	0.6249	0.6510	0.4673	0.4249	0.3312	0.5411	0.2745	1.0000

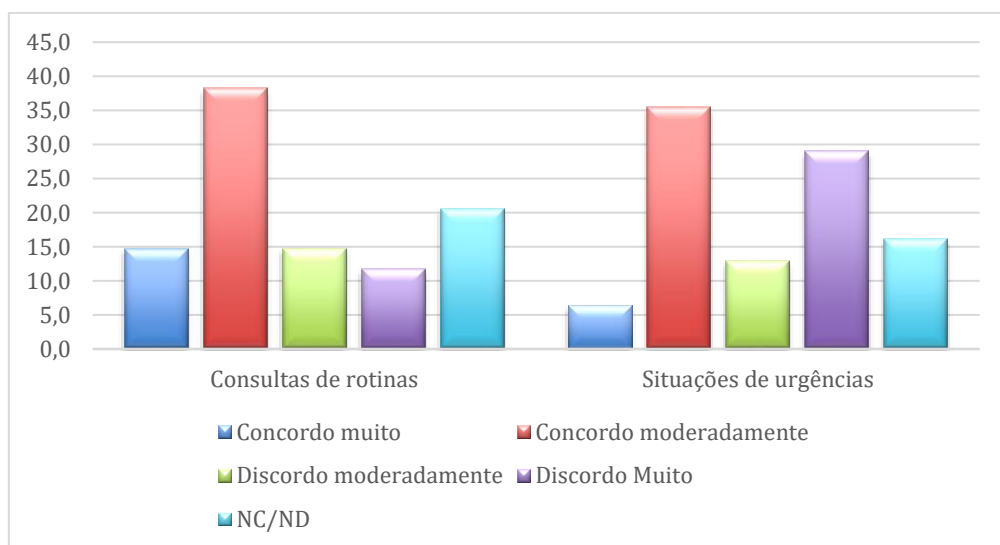
<sup>15</sup> Identificamos as dimensões de modo a facilitar a apresentação dos resultados da corelação em: A) Informação; B) Acesso; C) Organização; D) Funcionamento; E) Consulta; F) Respeito; G) Interesse; H) Acolher; I) Qualidade; J) Equidade; K) Privados; L) Satisfação

Relativamente à percepção sobre a suficiência da informação recebida, os estudantes há mais tempo a residir no país concordam mais frequentemente com ter recebido informação suficiente sobre como aceder aos cuidados de saúde (Figura 49).



**Figura 49:** Avaliação do recebimento de informação suficientes e o tempo de residência no país em %

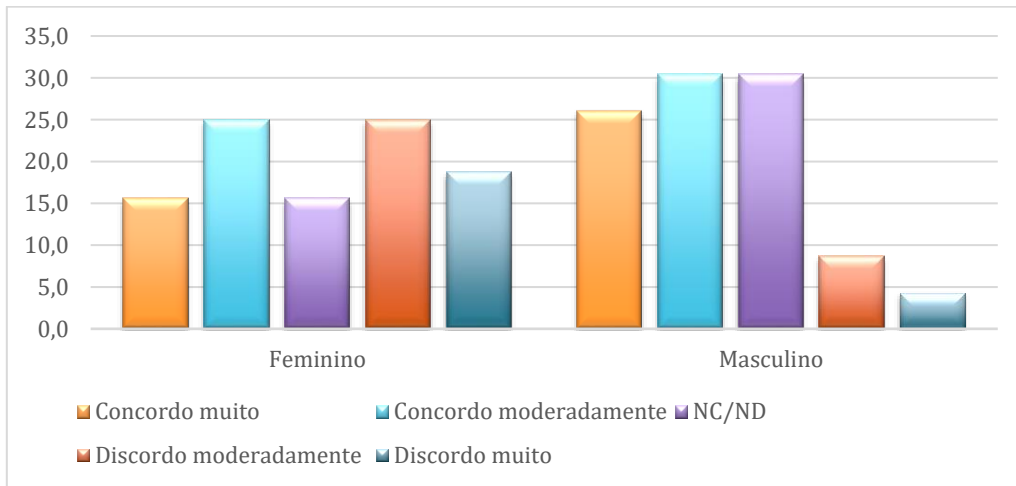
A revisão da literatura, sugere que os imigrantes usavam com mais frequência os serviços de urgência dos hospitais, por isso foi relevante compreender se a percepção de dificuldades na marcação de consultas de rotina, influencia o uso dos serviços de saúde. 52,9% dos estudantes que usaram os serviços de saúde para consulta de rotina, concordam (muito e moderadamente) que é fácil marcar uma consulta em comparação aos 42% que usaram os serviços em situação de urgência, como podemos verificar na Figura 50.



**Figura 50:** Uso dos serviços para consultas de rotina, situações de urgências e a avaliação da facilidade de marcação de consulta em %

Relativamente à capacidade de acolher os cidadãos estrangeiros, 47% concorda moderadamente ou muito que o sistema está preparado para os receber. 21,8% não tem opinião ou prefere não a expressar.

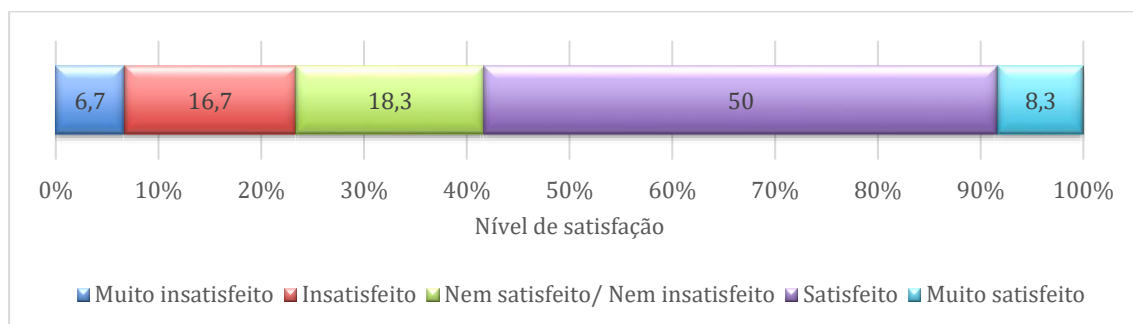
Na Figura 51 podemos observar que os elementos do sexo feminino, são os que mais discordam (muito e moderadamente) sobre o sistema de saúde estar bem preparado para acolher os estrangeiros.



**Figura 51:** Sexo dos estudantes e concordância sobre a preparação do sistema para acolher os estrangeiros em %.

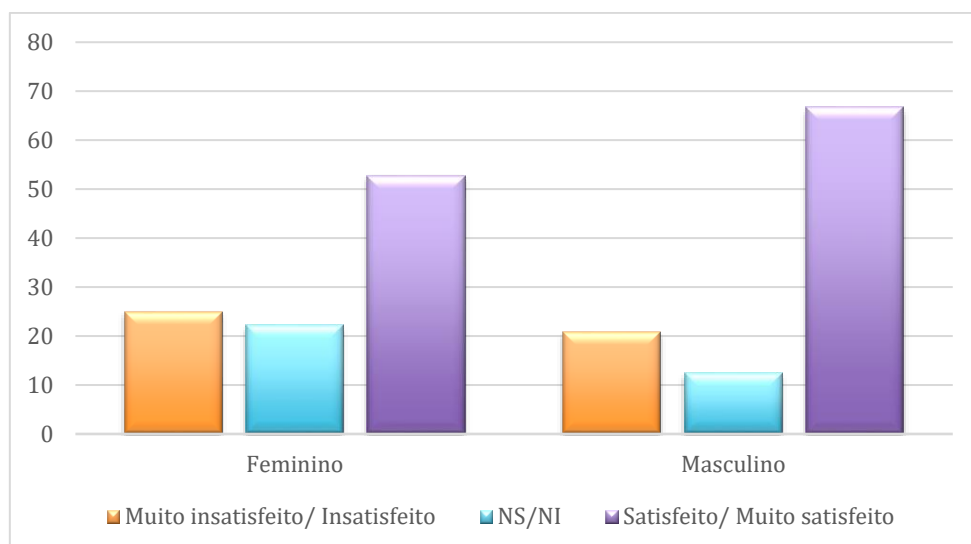
#### 4.6.6. Satisfação geral

O inquérito pediu aos respondentes que acederam pelo menos uma vez aos serviços saúde, para classificarem a seu grau de satisfação geral (Figura 52). A maioria dos inqueridos revela-se satisfeito (50%) ou muito satisfeito com os cuidados (8,3%). A insatisfação é muita para cerca de 6.7% dos inquiridos.



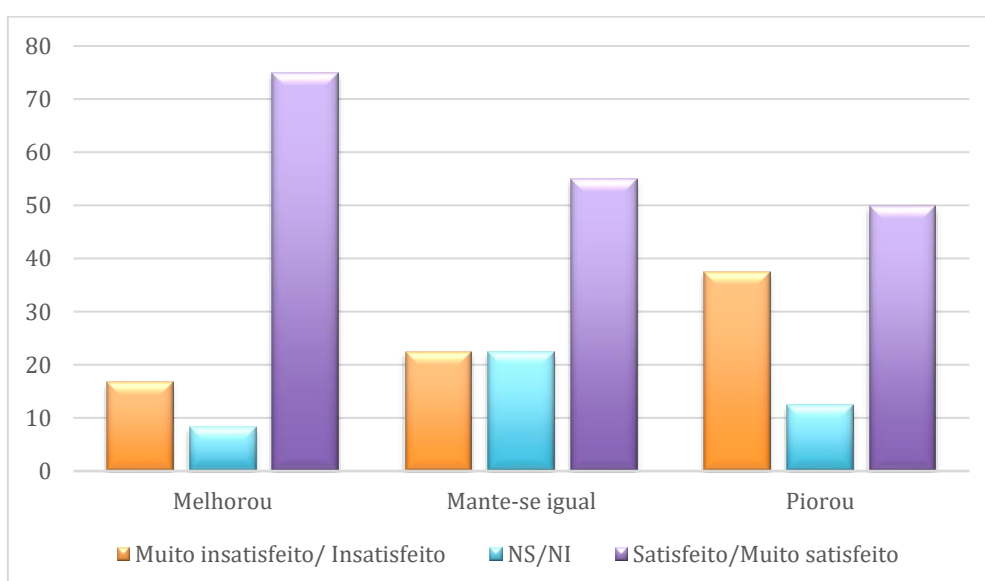
**Figura 52:** Avaliação do nível de satisfação com os Cuidados de saúde recebidos em Portugal.

Os estudantes do sexo masculino apresentam, em média, um grau maior de satisfação (muito satisfeito e satisfeito, quando comparados com os respondentes do sexo feminino em relação aos 66,7%, vs 52,8% (Figura 53).



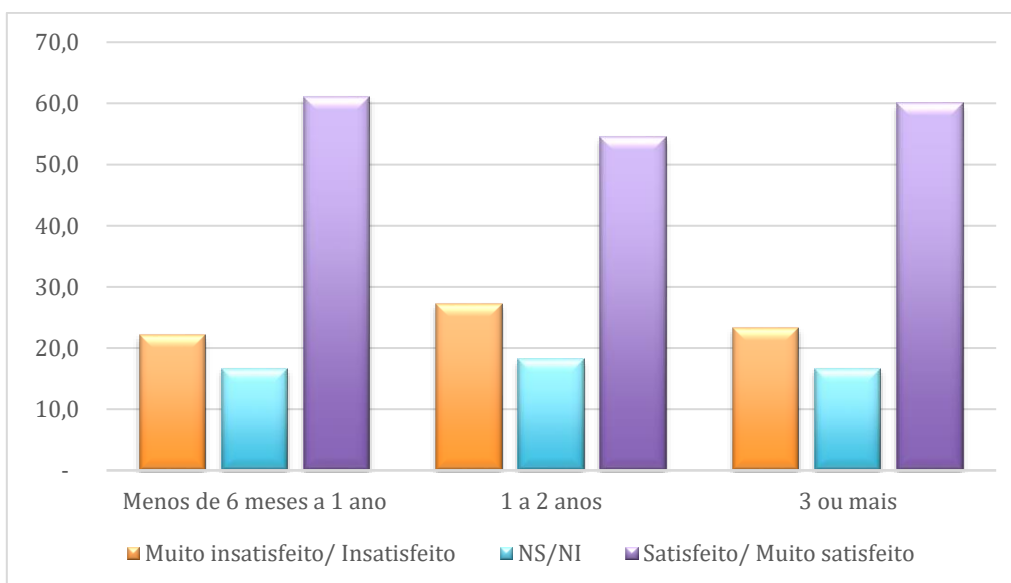
**Figura 53:** Nível de satisfação com os cuidados recebidos e o sexo em %.

Estudantes que percecionaram alteração do estado de saúde para pior também apresentaram maiores níveis de insatisfação com os cuidados de saúde recebidos em Portugal como podemos observar na Figura 54. A percentagem de respondentes que se consideram insatisfeitos é de 37%, o que contrasta com 16,7% entre os que melhoraram o seu estado de saúde.



**Figura 54:** Alteração do estado de saúde e o nível de satisfação com os cuidados recebidos em %

O tempo de residência no país não parece ser um fator de influência para a perceção de satisfação ou insatisfação dos serviços recebidos no SNS como podemos observar na Figura 55.



**Figura 55:** Tempo de residência no país e o nível de satisfação com os cuidados recebidos em%

O grau de perceção de discriminação, pela língua e pela nacionalidade, está negativamente associado com grau de satisfação com os serviços (Coeficiente de Spearman), como podemos observar na Tabela 11:.

**Tabela 11:** Correlação da satisfação com os serviços e dimensões discriminatórias

Discriminação	Satisfação
Nacionalidade	-0.4770
Língua	-0.4380
Raça	-0.1976
Estatuto socioeconómico	0.0308
Cultura	-0.0798

A perceção relativamente ao respeito com que o doente é tratado é também a que parece mais associada ao nível de satisfação<sup>16</sup> (p: 0.6510), como pode ser observado na Tabela 12.

<sup>16</sup> Foi codificado de 1 = nada satisfeito a 5 = muito satisfeito

**Tabela 12:** Correlação da percepção da qualidade dos serviços e o nível de satisfação.

	Satisfação
A- Informação	0.3897
B- Acesso	0.4286
C- Organização	0.3621
D- Funcionamento	0.5780
E- Consulta	0.6249
F- Respeito	0.6510
G- Interesse	0.4673
H- Acolher	0.4249
I- Qualidade	0.3312
J- Equidade	0.5411
K- Privados	0.2745

#### 4.6.7. Experiência na época de Covid-19

A pandemia do Covid-19 expandiu-se em Portugal a partir de 2 de Março de 2020. E foi decretado o encerramento das atividades presenciais, resultando assim na reformulação das atividades programadas e nos métodos de ensino. Já que correspondeu também ao período em que enviamos o questionário, quisemos compreender se estavam a obter informação sobre como lidar com a pandemia. Bastantes estudantes abandonaram Portugal, mas no nosso inquérito 84,3% dos estudantes encontravam-se em Portugal (Tabela 13:).

A maioria (85,7%) dos estudantes afirmou ter recebido sim informações suficientes sobre a pandemia.

**Tabela 13:** Experiência em época de Covid-19

Estava em Portugal durante a crise da pandemia Covid-19 (n=83)	
Sim	84,3%
Considera que recebeu informações suficientes sobre a pandemia (n=70)	
Sim	85,7%
Considera que teve informação sobre o acesso aos cuidados de saúde durante esse período (n=69)	
Sim	97,1%

E segundo as normas e restrições que surgiram, que condicionam o acesso aos serviços de saúde devido a forma de transmissão do vírus, 97,1% afirmou ter tido informação sobre o acesso aos cuidados de saúde durante esse período, que devem incluir os serviços de SNS24 para esclarecimento de dúvidas e marcação de testes ao vírus num centro de testagem indicado. E destes, verificamos 14% dos estudantes usou os serviços de saúde do SNS por razões de Covid-19 (Tabela 14:).

**Tabela 14:** Uso dos serviços de saúde por Covid-19 e estadia em Portugal durante a crise de Covid-19  
 Estava em Portugal durante a crise da pandemia Covid-19

		Sim	Não
Razões de usar o SNS por Covid-19	Sim	14%	0
	Não	86%	100%
Total		100%	100%

## **5. Capítulo V – Conclusão**

### **5.1. Ilacões**

Os estudos sobre estudantes migrantes e os serviços de saúde no país de acolhimento são poucos, razão que nos levou a fazer este estudo, com objetivo de perceber quais são as perceções dos estudantes estrangeiros da UMinho sobre o SNS Português.

As características demográficas e socioeconómicas dos inquiridos são semelhantes aos dos estudos de Topa (2013), Dias, et al. (2018) e Oliveira & Gomes (2019) e estudos sobre mobilidade estudantil (Oliveira (2012), Lino (2018), Monteiro (2018). A maior parte dos estudantes eram pertencentes ao CPLP numa representatividade de 18 países onde o Brasil foi o que mais se destacou, tal como no estudo de Oliveira, et al (2015) e Iorio (2018).

A maioria dos estudantes auto-classifica o seu estado de saúde como bom ou muito bom. Resultados semelhantes são encontrados nos estudos de Fonseca, et al. (2007), Dias, et al. (2018) e Oliveira & Gomes (2018).

O estudo sugere que o estado de saúde de maior parte dos estudantes não se altera no período de estudos. O facto de serem novos e de estarem há pouco tempo no país contribuirá para este resultado. De notar, que para muito poucos estudantes, o tempo de permanência no país e situação financeira foram fatores para que estes percecionassem alteração dos seus estados de saúde. No entanto, nota-se que na literatura, fatores psicossociais que podem influenciar a alteração do estado de saúde, como por exemplo imigrantes satisfeitos com o processo de migração tendem a reportar melhor estado de saúde (Fonseca, et al., 2010; Jervelund & Krasnik, 2010).

Sendo a primeira questão de investigação deste estudo perceber que conhecimentos estes possuem sobre o SNS, verificamos que a maioria os estudantes já tinham ouvido falar dos serviços de saúde, sendo que a internet é a principal fonte de informação. Existe, no entanto, uma elevada percentagem de indivíduos com pouca ou sem informação sobre os seus direitos. Este resultado foi reportado também em Fonseca, et al. (2007; 2010), bem como é referido pela OMS (2017) e (O'Donnell, 2018).

Cerca de ¼ dos inquiridos nunca usou os serviços do SNS a maioria porque não precisou. A utilização dos serviços foi predominantemente feminina, principalmente nos serviços de consultas de rotina e de urgências, das unidades de cuidados primários do SNS e os Hospitais públicos tal como nos estudos de Dias, et al., (2008) e Oliveira & Gomes (2018).



As principais barreiras verificadas por estes durante o uso dos serviços foram as barreiras linguísticas principalmente em comunicar com os profissionais de saúde e compreender como o sistema funciona.

Alguns estudantes percecionam barreiras económicas e tiveram dificuldades de pagar os cuidados ou para seguir os tratamentos recomendados.

A perceção de barreiras discriminatórias é reportada por um pequeno número de respondentes. A nacionalidade e a língua são as que mais percecionadas. Verificamos ainda que a perceção de barreiras está negativamente correlacionada a satisfação com os serviços recebidos.

Foi notado que os estudantes sentem a necessidade de receber mais informação sobre como aceder aos cuidados de saúde e como o sistema de saúde funciona de forma clara. Foi notado ainda a necessidade de marcação de consultas de forma mais facilitada.

A última questão de investigação deste estudo concerne no nível de satisfação dos estudantes com os cuidados de saúde recebidos no SNS, no geral a maior parte dos estudantes estão satisfeitos com os serviços recebidos no SNS, que está grandemente correlacionado com a perceção de que o doente é tratado com respeito.

Podemos concluir também que os estudantes que estavam em Portugal na época em que se decretou a pandemia de Covid-19 receberam informação suficiente sobre a doença e sobre o acesso aos serviços de saúde durante o referido período, notamos ainda que alguns estudantes usaram os serviços de saúde especificamente por razões de Covid-19.

O tema da tese é pertinente para a organização do sistema de saúde e do SNS, mas também para os gestores. O estudo evidencia áreas de atuação que carecem de atenção no que concerne o acesso a saúde por parte dos imigrantes, desde darem formação aos profissionais de saúde de conhecimentos multiculturais de forma a tornar mais facilitado a comunidade imigrante, seja em formação da língua inglesa, ou formação de procedimentos para as culturas mais representativas no país e ainda operacionalizar os tradutores nas diversas áreas de serviço. O acolhimento aos estrangeiros no SNS e nos serviços pode ainda ser melhorado, promovendo a formação multicultural dos profissionais de saúde e a comunicação interna do SNS (Aladova, 2019). O papel da gestão das unidades de saúde para promover a multiculturalidade e se alinhar aos propósitos do SNS nesta área é relevante.

Os resultados sugerem ainda ser importante também, melhorar a informação e os meios de acesso, para que os imigrantes possam compreender como funciona o sistema de saúde de uma

forma mais clara, e a criação de mais vias de transmissão/propagação de informação sobre o direito de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde.

## **5.2. Limitações**

A principal limitação do estudo prende-se com a limitação da amostra, que decorre em parte do meio de divulgação e do período pandémico.

## **5.3. Sugestões futuras**

Para trabalhos futuros acreditamos que seria pertinente explorar o comportamento e as perceções da população de estudantes internacional não falantes da língua portuguesa, pois o nosso estudo sugere que estes estudantes apresentam singularidades e desafios diferentes dos estudantes da CPLP.

## Bibliografia

- Abdullah, D., Abd Aziz, M., & Mohd Ibrahim, A. (2013). *A "research" into international student-related research: (Re)Visualising our stand?* High Educ 67, 235–253.
- ACM. (2015). *Plano Estratégico para as Migrações. Alto comissariado para as Migrações. 2015-2020*. Obtido em 28 de Setembro de 2020, de [https://www.acm.gov.pt/documents/10181/222357/PEM\\_net.pdf/3a515909-7e66-41e8-8179-e3aa5e0c7195](https://www.acm.gov.pt/documents/10181/222357/PEM_net.pdf/3a515909-7e66-41e8-8179-e3aa5e0c7195)
- ACM. (2018). *Brochura Institucional com os serviços*. Alto Comissariado Para as Migrações, I.P. Obtido em Maio de 2020, de <https://www.acm.gov.pt/documents/10181/27754/Brochura+ACM/3099c1c8-d233-4309-9ed8-567d3520a5ff>
- Aladova, L. (2019). *Acesso à saúde pública: principais dificuldades na perspectiva dos imigrantes em Portugal*. Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE); Tese submetida como requisito para obtenção do grau de Mestre em Administração Pública. Obtido de <http://hdl.handle.net/10071/19096>
- Bäckström, B., Carvalho, A., & Inglês, U. (2009). *Imigração e saúde: o gabinete de saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde*. "Revista Migrações". Vol. 4 pp.161-189.
- Beech, S. E. (2015). *International student mobility: the role of social networks*. Social & Cultural
- Bilotserkovets, M., Fomenko, T., Gubina, O., Berestok, O., Shcherbyna, Y., & Krekoten, O. (2020). *Multifaceted Problems of Intercultural Adaptation: A Case Study of Chinese Students in Ukraine*. BRAIN. Broad Research Artificial Intelligence and Neuroscience, v. 11(1), pp178-188.
- Caetano, S., Correia, C., & Silveira, E. (2013). *Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros*. Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde.
- CMMI. (2005). *As migrações num mundo interligado: Novas linhas de acção*. Relatório da Comissão Mundial sobre as Migrações Internacionais. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Comissão Europeia. (2018). *Erasmus +, "Guia do Programa" Versão 1*. Obtido em 05 de Abril de 2021, de [https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/sites/default/files/erasmus-plus-programme-guide2\\_pt.pdf](https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/sites/default/files/erasmus-plus-programme-guide2_pt.pdf)
- Directiva 22011/24/UE. (2011). *Sobre a aplicação dos direitos dos pacientes nos cuidados de saúde transfronteiriços*. Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia. Obtido de <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj>
- Dassah, E., Aldersey, H., McColl, M., & Davison, C. (2019). *Healthcare providers' perspectives of providing primary healthcare services to persons with physical disabilities in rural Ghana*. Primary Health Care Research & Development 20 (e108) pp 1–8.
- Decreto de aprovação da Constituição. (1976). Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10. *Constituição da República Portuguesa*. Assembleia da República, Lisboa.

- Diário da República . (2014). Decreto-Lei n.º 31/2014 de 27 de Fevereiro. *Diário da República n.º 41/2014, Série I de 2014-02-27. Aprova a orgânica do Alto Comissariado para as Migrações, I.P.* Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.
- Diário da República . (2017). Lei n.º 93/2017 de 23 de Agosto. *Diário da República n.º 162/2017, Série I de 2017-08-23. Prevenção, da proibição e do combate à discriminação.* Assembleia da República, Lisboa.
- Diário da República. (1978). Lei n.º 45/78 de 11 de Julho. *Diário da República n.º 157/1978, Série I de 1978-07-11. Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais.* Assembleia da República, Lisboa.
- Diário da República. (1978a). Lei n.º 29/78 de 12 de Junho. *Diário da República n.º 133/1978, 1º Suplemento, Série I de 1978-06-12. Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos.* Assembleia da República, Lisboa.
- Diário da República. (1979). Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro. *Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15. Serviço Nacional de Saúde.* Assembleia da República, Lisboa.
- Diário da República. (1990). Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. *Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24. Lei de Bases da Saúde.* Assembleia da República, Lisboa.
- Diário da República. (1991). Resolução da Assembleia da República n.º 21/91. *Diário da República n.º 179/1991, Série I-A de 1991-08-06. Carta Social Europeia.* Assembleia da República, Lisboa.
- Diário da República. (1995). Decreto-Lei n.º 198/95 de 29 de Julho. *Diário da República n.º 174/1995, Série I-A de 1995-07-29. Cria o cartão de identificação do utente do Serviço Nacional de Saúde.* Ministério da Saúde, Lisboa.
- Diário da República. (1999). Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio. *Diário da República n.º 108/1999, Série I-A de 1999-05-10. Criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.* Ministério da Saúde, Lisboa.
- Diário da República. (2000). Resolução da Assembleia da República n.º 69/2000. *Diário da República n.º 250/2000, Série I-A de 2000-10-28. Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia.* Assembleia da República, Lisboa.
- Diário da República. (2001). Despacho n.º 25360/2001 (2.ª série). *Diário da República n.º 286/2001, Série II de 2001-12-12. Integração dos Imigrantes nos serviços nacionais de saúde.* Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro, Lisboa.
- Diário da República. (2005). Decreto-Lei n.º 42/2005 de 22 de Fevereiro. *Diário da República n.º 37/2005, Série I-A de 2005-02-22. Aprova os princípios reguladores de instrumentos para a criação do espaço europeu de ensino superior.* Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior, Lisboa.
- Diário da República. (2009). Portaria n.º 1359/2009 de 27 de Outubro. *Diário da República n.º 208/2009, Série I de 2009-10-27. Aprova o modelo de Cartão Europeu de Seguro de Doença.* Ministérios das Finanças e da Administração Pública, da Defesa Nacional, da Administração Interna, da Justiça, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, Lisboa.

- Diário da República. (2011). Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro. *Diário da República n.º 229/2011, Série I de 2011-11-29. Regime das taxas moderadoras*. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Diário da República. (2018). Decreto-Lei n.º 62/2018 de 6 de Agosto. *Diário da República n.º 150/2018, Série I de 2018-08-06. Altera o Estatuto do Estudante Internacional*. Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.
- Diário da República. (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de Setembro. *Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04. Lei de Bases da Saúde*. Assembleia da República, Lisboa.
- Dias, S., Fronteira, I., Gama, A., Gróz, A. P., Mardin, D., Simões, J., . . . Barros, P. P. (2018a). *Health Policies, Patterns and Barriers to Migrants' Access to Primary Health Care in Rosano, A. (eds.), Access to Primary Care and Preventative Health Services of Migrants*. SpringerBriefs in Public Health book series, Springer: Cham, pp. 82-91.
- Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Cargaleiro, H., & Martins, M. O. (2011). *Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes a perspectiva dos profissionais de saúde*. Acta medica portuguesa 24:511-516.
- Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M., & Martins, M. R. (2018). *Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes. 1ª ed. – (Estudos 62)*. Observatório das Migrações (OM).
- Dias, S., Severo, M., & Barros, H. (2008). *Determinantes da utilização de cuidados de saúde por imigrantes em Portugal*. BMC Health Serv Res 8. doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-207>
- ERS. (2015). *Acesso a cuidados de saúde por Imigrantes*. Entidade Reguladora da Saúde. Obtido de:[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1480/Estudo\\_ERS\\_\\_Acesso\\_a\\_Cuidados\\_de\\_Saude\\_por\\_Imigrantes\\_\\_v2\\_.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1480/Estudo_ERS__Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes__v2_.pdf)
- Findlay, A. M., Prazeres, L., McCollum, D., & Packwood, H. (2017). *"It was always the plan": international study as "learning to migrate"*. Area, 49(2), pp192–199. doi:[org/10.1111/area.12315](https://doi.org/10.1111/area.12315)
- Fonseca, M. L., & Silva, S. (2010). *Saúde e imigração: utentes e serviços na área de influencia do Centro de Saúde da Graça. (Estudos OI; 40)*. Observatório da Imigração. Alto-Comissariado Para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.). Obtido de 978-989-685-000-5
- Fonseca, M., Esteves, A., & Iorio, J. (2015). Mobilidade internacional de estudantes do ensino superior: Os alunos universitários brasileiros em Portugal. Em *Vagas Atlânticas. Migrações entre Brasil e Portugal no Início do Século XXI pp 135-158*. Lisboa: Mundos Sociais.
- Fonseca, M., Esteves, A., McGarrigle, J., & Silva, S. (2007). *Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política*. Revista Migrações - Imigração e Saúde N.1 pp 27-52.
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures.: Lusociência. (2ª Edição).

- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública; Universidade Nova de Lisboa. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/EA1.pdf>
- Gatti, B. A. (2004). *Estudos quantitativos em educação*. Educação e Pesquisa, 30 (1), pp 11-30.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora (2ª Edição).
- INE. (2003). *192 - Migração*. Instituto Nacional De Estatística. Obtido de <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/574>
- Iorio, J. C. (2018). *Trajelórias de Mobilidade Estudantil Internacional: estudantes brasileiros no ensino superior em Portugal*. Tese de Doutoramento em Geografia, Universidade de Lisboa.
- Jervelund, 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. doi:10.1007 / s00038-010-0145-4
- Khamis, H. (2008). *Measures of Association How to Choose?* JOURNAL OF DIAGNOSTIC MEDICAL SONOGRAPHY 24(3): 155–162. doi: doi/pdf/10.1177/8756479308317006
- King, R., Frindlay, A., & Ahrens, J. (2010). *International student*. University of Sussex, UK National Agency for Erasmus. Report to HEFCE, and co-funded by the British. Obtido em 18 de Setembro de 2020, de [https://www.researchgate.net/publication/257305635\\_International\\_Student\\_Mobility\\_Literature\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/257305635_International_Student_Mobility_Literature_Review)
- Levesque, JF., Harris, MF., & Russell, G. (2013). *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. Int J Equity Health 12, 18 (2013). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-1>
- Linhas, R., Oliveira, O., Meireles, P., Oliveira, P., de Melo, M., Lourenço, J., . . . Duarte, R. (2019). *Acesso de imigrantes a cuidados de saúde: problemas identificados em uma população de alto risco de tuberculose*. Pulmonology, Volume 25, Issue 1, Pages 32-39. doi:doi.org/10.1016/j.pulmoe.2018.04.002
- Lino, R. E. (2018). *Migração e Mobilidade Internacional: Caso de Estudo do IPLeiria. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Marketing e Promoção Turística*. Instituto Politécnico de Leiria, Leiria.
- Loenen, T., Muijsenbergh, M., Hofmeester, M., Dowrick, C., Ginneken, N., Mechili, E., . . . Lionis, C. (2018). *Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes*. European Journal of Public Health, Volume 28, Issue 1 pp 82-87.
- Martins, S. M. (2014). *Desigualdades no acesso aos serviços de saúde: o caso dos cuidados primários*. Dissertação de Mestrado em Economia Social, Universidade do Minho.
- Matos, I., Alarcão, V., Lopes, E., Oiko, C., & Carreira, M. (2015). *Estudo SAIMI - saúde e acesso aos serviços de saúde dos imigrantes do subcontinente indiano em Lisboa : que recomendações*

- para cuidados de saúde equitativos e culturalmente adaptados?* Acta Med Port 2015 Mar-Apr;28(2):164-176. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/18232>
- Melo, F. d., Santos, M., Sousa, L. d., Holanda, V. d., Araújo, M. d., & Joventino, E. (2018). *Experiências de estudantes internacionais ao gestar longe do seu país de origem*. Avances en Enfermería, 36(3), 355-364.
- Merkulova, L. P., Smirnova, E. V., Kaziakhmedova, S. K., & Kireeva, I. A. (2018). *Inculturation of student youth in mastering a foreign language as a factor in optimizing the international activity of HEIs*. Revista Espasios, 39 (10), 31.
- Monteiro, R. M. (2018). Motivos dos estudantes internacionais para realizar mobilidade de estudos de curta duração na U. Porto. *Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços*. Universidade do Porto: Faculdade de Economia.
- Moreira, C. D. (2007). *Teorias e práticas de investigação*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Nadã, I. C. (2012). *Os estudantes Estrangeiros na Universidade do Porto. Escolhas, Vivências e Aprendizagens num Espaço Europeu*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Especialização em Educação e Exclusão, Universidade do Porto, Porto.
- Nascimento, A. I. (2013). *Migração estudantil e a aprendizagem de uma segunda língua: estudantes estrangeiros em Portugal e suas representações pessoais e socioculturais*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Neves, C., Augusto, C., & Terra, A. L. (2020). *Questionários online: análise comparativa de ferramentas para a criação e aplicação de e-surveys*. AtoZ novas práticas em informação e conhecimento 9(2):69.
- Nolasco, C. (2016). Migrações Internacionais: Conceitos, Tipologia e Teorias. Obtido em 18 de Setembro de 2020, de [https://ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/14615\\_Oficina\\_434.pdf](https://ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/14615_Oficina_434.pdf)
- OCDE. (2007). *Panorama da educação 2007: Indicadores OCDE*. São Paulo: Moderna Ltda. Obtido de <https://doi.org/10.1787/9789264055872-pt>
- O'Donnell, C. A. (2018). Health Care Access for Migrants in Europe. *Oxford Research Encyclopedias*. doi:10.1093/acrefore/9780190632366.013.6
- OIM. (2009). *Direito Internacional da Migração Glossário sobre Migração N°22*. Organização Internacional para as Migrações. Obtido de <https://www.acm.gov.pt/documents/10181/65144/Gloss%C3%A1rio.pdf/b66532b2-8eb6-497d-b24d-6a92dadfee7b>
- Oliveira, C. F. (2012). *Estudantes migrantes da UA: motivações e necessidades*. Dissertação de Mestrado em Línguas e Relações Empresariais, Universidade de Aveiro. Obtido em 18 de Setembro de 2020, de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10412/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>.

- Oliveira, C. R., & Gomes, N. (2018). *Migrações e Saúde em números: o caso português, Caderno Estatístico Temático # 2*. Lisboa: ACM. Obtido de ISBN 978-989-685-094-4
- Oliveira, C. R., & Gomes, N. (2019). *Indicadores de Integração de Imigrantes: Relatório Estatístico Anual 2019*. Alto Comissariado para as Migrações (ACM, IP): Observatório das Migrações ISBN 978-989-685-106-4.
- Oliveira, I., Ramos, M., Ferreira, A., & Gaspar, S. (2015). *Estudantes estrangeiros em Portugal : evolução e dinâmicas recentes (2005/6 a 2012/13)*. INE: Revista de Estudos Demográficos. N.54 p. 39 - 55.
- OMS. (2000). *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*. Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Organização Mundial da Saúde; . Obtido de <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>
- OMS. (2014). *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a cobertura Universal da Saúde*. 53º Conselho Diretor, 66a Sessão do comitê regional da OMS para as Américas. Organização Mundial da Saúde. Obtido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/cd53-5-p.pdf>
- OMS. (2017). *Beyond the barriers: framing evidence on health system strengthening to improve the health of migrants experiencing poverty and social exclusion*. Geneva: Organização Mundial da Saúde CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ONU. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: Organização das Nações Unidas. Obtido de <https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
- ONU. (1966). *Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos*. Paris: Organização das Nações Unidas.
- Padilla, B. (2013). *Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal*. REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 40, Brasília, pp. 49-68.
- Padilla, B., Hernández-Plaza, S., Freitas, C. d., Masanet, É., Santinho, C., & Ortiz, A. (2013). *Cidadania e diversidade em saúde: necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados*. Saúde & Tecnologia, suplemento, pp. 57-64.
- Paula, J. M. (2012). *O Direito à Saúde: Reflexões sobre a sua fundamentalidade*. Pensar Enfermagem, Vol. 16 N.º 2 pp 51-61.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). *O Conceito de Acesso: Definição e relacionamento com a satisfação do consumidor*. Assistência Médica Volume 19 - Edição 2 - pp 127-140.
- Pereira, J. V. (2012). *Acesso da População aos Serviços de Saúde*. Dissertação de Mestrado em Engenharia Biomédica, Universidade do Minho, Escola de Engenharia.
- Ploner, J., & Nadã, C. (2020 ). *International student migration and the postcolonial heritage of European higher education: perspectives from Portugal and the UK*. Higher Education 80, 373–389 .



- RIFA. (2009). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*. SEF. Obtido de [https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa\\_2009.pdf](https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2009.pdf)
- RIFA. (2016). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*. SEF. Obtido em 18 de Setembro de 2020, de <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2016.pdf>
- RIFA. (2019). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*. SEF. Obtido de <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2019.pdf>
- Sanchez, R. M., & Ciconelli, R. M. (2012). *Conceitos de acesso à saúde*. Rev. Panam Salud Pública 2012;31(3):260–8. Obtido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). *Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios*. Rev Port Saúde Pública. 2010;28 (vol. temático 10):47-57.
- Santos, V. M. (2015). *Percepção de Saúde: Validação do The Health Perceptions Questionnaire para a população Portuguesa*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto. Porto: Universidade Lusófona do Porto.
- Sapranaviciute, L., Perminas, A., & Pauziene, N. (2011). *Stress coping and psychological adaptation in the international students*. Central European Journal Medicine(3), pp.335-343.
- Scheppers, E., Dongene, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). *Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review*. Family Practice, Volume 23, Issue 3, pp325-348,.
- Schleicher, A. (2020). *The impact of Covid-19 on Education: Insights from Education at a Glance 2020*. OECD.
- Scliar, M. (2007). *História do conceito de Saúde*. Revista de Saúde Coletiva, 17(1), pp. 29-41.
- Silva, A. H. (2015). *Modelos de sistemas de financiamento dos cuidados de saúde: o impacto nos custos*. Dissertação de mestrado. Universidade do Minho. Obtido de <http://hdl.handle.net/1822/39332>
- Sousa, J. E. (2006). *Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. Alto Comissariado para Imigração e Minorias Étnicas. Observatorio da Imigração (4)
- Tarchi, D., Sermi, F., McMahon, S., Kalantaryan, S., Belmonte, M., & Urso, G. (2020). *Atlas of Migration - 2020*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2760/430992
- Teichler, U. (2007). *The Changing role of student mobility*. Presented at the Regional Seminar “Globalizing Knowledge: European and North American Regions and Policies addressing the Priority Issues of other UNESCO Regions”. Paris: UNESCO Headquarters. Obtido de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000157818>
- Thiede, M., & McIntyre, D. (2008). *Informação, comunicação e acesso equitativo aos cuidados de saúde: uma nota conceitual*. Cadernos de Saúde Pública, 24 (5), 1168-1173.

- Travassos, C., & Martins, M. (2004). *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. Cadernos de Saúde Pública, 20 (Suppl. 2), pp 190-198.
- Valieva, F., Sagimbayeva, J., Kurmanayeva, D., & Tazhitova, G. (2019). *The Socio-Linguistic Adaptation of Migrants: The Case of Oralman Students' Studying in Kazakhstan*. Education Sciences 9(3):164. doi:org/10.3390/educsci9030164
- Van Mol, C. (2010). *The Influence of European Student Mobility on Migration Aspirations*. British Educational Research Association Conference. Warwick, United Kingdom.
- Vasconcellos, L., & Guedes, L. (2007). *E-surveys: vantagens e limitações dos questionários eletrônicos via internet no contexto da pesquisa científica*. X SemeAd - Seminários em Administração FEA/USP.
- Verbik, L., & Lasanowski, V. (2007). *International Student Mobility: Patterns and Trends*. Observatory on Borderless Higher Education. London, United Kingdom.

## **Anexos**

Anexo 1 - [Versão língua portuguesa](#)

### **Perceções dos estudantes estrangeiros da Universidade do Minho sobre os serviços nacional de saúde português**

Este estudo realiza-se no âmbito da minha Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, na Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

O questionário tem como objetivo compreender a utilização e as perceções dos estudantes estrangeiros sobre o sistema de saúde de Portugal; em particular, sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Gostaria de contar com a sua participação. O preenchimento do questionário demora aproximadamente 10 minutos e suas respostas são completamente anónimas.

A participação é voluntária. Pode recusar participar ou deixar em branco as perguntas que não desejar responder. Se optar por participar neste projeto, por favor responda as perguntas do questionário com toda a honestidade.

Leia com atenção cada pergunta e responda conforme a indicação, no fim de cada secção deverá clicar no botão "Seguinte" para passar para a próxima secção.

Obrigada desde já pela sua colaboração e disponibilidade.

Yuselma A. R. Constantino

Eu concordo em participar da pesquisa. Entendo o objetivo e a natureza deste estudo e estou a participar voluntariamente.

#### **1- Sexo:**

- a) Feminino
- b) Masculino
- d) Outro \_\_\_\_\_

#### **2- Idade:**

- a) 17 a 25 anos
- b) 26 a 35 anos
- c) 36 a 45 anos
- d) 45 anos ou mais

#### **3- País de origem?**

\_\_\_\_\_

#### **4- Estado civil:**

- a) Solteiro
- b) Casado/ União de facto
- c) Viúvo

- d) Divorciado
- e) Outro \_\_\_\_\_

**5- Como classifica o seu nível da língua portuguesa:**

Sem domínio Básico Intermédio Fluente Nativo

- a) Ler
- b) Escrever
- c) Falar

**6- Reside atualmente em Portugal?**

- a) Sim
- b) Não

**7- Se não reside atualmente em Portugal, há quanto tempo saiu do país?**

- a) Menos de 6 meses
- b) 6 meses a 1 ano
- c) 1 a 2 anos
- d) 2 anos ou mais

**8- Quais as razões que o/a levaram a sair de Portugal?**

- a) Finalizou os estudos
- b) Problemas económicos
- c) Questões de saúde
- d) Receio de contrair Covid-19
- e) Outra \_\_\_\_\_

**9- Há quanto tempo reside/quanto tempo residiu em Portugal?**

- a) menos de 6 meses
- b) 6 meses a 1 ano
- c) 1 a 2 anos
- d) 2 a 3 anos
- e) 3 anos ou mais

**10- Qual o ciclo de estudo que frequenta/frequentou em Portugal?**

- a) Licenciatura
- b) Mestrado
- c) Doutoramento
- d) Pós-Doutoramento

**11- Qual é/foi o seu estatuto de estudante em Portugal?**

- a) Aluno Erasmus
- b) Aluno estrangeiro ao abrigo de outros programas de cooperação
- c) Aluno estrangeiro com bolsa do país de origem
- d) Aluno estrangeiro sem bolsa
- e) Outro \_\_\_\_\_

**12- Sobre o seu agregado familiar: quantas pessoas coabitam/coabitavam consigo em Portugal? (excluindo-se)**

0    1    2    3 ou mais

- a) N° de adultos (> 18 anos)
- b) N° de crianças (< 18 anos)

**13- Como classifica a situação financeira do seu agregado familiar em Portugal?**

- a) Muito boa
- b) Boa
- c) Razoável
- d) Má
- e) Muito má
- d) Não sei/ Prefiro não responder

**14- Como classifica o seu estado de saúde durante a sua estada em Portugal?**

- a) Muito mau
- b) Mau
- c) Bom
- d) Muito bom
- e) Não sei/Prefiro não responder

**15- Durante a sua estada em Portugal, o seu estado de saúde:**

- a) Melhorou
- b) Mantém-se/ Manteve-se igual
- c) Piorou
- d) Não sei/ Prefiro não responder

**16- Obteve informação sobre onde recorrer no caso de se sentir doente?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não tenho certeza

**17- Já ouviu falar do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o serviço público de saúde em Portugal?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não tenho certeza

**18- Obteve informação sobre os seus direitos no acesso aos cuidados de saúde no SNS?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não tenho certeza

**19- Qual foi a sua principal fonte de informação sobre o acesso aos serviços de saúde em Portugal?**

- a) Universidade do Minho

- b) Universidade de origem
- c) Serviços consulares
- d) Família, colegas e Amigos
- e) Internet
- f) Organizações de apoio a Migrantes
- g) SEF (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras)
- h) Outro\_\_\_\_\_

**20- É/foi isento de copagamentos nos serviços públicos de saúde em Portugal (as chamadas *taxas moderadoras*)?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

**21- Tem/tinha seguro de saúde privado em Portugal?**

- a) Sim
- b) Não

**22- Sabe da existência do Centro médico da Universidade do Minho?**

- a) Sim
- b) Não

**23- Sabe da existência da linha de apoio telefónico do SNS, o SNS 24?**

- a) Sim
- b) Não

**24- Tem/ teve médico de família do SNS atribuído?**

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

**25- Durante a sua estada em Portugal, alguma vez recorreu a serviços de saúde?**

- a) Sim
- b) Não

**26- Se nunca usou nenhum dos serviços de saúde, indique a (s) razão(razões) que levaram a tomar essa decisão:**

- a) Nunca ter precisado
- b) Não saber como aceder
- c) Ter preferência por recorrer aos serviços de saúde do país de origem
- d) Ter receio de ser discriminado
- e) Não poder pagar os custos de acesso
- f) Ter dificuldades em deslocar-se aos serviços de saúde
- g) Ter receio de não conseguir comunicar com os profissionais de saúde
- h) Outro\_\_\_\_\_

Para os que usaram os serviços de saúde

**27- Quantas vezes usou os serviços?**

Nenhuma vez 1vez 2 a 3 vezes 4 vezes ou mais

- a) Centro Médico da Universidade do Minho
- b) Centro de Saúde do SNS
- c) Hospital Público do SNS
- d) Linha Saúde 24 ou SNS24
- e) Hospital, clínicas ou consultórios privados

**28- Motivos por que recorreu aos serviços de saúde?**

- a) Situação de urgência
- b) Covid-19
- c) Consultas de rotina
- d) Internamento
- e) Consultas de acompanhamento de doenças crónicas
- f) Exames complementares de diagnóstico
- g) Consulta de enfermagem
- h) Consultas de planeamento familiar, gravidez e puerpério
- i) Apoio psicológico
- j) Acompanhamento de elementos do agregado familiar
- k) Outro\_\_\_\_\_

**29- Considere agora a sua experiência com os cuidados recebidos nas instituições SNS Avalie a ocorrência das seguintes situações:**

Nunca Raramente Algumas vezes Muitas vezes Sempre Não sei/Prefiro não responder

- a) Senti dificuldade em compreender como funciona o SNS
- b) Senti dificuldades em comunicar com os profissionais de saúde
- c) Foi-me recusado o acesso aos cuidados por falta de documentação
- d) Senti-me discriminado pela nacionalidade
- e) Senti-me discriminado pela língua
- f) Senti-me discriminado pela raça
- g) Senti-me discriminado pelo estatuto socioeconómico
- h) Senti-me discriminado pelas minhas crenças e cultura
- i) Apresentei reclamações dos serviços de saúde
- j) Senti dificuldades financeiras para pagar os cuidados de saúde
- k) Senti dificuldades em seguir os tratamentos recomendados por dificuldades económicas
- l) Tive acesso a tradutores

**30- Avalie a sua concordância com as seguintes afirmações sobre o SNS:**

Discordo muito Discordo moderadamente Não concordo Nem discordo Concordo moderadamente Concordo muito Não sei/Prefiro não responder

- a) Recebi informação suficiente sobre como aceder aos cuidados de saúde
- b) O acesso geográfico aos serviços é fácil
- c) A organização geral dos serviços é boa
- d) O funcionamento do sistema é claro
- e) É fácil marcar uma consulta
- f) O doente é tratado com respeito
- g) Os profissionais mostram verdadeiro interesse pelo estado de saúde do doente
- h) O sistema está bem preparado para acolher os estrangeiros
- i) A qualidade dos cuidados de saúde é boa
- j) Os estrangeiros recebem a mesma qualidade de serviço que os portugueses
- k) Os prestadores de cuidados de saúde privados oferecem mais qualidade

**31. Como avalia o seu nível de satisfação com os Cuidados de saúde recebidos em Portugal?**

- a) Muito insatisfeito
- b) Insatisfeito
- c) Nem satisfeito/nem Insatisfeito
- d) Satisfeito
- e) Muito satisfeito
- f) Não sei/Prefiro não responder

**32- Estava em Portugal durante a crise da pandemia COVID-19?**

- a) Sim
- b) Não

**33- Considera que recebeu informações suficientes sobre a pandemia?**

- a) Sim
- b) Não
- d) Não sei/Prefiro não responder

**34- Considera que teve informação sobre o acesso aos cuidados de saúde durante esse período?**

- a) Sim
- b) Não
- d) Não sei/Prefiro não responder

Obrigada ...



**Foreign students' perception of Portuguese health care services.**

This study is part of my Master's Dissertation in Health Units Management at the School of Economics and Management, University of Minho.

The survey aims at accessing the University of Minho foreign students' perceptions of Portuguese health care services and their utilisation thereof; in particular, of the Portuguese National Health Service (SNS).

Your participation is highly appreciated and takes approximately 10 minutes.

Participation is voluntary and responses are anonymous. You may decline altogether or leave blank any questions you do not wish to answer.

If you agree to participate in this project, please answer truthfully.

Read each question carefully and answer as indicated. At the end of each section, click "Next" to proceed to the next section.

Thank you for your collaboration.

Yuselma AR Constantino

I agree to participate in the research study. I understand the purpose and nature of this study and I am participating voluntarily.

**1 – Gender:**

- a) Female
- b) Male
- d) Other\_\_\_\_\_

**2- Age:**

- a) 17 to 25 years
- b) 26 to 35 years
- c) 36 to 45 years
- d) 45 years or more

**3- Country of origin?**

\_\_\_\_\_

**4- Marital status:**

- a) Single
- b) Married / de facto union
- c) Widowed
- d) Divorced
- e) Other\_\_\_\_\_

**5- How do you classify your proficiency in Portuguese:**

Without Basic Intermediate Fluency Native

- a) Reading
- b) Writing
- c) Speaking

**6- Are you currently living in Portugal?**

- a) Yes
- b) No

**7- How long have you left Portugal?**

- a) Less than 6 months
- b) 6 months to 1 year
- c) 1 to 2 years
- d) 2 years or more

**8- Why did you leave Portugal. (Check all that apply)?**

- a) I completed studies
- b) I faced financial hardship
- c) I had health problems
- d) I feared I would contract Covid-19
- e) Other

**9- For how long have you been/were in Portugal?**

- a) less than 6 months
- b) 6 months to 1 year
- c) 1 to 2 years
- d) 2 to 3 years
- e) 3 years or more

**10- Which study cycle do/did you attend?**

- a) Bachelor
- b) Master
- c) PhD
- d) Post-Doc

**11- What is/was your student status during your stay in Portugal?**

- a) Erasmus student
- b) Foreign student under other cooperation programs
- c) Foreign student with scholarship from the country of origin
- d) Foreign student without scholarship
- e) Other

**12- Regarding your household: how many people cohabit/cohabited with you in Portugal? (Excluding yourself)**

0 1 2 3 or more

- a) Number of adults (> 18 years)
- b) Number of children (<18 years)

**13- How do you rate the financial situation of your household while in Portugal?**

- a) Very good
- b) Good
- c) Fair
- d) Bad
- e) Very bad
- f) I don't know / I prefer not to answer

**14- How would you rate your general health status during your stay in Portugal?**

- a) Very bad
- b) Bad
- c) Good
- d) Very good
- e) I don't know / I prefer not to answer

**15- During your stay in Portugal, your health status:**

- a) Improved
- b) Stayed the same
- c) Worsened
- d) I don't know / I prefer not to answer

**16- Did you obtain information on where to go in case you feel/felt ill?**

- a) Yes
- b) No
- c) I'm not sure

**17- Are/were you aware of Portuguese National Health Services (NHS)?**

- a) Yes
- b) No
- c) I'm not sure

**18- Did you obtained information on how to receive care within the NHS?**

- a) Yes
- b) No
- c) I'm not sure

**19-What is/was your main source of information about the access and functioning of health services in Portugal?**

- a) University of Minho
- b) University of origin
- c) Consular services/ embassy
- d) Family, colleagues and friends
- e) The Internet
- f) Organizations supporting immigrants
- g) SEF (Portuguese Foreigners and Borders Service)
- h) Other\_\_\_\_\_

**20- Are/were you exempt of co-payments in NHS services (the so-called taxa moderadora)?**

- a) Yes
- b) No
- c) I don't know

**21- Do/did you have private health insurance in Portugal?**

- a) Yes
- b) No

**22- Are/were you aware of the University of Minho Medical Center?**

- a) Yes
- b) No

**23- Are/ were you aware of the NHS telephone line, the SNS 24?**

- a) Yes
- b) No

**24- Do/did you have a family doctor assigned?**

- a) Yes
- b) No
- c) I don't know

**25- Have you ever received health care while in Portugal?**

- a) Yes
- b) No

**26- Why you never received health care while in Portugal?**

- a) I have never needed it
- b) I did not know how to access health care services
- c) I preferred to use health care services in my home country
- d) I feared being discriminated against

- e) I feared not being able to pay access costs
- f) I could not travel to the health care facilities
- g) I feared not being able to communicate with health professionals
- h) Other\_\_\_\_\_

For those who have used health services (currently or not)

**27- How many times did you use the services?**

None 1 to 2 to 3 times 4 or more times

- a) Medical Center of the University of Minho
- b) Health Center
- c) Public Hospital
- d) SNS 24
- e) Private hospital, clinics or private practices

**28- Why did you seek health care?**

- a) Emergency situation
- b) Covid-19
- c) Routine consultation
- d) Hospitalization
- e) Follow-up visits for chronic diseases
- f) Complementary diagnostic tests
- g) Nursing consultation
- h) Family planning, pregnancy and puerperium consultations
- i) Psychological support
- j) To accompany a household member
- k) Other

**29 – Consider now the experiences you had in the Portuguese NHS.**

**How frequent were the following situations?** Never Rarely Sometimes Often Always I don't know / I prefer not to answer

- a) I had difficulties in understanding how the system works
- b) I had difficulties in communicating with health professionals
- c) I was refused access to care for lack of documentation
- d) I felt discriminated against because of my nationality
- e) I felt discriminated against because of my language
- f) I felt discriminated against because of my race
- g) I felt discriminated against because of my socioeconomic status
- h) I felt discriminated against because of my religion and culture
- i) I filed complaints against health services

- k) I had financial difficulties in paying for health care
- j) I found it difficult to adhere to the treatment I was prescribed because I could not afford it
- l) I had access to translators

**30- Consider now the experiences you had in the Portuguese NHS.**

**Assess your agreement with the following statements about the Portuguese NHS** Strongly disagree

Moderately disagree Do not agree Nor disagree Moderately agree Strongly agree I don't know / I prefer not to answer

- a) I have received enough information on how to access health care
- b) To visit a health care provider, patients do not have to travel a long distance
- c) The general organisation of the system is clear
- d) The functioning of the system is clear
- e) It is easy to schedule an appointment
- f) Patients are treated with respect
- g) The professionals show real interest in the patient's health condition
- h) The system is well prepared to welcome foreigners
- i) The quality of care is good
- j) Foreigners receive the same level of quality of service that the nationals do
- k) Private providers offer a higher quality of care

**31. How do you rate your level of satisfaction with the health care you received while in Portugal?**

- a) Very dissatisfied
- b) Dissatisfied
- c) Neither satisfied / nor dissatisfied
- d) Satisfied
- e) Very satisfied
- f) I don't know / I prefer not to answer

**32- Were you in Portugal during the COVID-19 pandemic crisis?**

- a) Yes
- b) No

**33- Have you received enough information about the pandemic?**

- a) Yes
- b) No
- c) I don't know / I prefer not to answer

**34- Have you had information on how to access health care during that period?**

- a) Yes
- b) No
- c) I don't know / I prefer not to answer.

