



**Escola Nacional  
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Universidade Nova de Lisboa**

**Escola Nacional de Saúde Pública**

**Acesso aos Cuidados de Saúde e Literacia em Saúde na População  
Migrante na Área Metropolitana de Lisboa  
e impacto da pandemia Covid-19**

XVI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

**Juliana Azevedo de Sá**

**novembro de 2022**





**Escola Nacional  
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Universidade Nova de Lisboa**

**Escola Nacional de Saúde Pública**

**Acesso aos Cuidados de Saúde e Literacia em Saúde na  
População Migrante na Área Metropolitana de Lisboa  
e impacto da pandemia Covid-19**

XVI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Rita Pedro e da Professora Doutora Sónia Dias

**novembro de 2022**

*Where there's a will there's a way.*

## **Agradecimentos**

À Doutora Ana Rita Pedro e Professora Doutora Sónia Dias por terem aceitado orientar este trabalho. Agradeço à Doutora Ana Rita por toda a direção, motivação, mas, sobretudo, por todos os desafios positivos que me colocou ao longo da realização deste trabalho, fazendo-me questionar e evoluir à medida da realização do mesmo. Agradeço à Professora Doutora Sónia Dias por toda a orientação e experiência na matéria desta dissertação e por todos os indispensáveis contributos científicos para a elaboração da mesma.

Ao Fernando Avelar pelo acompanhamento, detalhe e criticidade com que me auxiliou na execução deste trabalho.

Ao meu pai, pelas vezes que me disse e transmitiu - *“Where there’s a will there’s a way.”*, o apoio incondicional e liberdade para voar ao longo de toda a minha vida e percurso é o motor de tudo o que faço.

À minha mãe pela calma e segurança que sempre me transmitiu nos momentos mais difíceis e por ser sempre casa: numa vídeochamada a muitos quilómetros de distância ou nos abraços longos e apertados.

À minha irmã pelo apoio incondicional desde o primeiro dia deste percurso, pelo respeito dos meus silêncios em momentos de maior aperto, pelo entusiasmo de cada obstáculo superado e por acreditar sempre em mim.

Ao meu querido avô Zé Braga, que sempre foi o meu maior, e mais fervoroso, adepto, que tantas vezes me perguntou “Como vão lá os estudos para Lisboa”? e que partiu durante a elaboração deste trabalho.

À minha amiga e colega de casa Francisca, por ser uma ouvinte tão empática e ativa e por todos os conselhos práticos e concisos que me deu ao longo de todo este percurso.

Aos meus colegas de trabalho por toda a força dada nas vezes em que parecia impossível conciliar tudo.

A todos aqueles que, de forma mais direta ou indireta, contribuíram para o culminar deste capítulo. Obrigada a todos.



## Resumo

**Introdução:** O aumento crescente dos fluxos migratórios tem conduzido a um processo de transformação das sociedades. Em Portugal, 15,70% dos migrantes vivem na Área Metropolitana de Lisboa (AML). Com o aumento da migração, evidenciam-se barreiras na integração e acesso aos serviços de saúde dos migrantes. A literatura aponta que populações mais vulneráveis, como é o caso dos migrantes, apresentam menores níveis de literacia em saúde, que se podem traduzir numa maior dificuldade de aceder aos serviços de saúde. Há evidência acerca dos efeitos e impacto social e sanitário da pandemia Covid-19 nas populações mais vulneráveis e desfavorecidas socioeconomicamente.

**Objetivos:** Caracterizar o acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes, de acordo com as suas características socioeconómicas, avaliar o seu nível de literacia em saúde e analisar o impacto da pandemia Covid-19 no acesso aos cuidados de saúde.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal, com base na recolha e tratamento estatístico de dados, com recurso a um questionário de dados sociodemográficos e ao Health Literacy Questionnaire, na sua versão em português, aplicados a migrantes brasileiros, angolanos, cabo-verdianos, guineenses, moçambicanos, são-tomenses, chineses, indianos e nepaleses, residentes em Portugal há menos de 10 anos.

**Resultados:** Quando analisamos o acesso aos cuidados de saúde considerando o “acedeu nos últimos 12 meses”, 86,40% dos migrantes acedeu e 13,60% não acedeu. No entanto, os migrantes indocumentados tendem a aceder mais ao serviço de urgência (37,60%) e os documentados aos CSP (59,80%). A percentagem de pessoas migrantes que residem em Portugal há mais de seis anos a necessitarem e não conseguirem ter acesso diminui de 22,30% (menos de 1 ano) para 5,00%. Os scores de literacia em saúde são inferiores no “Sem acesso” que no “Acesso”. Em níveis de rendimento mais elevados, a percentagem de pessoas que sentiu que a pandemia Covid-19 não afetou o acesso aos cuidados de saúde aumenta de 47,40% (<650€) para 58,50% (≥650€).

**Conclusões:** Identificaram-se dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição socioeconómica. Os migrantes indocumentados apresentam mais dificuldades no acesso. Neste estudo, os migrantes que residem em Portugal há mais anos, tendem a ter melhor acesso. Em níveis mais elevados de rendimento, verifica-se melhor acesso aos cuidados de saúde. Níveis baixos de literacia parecem estar associados a um menor acesso aos cuidados de saúde. Em níveis mais elevados de rendimento, aumentam as percentagens de indivíduos que reportam que o acesso não foi afetado pela pandemia Covid-19.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde; migrantes; literacia em saúde; Covid-19.



## **Abstract**

**Introduction:** The increasing migratory flows has led to a process of transformation of societies. In Portugal, 15,70% of migrants live in the Lisbon Metropolitan Area. With increased migration, barriers to integration and access to health services for migrants are evident. The literature points out that more vulnerable populations, such as migrants, have lower levels of health literacy, which may translate into greater difficulty in accessing health services. There is evidence about the social and health effects and impact of the COVID-19 pandemic on the most vulnerable and socioeconomically disadvantaged populations.

**Objectives:** Characterize migrants' access to health care according to their socioeconomic characteristics, assess their level of health literacy, and analyze the impact of the COVID-19 pandemic on access to health care.

**Methods:** Quantitative, cross-sectional study, based on the collection and statistical treatment of data, using a questionnaire of socio-demographic data and the Health Literacy Questionnaire, in its Portuguese version, applied to Brazilian, Angolan, Cape Verdean, Guinean, Mozambican, São Tomense, Chinese, Indian and Nepali migrants living in Portugal for less than 10 years.

**Results:** When we analyze the access to health care considering the "accessed in the last 12 months", 86,40% of migrants accessed and 13,60% did not access. However, undocumented migrants tend to access the emergency hospital more (37,60%) and documented migrants the PHC (59,80%). The percentage of migrants living in Portugal for more than 6 years needing and not being able to access decreases from 22,30% (less than 1 year) to 5,00%. Health literacy scores are lower in "No access" than in "Access". At higher income levels, the percentage of people who felt that the COVID-19 pandemic did not affect access to healthcare increases from 47,40% (<650€) to 58,50% (≥650€).

**Discussion/Conclusions:** Difficulties in access to healthcare were identified regardless of their socioeconomic status. Undocumented migrants presented more difficulties in access. In this study, migrants who have lived in Portugal for more years tend to have better access. Higher levels of income show better access to health care. Low levels of literacy seem to be associated with lower access to health care. At higher income levels, the percentages of individuals reporting that access was not affected by the COVID-19 pandemic increase.

**Keywords:** Access to health services; migrants; health literacy; COVID-19.



## Índice

1. Introdução.....	19
2. Enquadramento Teórico.....	23
2.1 Caracterização sociodemográfica da população migrante .....	23
2.1.1 Portugal .....	23
2.1.2 Área Metropolitana de Lisboa (AML) .....	25
2.2 Acesso aos cuidados de saúde .....	26
2.2.1 Definição de acesso aos cuidados de saúde .....	26
2.2.2 Caracterização do acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes .....	27
2.3 Perspetiva legal do acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes.....	30
2.3.1 Portugal .....	30
2.3.2 Internacional .....	33
2.4 Literacia em Saúde como barreira no acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes .....	33
2.5 Impacto da pandemia Covid-19 no acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes .....	37
2.5.1 Internacional .....	37
2.5.2 Portugal .....	40
3. Objetivos.....	42
3.1 Objetivos gerais da dissertação .....	42
3.2 Objetivos específicos da dissertação.....	42
4. Metodologia de investigação.....	45
4.1 Desenho do estudo .....	45
4.2 Amostra do estudo .....	45
4.3 Procedimento de recolha de dados .....	45
4.4 Instrumento de recolha de dados .....	46
4.5 Variáveis do estudo .....	46
4.5.1 Questionário de dados sociodemográficos e de saúde .....	47
4.5.2 Health Literacy Questionnaire (HLQ).....	47
4.6 Tratamento estatístico e análise de dados .....	47

4.7 Considerações éticas .....	48
5. Resultados.....	49
5.1 Caracterização sociodemográfica.....	49
5.2 Literacia em saúde   <i>Health Literacy Questionnaire</i> (HLQ).....	51
5.3 Acesso aos cuidados de saúde, de acordo com estatuto migratório, nível de ensino, rendimentos e tempo de residência em Portugal .....	56
5.4 Relação entre o acesso aos cuidados de saúde com os níveis de literacia de acordo com o <i>Health Literacy Questionnaire</i> (HLQ).....	60
5.5 Perceção do impacto da pandemia Covid-19 no Acesso aos Cuidados de Saúde .....	60
6. Discussão .....	63
6.1 Limitações do estudo .....	70
7. Conclusões.....	71
Referências bibliográficas .....	75
Anexos.....	84

## Lista de tabelas

<b>Tabela 1</b> Distribuição geográfica por concelho/número de cidadãos estrangeiros registados   Adaptado RIFA 2021 SEF .....	24
<b>Tabela 2</b> MIPEX 2020: Portugal – Posição e score em relação aos restantes 52 países .....	30
<b>Tabela 3</b> Impacto da Covid-19 de acordo com o ciclo de migração.....	39
<b>Tabela 4:</b> Caracterização sociodemográfica da população em estudo.....	50
<b>Tabela 5</b> Health Literacy Questionnaire (HLQ)   44 itens .....	52
<b>Tabela 6</b> Health Literacy Questionnaire (HLQ)   9 dimensões .....	55
<b>Tabela 7</b> Relação entre o Acesso aos Cuidados de Saúde nos últimos 12 meses e as variáveis sociodemográficas .....	56
<b>Tabela 8</b> Relação entre o Acesso aos Cuidados de Saúde (Ter pelo menos um profissional conhece bem e conversar problemas saúde) e as variáveis sociodemográficas.....	58
<b>Tabela 9</b> Relação do Acesso aos Cuidados de Saúde com o nível de literacia, de acordo com Health Literacy Questionnaire (HLQ).....	60
<b>Tabela 10</b> Perceção do impacto da pandemia Covid-19 no Acesso aos Cuidados de Saúde.....	61



## **Lista de figuras**

<b>Figura 1</b> Barreiras no Acesso aos Cuidados de Saúde pelos migrantes .....	34
---	----

## **Lista de gráficos**

<b>Gráfico 1</b> Nacionalidades estrangeiras mais representativas Portugal   Adaptado RIFA 2021 SEF .....	24
<b>Gráfico 2</b> Tendência evolutiva de estrangeiros residentes   Adaptado RIFA 2021 SEF .....	41



## **Lista de siglas e acrónimos**

**ACIME:** Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas

**ACM:** Alto Comissariado para as Migrações

**ACS:** Acesso aos cuidados de saúde

**ACSS:** Administração Central do Sistema de Saúde

**AML:** Área Metropolitana de Lisboa

**CM:** Conselho para as Migrações

**CSP:** Cuidados de Saúde Primários

**DGS:** Direção-Geral da Saúde

**EEE:** Espaço Económico Europeu

**ERS:** Entidade Reguladora da Saúde

**INE:** Instituto Nacional de Estatística

**HLQ:** Health Literacy Questionnaire

**MIPEX:** *Migrant Integration Policy Index*

**OIM:** Organização Internacional para Migrações

**PEM:** Plano Estratégico para as Migrações

**PII:** Plano para a Integração dos Imigrantes

**RIFA:** Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo

**SEF:** Serviço Estrangeiros e Fronteiras

**SNS:** Serviço Nacional de Saúde

**UE:** União Europeia



## 1. Introdução

O aumento crescente dos fluxos migratórios tem conduzido a um processo de transformação das sociedades, nomeadamente da europeia. <sup>1</sup> De acordo com a Organização Internacional para Migrações (OIM), em 2019 foram contabilizados 272 milhões de migrantes internacionais, o que equivale a 3,50% da população mundial. No Relatório Mundial sobre Migração 2022 havia 281 milhões de migrantes internacionais o ano passado, o que corresponde a 3,60% da população global mundial. Este aumento da população migrante mundial demonstrou que, apesar do impacto dramático da pandemia sobre a migração e mobilidade, o movimento de indivíduos entre os países permaneceu. <sup>2</sup>

Com o aumento da migração, evidenciam-se as barreiras e questões relativamente à integração dos migrantes nos países para onde se deslocam, sendo que o acesso à saúde é um dos aspetos que carece de investigação para ser possível mitigar os efeitos que podem advir de, normalmente, os migrantes serem indivíduos que experienciam situações de desigualdade nos acessos a diferentes serviços, nomeadamente à saúde. <sup>3 4 5</sup>

Relativamente ao enquadramento legal nesta matéria de acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes, as leis variam num espetro muito grande de acordo com o país. Em Portugal, nos termos da Constituição portuguesa, os migrantes regulares e irregulares enquadram-se na categoria de estrangeiros e apátridas, que beneficiam de um quadro legislativo generoso quando comparado com outros países. Estes indivíduos usufruem de muitos direitos e estão sujeitos aos deveres como os cidadãos portugueses. O primeiro artigo da Constituição portuguesa, pedra angular da ordem jurídica e política utilizada na interpretação das disposições constitucionais no que diz respeito aos direitos fundamentais, baseia-se nessa mesma premissa. Para os cidadãos não nacionais em situações irregulares existem mais limitações no acesso aos serviços de saúde, no entanto, desde a promulgação da nova Lei de Bases da Saúde, em 2019, ficou claro que os migrantes, quer sejam regulares ou irregulares, têm direito a aceder ao SNS, seguindo o quadro legal aplicável. O enquadramento legal referido é o teórico, uma vez que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) reporta consistentemente restrições empíricas no acesso efetivo dos estrangeiros aos serviços de saúde. <sup>6</sup>

As principais barreiras vivenciadas pelos migrantes no acesso aos cuidados de saúde, apontadas pela literatura, dividem-se em barreiras externas, como são exemplo os fatores económicos; barreiras internas, como as limitações que advêm dos processos de prestação de cuidados de saúde nos países e, por fim, barreiras de autoexclusão, em que o próprio migrante se exclui, por exemplo, por motivos de estigma e/ou medo. <sup>7</sup>

Há cada vez mais evidência acerca dos efeitos e impacto social e sanitário da pandemia Covid-19 nas populações mais vulneráveis e desfavorecidas socioeconomicamente, como são exemplo os migrantes. Por todo o mundo, os indivíduos migrantes foram impactados de forma particular com o desenrolar da pandemia devido a impactos diretos como a falta de proteção social, falta de acesso aos cuidados de saúde, falta de condições sanitárias para evitar a propagação do vírus, estarem expostos a contextos de trabalho onde o teletrabalho não era exequível.<sup>8 9</sup>

No contexto de pandemia, as restrições aos cuidados de saúde afetaram ainda mais estas populações, sendo que Portugal não foi exceção. Já surge alguma evidência sobre como as populações vivenciaram a pandemia e os seus efeitos, mas mais estudos são necessários para ser possível traçar recomendações que permitam mitigar os efeitos deixados pela pandemia e permitir uma redução das desigualdades em saúde, em específico no que se refere ao acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes.<sup>10 6</sup>

Sete dos dez concelhos nacionais com maior número de migrantes encontram-se na Área Metropolitana de Lisboa, sendo que de acordo com os dados do INE | SEF/MAI, Pordata 2020, 49,90% dos migrantes em Portugal residem na Área Metropolitana de Lisboa; 15,70% no Algarve; 13,60% no Norte; 13,30% no Centro; 5,40% no Alentejo; 1,40% na R.A. da Madeira e 0,60% na R.A. dos Açores.<sup>11</sup>

Este presente trabalho inclui os migrantes maiores de 18 anos, residentes na Área Metropolitana de Lisboa, que residem em Portugal há menos de 10 anos, independentemente do seu estatuto migratório (regular ou irregular). Os migrantes de países europeus não foram incluídos devido ao seu estatuto socioeconómico distinto, sendo que a maioria apresenta nível educacional superior e empregos mais qualificados, com rendimento mais elevado. Para além disso, apresentam condições mais vantajosas na sua chegada e permanência no país.<sup>12</sup> Desta forma, as nacionalidades incluídas foram a brasileira, angolana, cabo-verdiana, guineense, moçambicana, são-tomense, chinesa, indiana e nepalesa.

Assim, este trabalho reflete um estudo de investigação no sentido de reconhecer as condições de vida dos migrantes elencados anteriormente, o seu acesso aos cuidados de saúde, compreender algumas das barreiras que estes enfrentam no acesso, compreender o enquadramento da sua literacia em saúde e, por fim, investigar o impacto da pandemia Covid-19 no acesso aos cuidados de saúde.

No que concerne à estrutura deste trabalho, este encontra-se organizado em cinco capítulos: enquadramento teórico, metodologia, resultados, discussão e conclusão. O capítulo do enquadramento teórico encontra-se distribuído por diferentes pontos que têm como objetivo dar contexto da temática da dissertação, com recurso a fontes bibliográficas adequadas; o capítulo da metodologia pretende abordar o

planeamento metodológico da investigação, a descrição dos objetivos do estudo, a definição da população em estudo, a descrição da recolha dos dados e a operacionalização das variáveis; o capítulo dos resultados apresenta os resultados obtidos através da análise estatística através do *software* SPSS; no capítulo da discussão são discutidos os principais resultados do estudo, tendo em conta os objetivos da investigação, relacionando os mesmos com a literatura existente; por fim, no capítulo da conclusão são apresentadas as principais conclusões do estudo.

A pertinência desta investigação para a área da Gestão da Saúde prende-se com o facto de existir conhecimento limitado sobre esta temática e, através do conhecimento produzido pela análise das condições de vida dos migrantes, acesso aos cuidados de saúde e impacto da pandemia Covid-19 no acesso aos cuidados de saúde pelos mesmos, seja possível alcançar conclusões e recomendações relevantes para decisões nesta matéria.



## **2. Enquadramento Teórico**

### **2.1 Caracterização sociodemográfica da população migrante**

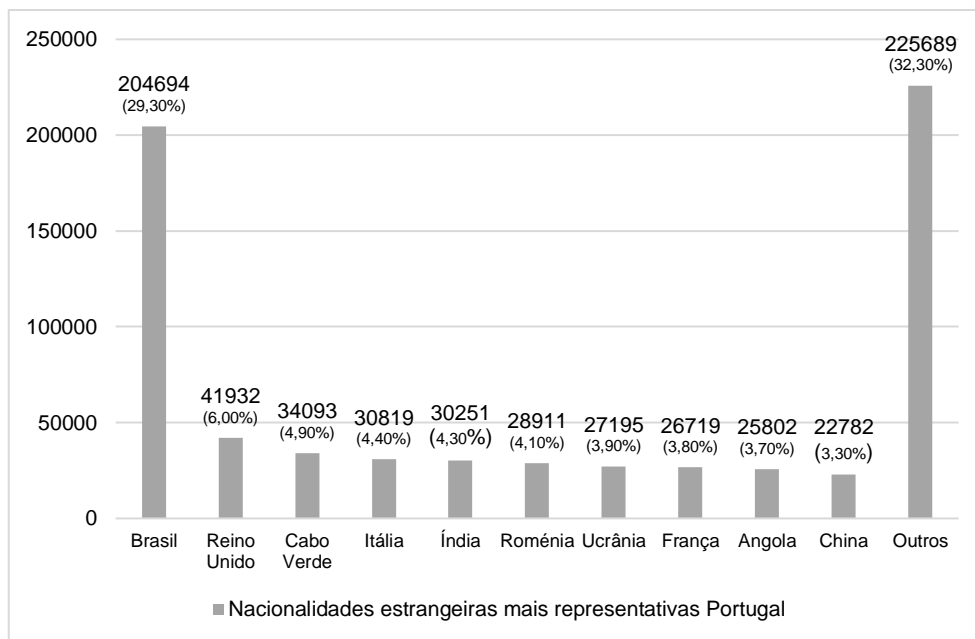
#### **2.1.2 Portugal**

A imigração em Portugal, à semelhança dos outros países, é uma realidade complexa, multifacetada e diversa, que tem em conta diferentes estruturas sociodemográficas, processos migratórios e variadas formas de perspetivar a integração dos migrantes.<sup>13</sup>

A definição e distinção dos tipos de migrantes é um tópico complexo e dúbio, sendo que uma das propostas de categorização distingue entre migrantes económicos, que são pessoas que deixam o seu local habitual de residência para melhorar a qualidade de vida; requerentes de asilo, pessoas que saem do seu lugar normal de residência com medo de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou de opinião política e, por esse motivo, entram num país e pedem asilo ao abrigo da Convenção de Genebra de 1951 - se o medo for confirmado recebem o estatuto de refugiado – e, por fim, migrantes indocumentados/irregulares que não detêm estatuto legal devido a entrada irregular. No entanto, dada a complexidade do processo migratório, ainda é possível identificar mais tipos de migrantes que não estão elencadas nestas categorias.<sup>14</sup>

Até ao início do século XXI, a presença de migrantes em Portugal era diminuta e derivava, essencialmente, do colonialismo – 55% da população não nacional legalmente residente tinha como origem um país da comunidade de países de língua portuguesa (CPLP). No princípio do século XXI, verificou-se uma mudança nas regiões de origem de migrantes, particularmente de diversos países da Europa do Leste e Brasil.<sup>13</sup>

O conhecimento das características sociodemográficas da população migrante em Portugal é essencial para as investigações nesta área, no entanto, encontra-se limitada pela escassez de dados. Não obstante, existe cada vez mais dados disponibilizados por entidades como SEF e INE. De acordo com o Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo (RIFA) de 2021 do SEF, a nacionalidade brasileira continua a principal comunidade estrangeira residente em Portugal representando 29,3% do total. De seguida, a posição pertence ao Reino Unido como a segunda nacionalidade estrangeira mais representativa em Portugal. No RIFA 2021, também é possível verificar que quando analisamos o número de migrantes por continente, o asiático, africano e sul-americano (potenciado pelo Brasil) apresentam números elevados de migrantes, 106 877, 107 598 e 217 364, ambos com tendência crescente face ao período homólogo.<sup>15</sup>



**Gráfico 1** Nacionalidades estrangeiras mais representativas Portugal | Adaptado RIFA 2021 SEF

É relevante notar que a distribuição geográfica pelo território nacional incide sobretudo no litoral, sendo que 66,80% está registada nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal. Como referido anteriormente, esta investigação refere-se aos migrantes residentes na Área Metropolitana de Lisboa, região com mais migrantes residentes, sendo que quando analisada a distribuição geográfica por concelho, conclui-se que sete dos dez concelhos com maior número de cidadãos estrangeiros registados, pertence à Área Metropolitana de Lisboa. <sup>15</sup>

**Tabela 1** Distribuição geográfica por concelho/número de cidadãos estrangeiros registados | Adaptado RIFA 2021 SEF

Concelho	Residentes	Área km2	Densidades (residentes por km2)
Lisboa	108894	100	1088,90
Sintra	42475	319	133,20
Cascais	34097	97	351,50
Amadora	23834	24	993,10
Loures	21579	167	129,20
Odivelas	20788	27	769,90
Porto	18950	41	462,20
Loulé	18707	764	24,50
Almada	16570	70	236,70
Albufeira	16433	141	116,50

Relativamente à distribuição por género da população migrante residente em Portugal, 51,50% (359 862) são homens e 48,50% (339 025) são mulheres. No que concerne à distribuição etária, a população potencialmente ativa representa 76,40% dos cidadãos estrangeiros residentes, verificando-se predominância do grande grupo etário 25-44 anos (321 798).

Relativamente ao nível de habilitações dos trabalhadores estrangeiros em Portugal, tem-se verificado que a inclusão de trabalhadores não nacionais nos vários grupos profissionais não reflete inerentemente a sua qualificação e experiência profissional anterior. Têm-se verificado, em Portugal, algumas situações sobre qualificação dos trabalhadores estrangeiros face às atividades que exercem no mercado de trabalho. De acordo com o Relatório Estatístico Anual de 2021 do Observatório das Migrações, a tendência da última década mantém-se relativamente a um reforço do número de estrangeiros com níveis de habilitações médio-superiores e a diminuição de habilitações inferiores ao primeiro do ensino básico, seguindo a tendência dos trabalhadores nacionais.<sup>12</sup>

### **2.1.2 Área Metropolitana de Lisboa (AML)**

A conglobação da população migrante nas áreas metropolitanas e zonas urbanas tem que ver com a perceção de que a inserção no mercado de trabalho será mais rápida e, também, que existirão redes de entreaajuda mais sólidas.<sup>16</sup> Ou seja, zonas como a AML tornam-se mais atrativas para os migrantes pela sua atividade económica e laboral.<sup>17</sup>

Apenas o concelho de Lisboa conta com uma diversidade de mais de 180 nacionalidades, tendo a população extra-UE uma grande representatividade. De acordo com os últimos dados do SEF, atualizados a 23 de junho de 2022, apenas em Lisboa verificavam-se 186 nacionalidades diferentes de migrantes residentes em Lisboa.<sup>18</sup>

De acordo com o último diagnóstico social de Lisboa, II Diagnóstico Social de Lisboa 2015-2016, as freguesias de Santa Maria Maior e a de Arroios, são as que apresentavam maior percentagem de população estrangeira residente, 17,80% e 14,10%, respetivamente.<sup>19</sup>

À semelhança da tendência do país, o panorama migratório da cidade de Lisboa está em mutação, sendo que a tendência migratória de países CPLP diminuiu nos últimos anos e novos fluxos migratórios tornaram-se preponderantes com o crescimento da população oriunda da China, Nepal, Índia e Bangladesh.<sup>17</sup>

## 2.2 Acesso aos cuidados de saúde

### 2.2.1 Definição de acesso aos cuidados de saúde

O termo acesso é um conceito complexo e pode tomar várias dimensões quando aplicado no uso dos cuidados de saúde. Assim, ao longo do tempo surgiram diferentes propostas de vários autores.<sup>20</sup> Por um lado, alguns autores como Donabedian<sup>21</sup>, utilizam a acessibilidade – ser acessível – enquanto outros autores utilizam o termo acesso – ato de ingressar, entrar. Para além disso, autores focam-se apenas nas características dos indivíduos, outros focam-se apenas nas características da oferta de serviços de saúde e, por fim, outros centram-se na relação entre ambos (indivíduos e oferta).

Nas suas primeiras publicações sobre este tema, Donabedian definiu acessibilidade como um dos aspetos de oferta de serviços, no sentido de produzir serviços que respondam às necessidades de determinado grupo de pessoas, facilitando ou limitando o acesso de potenciais utilizadores dos serviços. Assim, a acessibilidade para Donabedian inclui dimensões como adequação dos profissionais de saúde e recursos tecnológicos, de forma a dar resposta a quem os procure.<sup>21</sup>

Por sua vez, outro autor, Andersen, dá ênfase ao acesso, no modelo de utilização de serviços de saúde. Acesso refere-se à entrada nos serviços de saúde e a receber, posteriormente, os cuidados de saúde necessários, incluindo dimensões como a predisposição dos indivíduos para utilizarem estes serviços.<sup>22</sup> Em revisões posteriores deste modelo, Anderson reformula o conceito tornando-o multidimensional: o acesso potencial e o acesso realizado efetivamente.<sup>23</sup>

De uma forma mais híbrida que as duas anteriores propostas de definição, Penchansky & Thomas descrevem o termo acesso com uma relação entre o sistema e os utilizadores, reformulando a ideia definida por Donabedian, no sentido em que não tem apenas em consideração a oferta em si dos serviços de saúde. Neste último, as dimensões são mais variáveis – acessibilidade (considerada uma dimensão de acesso), disponibilidade, *accomodation* (relação entre a forma como os serviços estão organizados para oferecer serviços e, também, na capacidade dos utilizadores a se adaptarem a este), capacidade de compra (considerando o financiamento e a capacidade das pessoas pagarem esses serviços) e aceitabilidade dos profissionais de saúde e dos utilizadores.<sup>24</sup>

Em 1993, o *Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services* do *Institute of Medicine* (IOM) propôs que o acesso fosse definido como a utilização dos serviços em tempo adequado, de forma a ser possível atingir o melhor resultado em saúde possível.<sup>25</sup>

Para o âmbito deste trabalho, é relevante apresentar que para Goddard & Smith a disponibilidade de serviços deve ter sido em conta, uma vez que os serviços existentes podem não ser do conhecimento de todos, de acordo com os estratos que se inserem e informações que dispõe, acarretando diferentes dificuldades ou facilidades, afetando, assim, o acesso dos mesmos. <sup>26</sup>

### **2.2.2 Caracterização do acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes**

O mundo está cada vez mais globalizado, sendo que todos os anos cerca de mil milhões de pessoas deslocam-se para fora dos seus países. Concomitantemente, a diversidade geográfica, social e cultural das diferentes populações torna-se evidente. Desta forma, há uma relação clara e inevitável entre saúde e imigração que, com o passar do tempo, tem vindo a aumentar a preocupação por parte dos decisores políticos. O acesso aos sistemas nacionais de saúde e a obtenção de bons resultados de saúde são indicadores fulcrais na integração dos migrantes nos diferentes países. <sup>27</sup>

A procura pelos cuidados de saúde pelos migrantes é afetada por diferentes fatores sociodemográficos e económicos como o sexo, idade, nível de educação, estatuto de imigração, capacidade financeira e situação laboral. Para além disso, influenciam fatores individuais como o tempo de residência no país de acolhimento, crenças e perceção sobre a doença e necessidade de utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido, ser migrante já pode constituir por si mesmo um determinante social de saúde, devido à exclusão social que tendencialmente ocorre. <sup>28</sup>

A literatura demonstra evidência que ter um nível educacional mais baixo está associado a ter mais barreiras no acesso aos cuidados de saúde. <sup>29</sup> A classe social e estatuto económico (rendimento) também surge como uma barreira no acesso aos cuidados de saúde <sup>30 31</sup> A duração do tempo de residência nos países de acolhimento também é sugerida na literatura como um aspeto que limita este acesso quanto menos tempo os migrantes residem nos países. <sup>32 33</sup> Quanto mais tempo os migrantes permanecem nos países, mais se dão os fenómenos de aculturação, o que pode contribuir positivamente para um melhor acesso aos cuidados de saúde. <sup>34</sup>

### **2.2.2.1 Portugal**

O acesso e utilização dos serviços de saúde por migrantes em Portugal pode ser estudado através da análise dos dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS), que incluem nacionais e migrantes – definidos como nascidos em qualquer outro país que não Portugal.<sup>35</sup>

Através dos dados do 4º (2005) e 5º (2014) INS, um estudo foi conduzido no sentido de investigar o acesso e utilização dos serviços de saúde por migrantes, sendo que ambos incluíram 1624 e 1331 migrantes, respetivamente. Este estudo focou-se em comparar a utilização dos serviços de saúde entre migrantes e não migrantes, com ou mais 15 anos de idade. De acordo com os dados de 2005, os migrantes tinham menos probabilidade de ter uma consulta médica nos 3 meses anteriores em comparação com os nacionais. Em 2014, a hipótese de ter uma consulta médica era menor entre os migrantes, sendo que estes também eram menos propensos a comprar medicamentos prescritos devido a problemas financeiros quando comparados com os nacionais.<sup>35</sup>

Outro estudo de 2018 baseado nos dados do INS de 2014, em Portugal, também demonstrou que a utilização dos serviços de saúde é geralmente mais baixa para as pessoas que não têm nacionalidade portuguesa, independentemente do seu país de nascimento. Estes resultados estão em linha com estudos anteriores que identificaram os migrantes como vulneráveis no contexto de utilização de serviços de saúde e na procura de aconselhamento médico.<sup>36 37</sup>

### **2.2.2.2 MIPEX (Migrant Integration Policy Index): Estado de arte acesso aos cuidados de saúde por migrantes em Portugal**

Com o crescimento de novos fluxos migratórios, as políticas de integração tornaram-se cada vez mais necessárias e o Alto Comissão das Migrações (ACM) – antigo Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) – ganhou relevância na centralização das políticas de integração em Portugal. Assim, o ACM tem responsabilidade de colaboração ativa com três áreas:

- 1) Definição, execução e avaliação de políticas públicas relacionadas com a migração;
- 2) Integração dos migrantes e grupos étnicos;
- 3) Gestão e valorização da diversidade.

O ACM está integrado no Conselho de Ministros e devido à sua natureza transversal dos mandatos, por atingir diferentes áreas de intervenção, a maior parte do seu trabalho

é realizado em articulação com diferentes entidades do setor público e Organizações Não Governamentais (ONG).<sup>38</sup>

É possível a medição do impacto das políticas e o MIPEX – *Migrant Integration Policy Index* – é uma das ferramentas desenvolvidas para avaliar a capacidade de resposta e eficácia dos Estados relativamente à integração dos migrantes nas diferentes áreas políticas.<sup>39</sup>

O MIPEX mede oito dimensões políticas, divididas por 167 indicadores, sendo que o desenvolvimento mais recente da ferramenta foi a vertente da saúde, que mede concretamente as políticas de saúde sobre três populações migrantes diferentes num determinado país – migrantes regulares, requerentes de asilo e migrantes sem documentos, em comparação com a população nacional.<sup>40</sup> Esta ferramenta considera a equidade das políticas relativamente a quatro questões: 1) Direitos dos migrantes aos serviços de saúde; 2) Acessibilidade dos serviços de saúde para migrantes; 3) Capacidade de resposta às necessidades dos migrantes; 4) Medidas para alcançar a mudança.

As dimensões políticas que esta ferramenta mede são: 1) Acesso à nacionalidade – *Quão facilmente os imigrantes se tornam cidadãos?*; 2) Antidiscriminação – *Estão todos efetivamente protegidos contra discriminação racial/étnica, religiosa e nacionalidade em todas as áreas da vida?*; 3) Educação – *Os sistemas de educação respondem às necessidades das crianças imigrantes?*; 4) Reunião familiar – *Quão facilmente os imigrantes conseguem reunir com as suas famílias?*; 5) Saúde – *Os sistemas de saúde respondem às necessidades de saúde dos migrantes?*; 6) Mobilidade no mercado de trabalho – *Os imigrantes têm igualdade de direitos no acesso a trabalhos?*; 7) Residência permanente – *Quão facilmente os imigrantes conseguem adquirir residência permanente?* 8) Participação política – *É garantido aos imigrantes o direito e oportunidade de participar na vida política?*

De acordo com o MIPEX 2020, Portugal obteve um MIPEX Score de 81, estando, assim, incluído no top 10 dos países. No entanto, o score da saúde é o mais baixo das oito dimensões avaliadas (score 65). Com o passar dos anos, as políticas portuguesas de integração têm melhores resultados em todas as dimensões, não havendo nenhuma alteração negativa dos indicadores em comparação com os estudos de anos anteriores. Comparativamente com os restantes países desenvolvidos, as políticas de integração de Portugal estavam acima da média em todas as áreas consideradas, exceto na saúde.<sup>41</sup>

À semelhança de metade dos países integrantes do MIPLEX, Portugal tem melhorado lentamente o acesso aos cuidados de saúde e informação, sendo que poderia ter melhores resultados se integrassem práticas legislativas semelhantes às implementadas no contexto da pandemia Covid-19.

**Tabela 2** MIPLEX 2020: Portugal – Posição e score em relação aos restantes 52 países

<b>Mobilidade no mercado de trabalho</b>	<b>Reunião familiar</b>	<b>Educação</b>	<b>Saúde</b>
1 de 52 países 94 score	3 de 52 países 87 score	10 de 52 países 69 score	17 de 52 países 65 score
<b>Participação Política</b>	<b>Residência permanente</b>	<b>Acesso à nacionalidade</b>	<b>à Antidiscriminação</b>
5 de 52 países 80 score	14 de 52 países 71 score	6 de 52 países 86 score	1 de 52 países 100 score

### 2.3 Perspetiva legal do acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes

O acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes deve ser abordado em diferentes dimensões, sendo que a legislação existente sobre a temática é uma destas. Para se abordar o acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes, é necessário, então, fazer referência às diferentes normas nacionais e internacionais que promovem o acesso dos mesmos a estes serviços.<sup>38</sup>

#### 2.3.1 Portugal

A Lei de Bases da Saúde, regulamentada pela Lei nº48/90, de 24 de agosto, na Base XXV, determina que são beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para além dos cidadãos portugueses, os cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias e, ainda, os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade e os cidadãos apátridas em Portugal. A Constituição portuguesa estabelece que todos os cidadãos, incluindo estrangeiros, têm direito à prestação de cuidados globais de saúde. Qualquer imigrante que se encontre em território nacional e que necessite de cuidados de saúde tem o direito de ser assistido, quer num centro de saúde, quer num hospital, em caso de urgência, independentemente da sua situação socioeconómica, nacionalidade ou estatuto atual de imigração.<sup>1</sup>

Portugal apresenta avanços legislativos notáveis nesta temática, com o alargamento do acesso dos migrantes aos cuidados de saúde. Primeiramente, começou por permitir o acesso dos migrantes aos cuidados de saúde a partir do elevado fluxo de

migrantes a entrar no país no final do século XX. Desta forma, desde 2001 que é garantido aos cidadãos estrangeiros o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente do nível económico ou estatuto legal. (ACIME, 2007)

As condições e termos de acesso aos serviços de saúde por cidadãos estrangeiros estão reguladas de acordo com três patamares diferentes: <sup>42</sup>

1. Cidadãos nacionais de Estados-membros da União Europeia (EU), do Espaço Económico Europeu (EEE) e Suíça – que são beneficiários de amplos direitos e deveres;
2. Cidadãos nacionais de países terceiros abrangidos por acordos bilaterais de cooperação no domínio de saúde ou da Segurança Social celebrados pelo Estado português e os países de origem como vários países africanos de língua portuguesa, Brasil, Andorra, Marrocos e Tunísia;
3. Cidadãos nacionais de países terceiros de nacionalidade alheia aos países que integram o EEE e EU. Neste grupo distinguem-se os estrangeiros com autorização de residência, os requerentes de asilo ou de proteção subsidiária, os refugiados e os migrantes sem autorização de residência.

Os cidadãos estrangeiros se possuírem um documento comprovativo do carácter legal da sua residência, têm de obter um número de utente junto de um centro de saúde. Caso sejam indocumentados, têm acesso a um cartão temporário de utente que podem ser obtidos através da Junta de Freguesia onde são residentes, pelo art.º 34º, do Decreto-Lei nº 135/99, de 22 de abril. Para este atestado de residência são necessárias duas testemunhas também residentes na área, que confirmem a informação, como vizinhos ou estabelecimentos comerciais que sejam utilizadores.

O enquadramento legal referido é o teórico, uma vez que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) reporta consistentemente restrições empíricas no acesso efetivo dos estrangeiros aos serviços de saúde. Estas limitações podem ser parcialmente explicadas pelo quadro jurídico e regulamentar ambíguo que rege o acesso dos migrantes em situação irregular e sem documentos, uma vez que a informação está presente em diferentes documentos e orientações, cuja interpretação e sistematização são complexas de aplicar. <sup>6</sup>

Na elaboração de leis e medidas que contribuam a integração efetiva dos migrantes, acaba por existir um *gap* entre as leis e a real aplicabilidade das mesmas. Esse aspeto deve-se, entre outros fatores:

- Integração social limitada;

- Prevalência de discriminação;
- Marginalização económica dos migrantes;
- Representação que os *media* fazem dos migrantes.

Como uma estratégia para tornar o quadro legislativo português desta matéria transparente e explanado, dado a complexidade do mesmo, a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) e DGS, em colaboração com outras entidades, criaram o Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde dos Cidadãos Estrangeiros, de forma ao quadro normativo estar apresentado de forma clara.<sup>43</sup>

Existem instrumentos políticos nacionais criados para atuar sobre esta área como o Plano para a Integração dos Imigrantes (PII) que utiliza diferentes medidas e objetivos envolvendo diversas entidades públicas com principal enfoque na Direção-Geral da Saúde (DGS) e o ACM. As medidas consistem em melhorar aspetos como a promoção do acesso à saúde, formação sobre interculturalidade aos profissionais de saúde, entre outros. Posteriormente, medidas práticas são implementadas de acordo com o plano como, por exemplo, a criação de um manual de acesso a cidadãos estrangeiros – medida 39 do segundo PII. O Plano Estratégico para as Migrações (PEM), que assenta no imperativo “*health in all policies*”, aprovado pela resolução do Conselho de Ministros nº12-B/2015 que consiste num plano com medidas para algumas áreas como:

- Aumento da monitorização da saúde em populações vulneráveis através de estudos;
- Criação de informação acessível sobre como o SNS funciona;
- Promoção de formação para os profissionais de saúde acerca das necessidades dos migrantes.

O PEM apela a uma explicação clara do quadro regulamentar relativo ao acesso ao SNS pelos migrantes com documentação irregular, considerando que não seria necessário criar leis ou medidas, mas sim explicar as já existentes de forma clara. Para além disso, neste documento também alertam para a necessidade de implementar e monitorizar o Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde dos Cidadãos Estrangeiros, previamente falado.<sup>6</sup>

O Conselho para as Migrações (CM), que é um corpo consultivo que apoia e participa nas linhas orientadoras de conduta do ACM, também tem um papel relevante, assegurando a participação e colaboração de entidades públicas e privadas na definição

e execução de políticas de migração. Este instrumento é muitas vezes fulcral, uma vez que envolve representantes de diferentes comunidades internacionais que vivem em Portugal e instituições diretamente relacionadas e, por esse motivo, tem a possibilidade de implementar e monitorizar mais diretamente algumas políticas públicas, nomeadamente relacionadas com a saúde. <sup>38</sup>

No âmbito da pandemia Covid-19, a legislação portuguesa adaptou-se a esta realidade e o Governo decretou a regularização temporária daqueles que já tinham iniciado o pedido para iniciar o processo de regularização no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) até 18 de março. No entanto, este assunto será abordado mais extensamente na secção destinada a abordar o impacto da Covid-19 no acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes. <sup>6</sup>

### **2.3.2 Internacional**

Paralelamente à realidade portuguesa, o caminho percorrido pela comunidade internacional no sentido da inequívoca afirmação da universalidade do direito à proteção da saúde é reflexo de um grau de desenvolvimento civilizacional atingido que exige uma melhoria nas condições de acesso, bem como da qualidade e equidade na sua fruição, como um aspeto indispensável para a dignidade das pessoas. <sup>44</sup>

O princípio da não discriminação do acesso aos cuidados de saúde está presente no arquétipo do sistema de obrigações dos Estados para com as Nações Unidas, pelo artigo 12º do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC). <sup>42</sup>

### **2.4 Literacia em Saúde como barreira no acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes**

Na realidade portuguesa, à semelhança de outros países da União Europeia como Inglaterra, Suécia, Espanha e Finlândia, apesar da legislação assegurar a todos os indivíduos o direito ao acesso aos serviços de saúde através de um sistema de cobertura universal, várias objeções permanecem no acesso e utilização destes mesmos serviços pelos migrantes. Nesse sentido, a investigação centra-se na compreensão dos fatores que influenciam o acesso e utilização dos serviços. <sup>45</sup>

Os migrantes são um grupo bastante heterogéneo nas diferentes dimensões: estrato socioeconómico, sexo, idade, religião e cultura, estatuto legal e, principalmente, na multiplicidade de experiências e motivos que os levaram a migrar. <sup>7</sup>

As barreiras do acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes podem ser divididas em três categorias: externas, internas e de autoexclusão. As barreiras externas

estão relacionadas com as barreiras económicas, localização geográfica e aspetos culturais. As barreiras internas ao sistema de saúde prendem-se em aspetos como os processos em si de prestação de saúde, as infraestruturas do sistema e a atribuição dos recursos. No entanto, mesmo dentro das barreiras internas devem ser tidas em conta os obstáculos culturais, como a falta de sensibilidade e estigma associado à população migrante por parte dos profissionais de saúde. Por fim, a barreira de autoexclusão consiste no próprio migrante se excluir a si mesmo por motivos de estigma ou por medo de serem identificados pelas autoridades, no caso dos migrantes indocumentados.<sup>7</sup>

<b>Barreiras Externas</b>	<b>Barreiras Internas</b>	<b>Barreiras Autoexclusão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreiras económicas</li> <li>• Barreiras linguísticas</li>   <li>• Localização geográfica</li>   <li>• <b>Literacia em Saúde</b></li>   <li>• Aspetos culturais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processos de prestação de cuidados de saúde</li>   <li>• Infraestruturas</li>   <li>• Atribuição dos recursos</li>   <li>• <b>Literacia em Saúde</b></li>   <li>• Aspetos culturais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Próprio migrantes se excluir a si mesmo por motivos de estigma e/ou medo.</li> </ul>

**Figura 1** Barreiras no Acesso aos Cuidados de Saúde pelos migrantes

Assim, o processo de integração tem duplo sentido: as barreiras que separam os migrantes e a própria adaptação dos mesmos.

Em Portugal, evidenciam-se barreiras externas, internas e de autoexclusão. Os migrantes experienciam um acesso desigual aos serviços e cuidados de saúde, por exemplo, por limitações de transporte ou desinformação ou pela presença de pessoal de segurança e polícias na entrada dos serviços que os assusta. Nas barreiras internas também está inerente a falta de formação e informação dos administrativos sobre como provar a elegibilidade dos migrantes, a falta de acesso a serviços de tradução, as limitações dos serviços informáticos que não permitem processar o atendimento a migrantes irregulares ou a emitir receitas médicas. Na autoexclusão destaca-se o próprio indivíduo não procurar ajuda por um estigma social e/ou medo do pessoal vinculado.<sup>7 46</sup>

O estatuto legal dos migrantes – indocumentados ou em processo de legalização – pode ser um obstáculo no acesso e utilização dos serviços de saúde em geral, por exemplo, pela dificuldade em obter um número de segurança social, tendo em conta que é o primeiro dado de identificação individual solicitado pelo pessoal administrativo, antes do contacto com os profissionais de saúde em si. Apesar do seu estatuto legal,

os migrantes não devem ser excluídos da prestação de cuidados, pelos termos da lei portuguesa, como abordado anteriormente, no entanto, os serviços a que têm acesso tornam-se limitados – situações emergentes, urgentes, saúde sexual e reprodutiva e cuidados infantis. Apesar destes direitos, os migrantes reportam que muitos dos profissionais administrativos não estão cientes destes direitos, o que pode levar à recusa dos serviços de saúde.<sup>35 47</sup>

Outro obstáculo identificado está relacionado com os padrões de emprego e situação financeira, tendo em conta a prevalência de trabalho precário nestes grupos mais vulneráveis, o que coloca os migrantes numa situação mais frágil em situação de doença.<sup>35 32 34</sup>

Adicionalmente, os migrantes podem não ter acesso aos serviços devido ao pagamento das taxas dos serviços, apesar de muitas vezes estarem isentos, existe falta de conhecimento por parte do pessoal administrativo que pode exigir o pagamento quando não deve ser cobrado.<sup>35</sup>

Outra barreira identificada na literatura é os migrantes sentirem-se estigmatizados, o que os leva a procurar os serviços de saúde apenas quando absolutamente necessário, prejudicando assim a medicina preventiva. Para isto, também contribui a falta de tradutores e, dessa forma, a comunicação ineficaz que tem como consequência a incapacidade de responder plenamente às necessidades de saúde dos migrantes e incapacitação dos próprios gerirem adequadamente a sua saúde.<sup>48 49</sup>

A falta de informação relativamente aos direitos dos migrantes, serviços disponíveis e benefícios sociais que têm também é apontada como um obstáculo, uma vez que conduz à incapacidade de utilização dos serviços de saúde. Num ponto de vista organizacional, os profissionais de saúde identificam uma elevada carga de trabalho, falta de médicos de família e falta de formação específica para abordar as questões de saúde relacionadas com os migrantes.<sup>35</sup>

Não obstante, é relevante ter em conta que algumas das barreiras para os migrantes são também barreiras para os nacionais como, por exemplo, a falta de médicos de família e o excesso de carga de trabalho dos profissionais de saúde.<sup>35</sup>

Em suma, estas barreiras resultado da conjugação de fatores da parte dos migrantes e por parte da sociedade portuguesa e do sistema em si.

A primeira definição oficial de Literacia em Saúde afirma que Literacia em Saúde é a capacidade do indivíduo para obter informações básicas de saúde, interpretar e compreender essas informações e ter competências para utilizar as mesmas e os serviços de saúde, de forma a melhorar a saúde.<sup>50</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a Literacia em Saúde em 1998 como competências sociais e cognitivas que determinam e definem a motivação e a capacidade dos indivíduos para compreender e obter acesso à informação e utilizar essa informação de forma a ajudar a promover e manter uma boa saúde”.<sup>51</sup> Assim, uma baixa Literacia em Saúde pode ser considerada uma barreira no acesso aos cuidados de saúde.

A Literacia em Saúde é um processo baseado em competências que os indivíduos podem utilizar para identificar e transformar a informação do conhecimento à ação. Assim, não se trata somente do conhecimento que as pessoas obtêm, mas mais importante, de que forma este conhecimento as afeta e de que forma este conhecimento lhes permite agir para manter e promover a sua saúde.<sup>52</sup>

As pessoas com baixa literacia em saúde têm, normalmente, dificuldades em ler e escrever, sendo que a maioria delas normalmente está associada a um nível de educação mais baixo. Podem provir de grupos minoritários, como migrantes, que são marginalizados na sociedade e podem experienciar isolamento social.<sup>53</sup>

A literacia em saúde – capacidade de compreender, aceder, avaliar e utilizar informações e serviços de saúde – tem um elevado potencial para reduzir as desigualdades na saúde e melhorar o acesso e qualidade dos cuidados de saúde, particularmente em grupos mais vulneráveis, como é o caso dos migrantes.<sup>54</sup> Assim, a literacia em saúde está relacionada com os dados sociodemográficos das populações, sendo que estudos apontam que uma menor literacia em saúde está relacionada com um menor estatuto socioeconómico. Tem sido considerada um recurso fundamental para intervenções em saúde que visem reduzir as disparidades de saúde que afetam as populações mais vulneráveis, como alguns migrantes. Assim, a literacia em saúde para a população migrante assume uma importante relevância, de forma a ser um auxílio a estes enfrentarem potenciais problemas em saúde.<sup>4955</sup> Ainda que com literatura limitada, os migrantes tendem a apresentar desafios acrescidos no que concerne à literacia em saúde.<sup>56 30 57</sup>

Os migrantes, uma vez que abandonam os seus países, enfrentam dificuldades significativas como: dificuldades socioeconómicas, insegurança, exclusão social o que dificulta a sua atuação no campo da saúde, tornando-se mais vulneráveis.<sup>58</sup>

As soluções podem passar por mitigar os efeitos destes desafios através de os capacitar, por exemplo, a descrever as suas queixas aos profissionais de saúde e médicos e recolher e aplicar informação de saúde à sua situação em concreto.<sup>59</sup> Vários estudos realizados em diferentes países pelo mundo – como Reino Unido, Austrália e Estados Unidos da América - demonstraram que a idade mais avançada, o nível de educação mais baixo e o facto de não ter seguro de saúde privado estão associados a

uma menor literacia em saúde.<sup>60 61 62 63</sup> Ao analisar a literatura percebemos que está bem documentado que nascer noutra país e não falar a língua do país de destino está associado a um nível mais baixo de literacia em saúde.<sup>64 65</sup>

As crenças e a cultura dos indivíduos afetam a sua literacia em saúde, sendo que este conceito entrou formalmente na discussão da literacia em saúde pela Organização Internacional das Migrações em 2004. Estas crenças e valores afetam a forma como cada indivíduo procura e interpreta a informação sobre saúde e, também, sobre a que serviços tem direito e, concomitantemente, toda a sua experiência na navegação dos serviços de saúde.<sup>66</sup>

De acordo com a literatura internacional, o nível inadequado de literacia em saúde está relacionado com o baixo conhecimento ou compreensão quer dos serviços de prestação de cuidados, quer dos próprios resultados em saúde.<sup>67</sup>

Por fim, mapear o nível de literacia em saúde de grupos de migrantes pode auxiliar na criação de ferramentas que mitiguem as desigualdades em saúde entre migrantes.

## **2.5 Impacto da pandemia Covid-19 no acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes**

### **2.5.1 Internacional**

O ano de 2020 foi marcado pela pandemia Covid-19 que impactou a migração e, conseqüentemente, os migrantes. Com o desenrolar da pandemia, várias palavras e expressões foram adicionadas ao léxico de todas as pessoas, mas particularmente para assuntos de migração as mais relevantes foram “encerramento da fronteira” e “quarentena”.

Para o Diretor-Geral da OIM, António Vitorino, na pandemia Covid-19, o mundo viveu um paradoxo jamais visto, uma vez que enquanto biliões de pessoas foram imobilizadas pela Covid-19, outras dezenas de milhões se deslocaram dentro dos seus próprios países.

A pandemia Covid-19 colocou em evidência numerosas desigualdades de saúde que afetavam as populações mais vulneráveis, nas quais se incluem os migrantes. O estatuto de vulnerabilidade exige uma atenção específica à satisfação dos direitos básicos, tais como o direito à saúde.<sup>6</sup>

Estudos nesta matéria sugerem que os impactos sociais e sanitários da pandemia Covid-19 são desproporcionalmente suportados por populações socioeconomicamente desfavorecidas, tendo em conta que estes são suscetíveis de

experimental privação material, enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde e têm risco acrescido de exclusão social.<sup>68 69 70 71 10</sup>

De acordo com o Relatório Mundial sobre Migração de 2022, os efeitos da pandemia Covid-19 na migração dividiram-se em diferentes aspetos, sendo que todos eles exacerbaram as vulnerabilidades já existentes. Por um lado, o encerramento das fronteiras limitou milhares de migrantes como trabalhadores sazonais, detentores de residência temporária, estudantes internacionais, migrantes que viajavam para tratamento médico, uma vez que muitos destes ficaram sem serviços consulares, incluindo apoio no seu estatuto legal nos países. A maioria encontrava-se no Médio Oriente e Norte de África (cerca de 1,3 milhões). As questões específicas enfrentadas pelos migrantes diferiam substancialmente, mas, de um modo geral, prendiam-se na imobilidade resultante das restrições de emergência e da falta de colaboração entre países de origem e destino e pelas vulnerabilidades que advinham do estatuto migratório, ou seja, o estatuto poder excluir a possibilidade de apoio governamental, que expôs ou colocou muitas pessoas em risco de pobreza extrema. Para além disso, outras vulnerabilidades incluíam a xenofobia e a estigmatização, que contribua para o aumento dos riscos para a saúde das pessoas migrantes que vivam em abrigos sobrelotados e/ou incapazes de aceder a programas de vacinação para a Covid-19.<sup>58</sup>

Assim, o impacto da pandemia é extremamente desproporcional, sendo que estes grupos apresentam taxas mais elevadas de casos de infeção, hospitalização e morte.

Isso deve-se ao facto de estes grupos estarem expostos a mais fatores de risco e vulnerabilidade ao vírus como, por exemplo, devido a ocupações profissionais de maior risco, utilização de transportes, menos oportunidades de trabalhar a partir de casa e, também, à dificuldade de aceder às mensagens de saúde pública.<sup>72</sup> Assim, os trabalhadores com salários baixos, em posições muitas vezes preenchidas por migrantes, estavam na “linha da frente” com maior exposição ao vírus, enquanto os profissionais melhor pagos tinham a capacidade de restringir a sua mobilidade. Alguns dos trabalhadores migrantes mais mal pagos e com empregos precários, como trabalhadores agrícolas sazonais, foram reconhecidos como essenciais para o funcionamento das sociedades, apesar do seu baixo estatuto.<sup>58</sup>

Muitos trabalhadores migrantes possuem múltiplos trabalhos e frequentemente trabalham em lares, centros de saúde e hospitais em serviços auxiliares e de limpeza. Estas funções apresentam uma rotatividade considerável e implicam um contacto permanente com pessoas com risco elevado de infeção. Para além disso, muitos trabalhadores migrantes vivem condições precárias laborais, sendo que na ausência de contratos de trabalho e de proteção social de baixa médica, muitos se sentem forçados

a trabalhar pelo risco de perder o emprego. Outro fator que contribuiu para ser uma população particularmente vulnerável num contexto de pandemia é o facto de muitos migrantes viverem em condições de habitação e alojamento sobrelotado e sem condições de saneamento básico, o que faz com que não seja possível seguir as orientações de distanciamento físico, isolamento e higiene, sendo que os transportes públicos são largamente utilizados. Paralelamente, também existem as vulnerabilidades associadas à menor literacia na aquisição e implementação das mensagens de saúde pública que conduz a uma menor capacidade de os indivíduos tomarem decisões informadas para a sua saúde. <sup>71</sup>

**Tabela 3** Impacto da Covid-19 de acordo com o ciclo de migração

<b>Ciclo de migração</b>	<b>Impacto</b>
<b>Partida dos países de origem</b>	Os migrantes não puderam partir em viagens de migração (trabalho, estudo, reunião familiar). As pessoas que necessitavam de procurar asilo ou de sair de países instáveis foram impedidas de sair, expondo-as a risco de violência, abuso, perseguição e/ou morte.
<b>Entrada nos países destino</b>	Os migrantes foram muitas vezes impossibilitados de entrar em países de destino, uma vez que restrições foram progressivamente implementadas. Os impactos foram sentidos de forma mais aguda em setores específicos, como o da agricultura durante as épocas de colheita.
<b>Permanecer em países de destino</b>	Muitos dos migrantes neste ciclo experienciam falta de proteção social e acesso aos cuidados de saúde. Por outro lado, também vivem em condições que são pouco propícias ao distanciamento físico e outras medidas de controlo de infeções como Covid-19.
<b>Voltar aos países de origem</b>	Os anúncios de encerramentos de fronteiras, em alguns países provocou um regresso em massa à origem, por medo de ficar sem rendimentos ou acesso à proteção social. Alguns Estados implementaram operações de repatriamento em massa, mas outros foram incapazes de pagar e organizar tal ação.

*Adaptado Relatório Mundial sobre Migração 2022 (IOM)*

Tendo em conta que o presente estudo se prenderá com as questões relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes, dar-se-á enfoque ao contexto dos migrantes que permanecem nos países de destino. Os migrantes, principalmente os não regulares, foram frequentemente excluídos dos benefícios públicos de apoio na pandemia, particularmente nos serviços de saúde. Em muitos casos, apesar de os sistemas de saúde abrangerem medidas que colmatassem essa lacuna, os migrantes temiam de se aproximar dos hospitais ou instituições de saúde por receio de serem detidos ou deportados. Além disso, a xenofobia, em especial o racismo antiasiático, aumentaram em todo o mundo, tendo em conta informação erroneamente

transmitida. O ódio e a discriminação a nível mundial foram exacerbados devido à desinformação e receios associados à pandemia Covid-19. Todas estas questões afetaram negativamente também a saúde mental dos migrantes em todo o mundo que, como já dito, têm menos acessos aos cuidados de saúde, também aos cuidados de saúde mental. <sup>58</sup>

No entanto, os dados empíricos existentes sobre a forma como as populações migrantes viveram e vivem as consequências da pandemia Covid-19 são escassos, incluindo em Portugal. Este conhecimento é essencial para a elaboração de políticas e estratégias eficazes. <sup>10</sup>

### **2.5.2 Portugal**

As respostas políticas dos países a esta problemática variaram de um espectro de maior para menor inclusividade, sendo que Portugal foi o primeiro país da Europa a conceder a todos os imigrantes e requerentes de asilo o acesso a cuidados de saúde e segurança social. <sup>72</sup> Existem diferentes tipos de respostas políticas num contexto deste tipo como alterações de estatuto jurídico, alteração de mecanismos de suporte social e de saúde ou comunicação direcionada. Portugal dispôs de uma linha de apoio e realizou comunicação direcionada a este público, em ações como, por exemplo, as mensagens de saúde pública para mitigação dos efeitos na infeção por SARS-CoV-2 serem gravadas e disseminadas na televisão e *internet* noutras línguas que não a língua portuguesa, por exemplo em árabe.

Em Portugal, em 2019, a população estrangeira representava 10,8% do total da população residente no país, por isso, esta temática requer de especial atenção, uma vez que é uma percentagem muito significativa da população. Importa também destacar, de acordo com o Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo 2021 do SEF, que no contexto da pandemia Covid-19 houve uma desaceleração no aumento da população estrangeira residente em Portugal no período compreendido entre 2015 e 2021. <sup>15</sup>

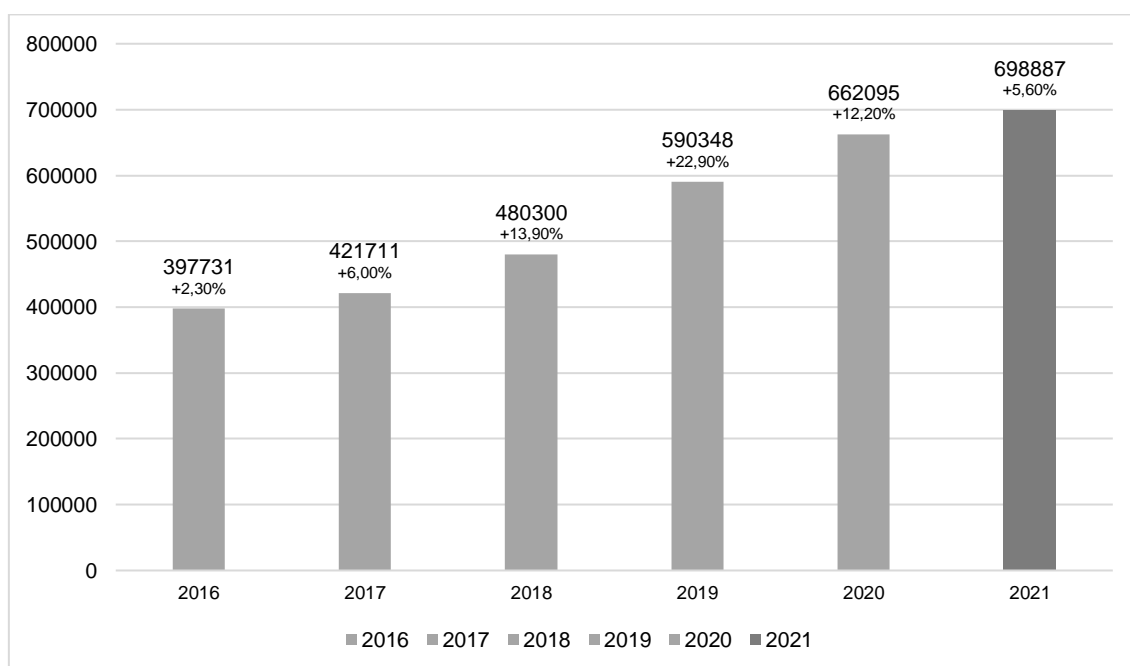
O Governo português emitiu o Despacho nº 4473-A/2021 de 30 de abril, que procedeu ao alargamento do âmbito do Despacho nº 3863-B/2020 de 27 de março e do Despacho nº 10944/2020 de 8 de novembro, no qual estatuiu que todos os cidadãos estrangeiros com processos pendentes ou a expirar no SEF - pedidos ao abrigo do regime jurídico da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional ou da Lei que estabelece as condições e procedimentos de concessão de asilo ou proteção subsidiária e os estatutos de requerente de asilo, de refugiado e de proteção subsidiária - foram assumidos como se encontrando em situação de permanência regular em Portugal. Através deste processo de regularização acelerada, foi proporcionada, teoricamente, a estes indivíduos a mesma proteção que os nacionais

relativamente ao acesso aos cuidados de saúde e à assistência farmacêutica, sendo que as taxas para diagnóstico e tratamento no âmbito da Covid-19 foram isentas a todos os beneficiários do SNS. <sup>6 12</sup>

Portugal adaptou-se à pandemia e aos problemas que isso leva no acesso aos cuidados de saúde pela população migrante, através de medidas como garantir os direitos de residentes temporários, mas as iniquidades em saúde verificam-se invariavelmente. <sup>39</sup> Por esse mesmo motivo, este estudo é pertinente para ser possível interpretar empiricamente o efeito da pandemia nos migrantes, em específico na Área Metropolitana de Lisboa.

Apesar do reconhecimento de que Portugal tem algumas das políticas de saúde mais inclusivas para migrantes, a investigação indica diferenças no acesso aos serviços de saúde entre alguns grupos de migrantes, especialmente vulneráveis os recém-chegados e indocumentados. <sup>73 74</sup> As principais barreiras relacionadas incluem a falta de informação disponível sobre os direitos de saúde dos migrantes, as diferenças linguísticas e culturais, estigma, constrangimentos económicos, estruturais e administrativos. <sup>75 73</sup>

À semelhança da propensão mundial, no contexto da pandemia Covid-19, houve uma desaceleração do aumento da população não nacional a residir em Portugal, em conformidade com o verificado em 2020. No entanto, em 2021, averiguou-se, pelo sexto ano sucessivo, um aumento da população estrangeira residente, com um aumento de 5,60% face a 2020, totalizando 698 887 cidadãos estrangeiros, valor mais elevado registado pelo SEF desde sempre. <sup>15</sup>



**Gráfico 2** Tendência evolutiva de estrangeiros residentes | Adaptado RIFA 2021 SEF

Um estudo realizado na Área Metropolitana de Lisboa, com 1091 migrantes, através de questionário com vários indicadores sociodemográficos, analisou por grupos as diferentes vulnerabilidades que advinham da pandemia, no entanto, as interpretações devem ser analisadas com cautela, dada a baixa dimensão da amostra. Não obstante, os resultados obtidos demonstram um efeito negativo da pandemia sobre os migrantes inquiridos em aspetos como mais de metade sentir que a sua condição financeira e laboral piorou desde o início da pandemia ou, por exemplo, 23,00% reportar a perceção de um agravamento da experiência de estigma e discriminação. <sup>71</sup>

### **3. Objetivos**

O enquadramento teórico realizado anteriormente pretendia apresentar uma abordagem teórica da questão e problemática em estudo. Agora importa definir os objetivos do presente estudo.

Os objetivos elencados de seguida, gerais e principais, referem-se à população de migrantes, maiores de 18 anos, residentes na Área Metropolitana de Lisboa, que residem em Portugal há menos de 10 anos, independentemente do seu estatuto migratório, regular ou irregular. As nacionalidades incluídas foram a brasileira, angolana, cabo-verdiana, guineense, moçambicana, são-tomense, chinesa, indiana e nepalesa.

#### **3.1 Objetivos gerais da dissertação**

- I. Caracterizar a população migrante em estudo;
- II. Caracterizar o acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes;
- III. Avaliar o nível de literacia em saúde dos migrantes;
- IV. Analisar os efeitos da pandemia Covid-19 nas condições de vida dos migrantes;
- V. Analisar os efeitos da pandemia Covid-19 no acesso aos cuidados de saúde;
- VI. Investigar as principais barreiras reportadas no acesso aos cuidados de saúde pela população migrante.

#### **3.2 Objetivos específicos da dissertação**

- I. Caracterizar a população migrante em estudo, tendo em conta a idade, sexo, país de nascimento, nível de ensino, estatuto migratório, tempo de residência em Portugal, situação relativa ao trabalho e rendimentos;

- II. Caracterizar a literacia em saúde dos migrantes;
- III. Caracterizar a perceção relativamente ao acesso dos cuidados de saúde da população migrante em estudo;
- IV. Relacionar as características socioeconómicas, caracterizadas no objetivo específico I, com a perceção do acesso aos cuidados de saúde;
- V. Relacionar a relação entre o nível de literacia em saúde dos migrantes com o acesso aos cuidados de saúde;
- VI. Analisar o impacto da Covid-19 na perceção do acesso aos cuidados de saúde no acesso aos cuidados de saúde que necessitaram.



## **4. Metodologia de investigação**

### **4.1 Desenho do estudo**

O presente estudo tem uma abordagem quantitativa, de delineamento transversal, com recolha e tratamento estatístico dos dados, de forma a estabelecer relações entre as variáveis identificadas. Para isso, consideraram-se algumas das variáveis dos instrumentos de recolha de dados que se adequavam mais de forma a dar resposta à questão de investigação.

### **4.2 Amostra do estudo**

A população e amostra deste estudo são migrantes a residir na Área Metropolitana de Lisboa, a região de Portugal onde vivem a maioria dos migrantes em Portugal, entre julho de 2020 e janeiro de 2021. Em 2019 existiam 576 540 cidadãos estrangeiros com autorização de residência em Portugal, sendo que 50% destes residiam na Área Metropolitana de Lisboa, correspondendo a 10,4% da população total da região.

As nacionalidades predominantemente incluídas neste questionário foram brasileira, angolana, cabo-verdiana, guineense, moçambicana, são-tomense, chinesa, indiana e nepalesa, fazendo então parte migrantes de origem africana, brasileira e asiática.

Os critérios de inclusão para a participação incluíram: ter idade igual o superior a 18 anos, ser de origem africana, brasileira ou asiática, residir na Área Metropolitana de Lisboa e residir em Portugal há menos de 10 anos, independentemente do estatuto migratório (regular ou irregular). Os migrantes de países europeus não foram incluídos devido ao seu estatuto socioeconómico distinto, sendo que a maioria apresenta nível educacional superior e empregos mais qualificados, com rendimento mais elevado. Para além disso, apresentam condições mais vantajosas na sua chegada e permanência no país.<sup>12</sup>

### **4.3 Procedimento de recolha de dados**

Para a constituição desta amostra, contribuíram organizações não governamentais e associações de migrantes que trabalham em proximidade com as comunidades migrantes e, dessa forma, estiveram envolvidas no estudo, aplicando os questionários a estes.

Estas entrevistas foram conduzidas através de inquiridores bilingues para assegurar a inclusão e o instrumento foi pré-testado e disponibilizado em português, inglês, árabe, bengali, hindi, mandarim e nepalês, consoante origem do migrante a entrevistar.

#### 4.4 Instrumento de recolha de dados

O protocolo de recolha de dados inclui um questionário de dados demográficos, socioeconómicos e da condição de saúde e um questionário sobre literacia em saúde – *Health Literacy Questionnaire* (HLQ). O questionário de dados demográficos, socioeconómicos e da condição de saúde (**Anexo 1**) é constituído por 11 questões. O questionário HLQ tem duas partes (**Anexo 2**), tendo a primeira parte 23 questões e a 2ª parte 21 questões. O formulário de Consentimento Informado encontra-se no **Anexo 3**.

#### 4.5 Variáveis do estudo

Definir as variáveis é fulcral de forma a medir e observar as unidades de investigação que são selecionadas para a execução do estudo.<sup>76</sup> No **Anexo 4**

**Anexo 4**, apresenta-se a operacionalização das variáveis sociodemográficas. No **Anexo 5**, as variáveis utilizadas para medir o acesso aos cuidados de saúde, no **Anexo 6** as variáveis relativas à literacia em saúde e, por fim, no **Anexo 7**, as variáveis escolhidas para estudar a perceção do impacto da pandemia Covid-19 no acesso aos cuidados de saúde.

Ao longo da análise dos dados, foram realizadas recodificações de variáveis face aos inquéritos originais, de forma a ser possível responder da melhor forma à questão de investigação.

As recodificações realizadas foram:

- “Nos últimos 12 meses acedeu a um serviço de saúde”, foi considerada como *missing out* a resposta “Não necessitei”, uma vez que o objetivo deste estudo é analisar o acesso em caso de necessidade;
- Para a análise do acesso aos cuidados de saúde, as variáveis “Tenho pelo menos um profissional de saúde que me conhece bem” e “Tenho pelo menos um profissional de saúde para conversar sobre problemas de saúde”, itens do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), foram recodificadas para “Discordo totalmente” e “Discordo” para “Não acesso aos cuidados de saúde” e “Concordo” e “Concordo totalmente” para “Acesso aos cuidados de saúde”;
- O rendimento, na caracterização sociodemográfica e como variável independente na análise do acesso, foi recodificado como <650€ e ≥ 650€, tendo

em conta que este era o salário mínimo líquido nacional em Portugal no período de recolha de dados.

#### **4.5.1 Questionário de dados sociodemográficos e de saúde**

Do questionário de dados sociodemográficos e de saúde (**Anexo 1**) foram utilizadas apenas as variáveis úteis para a investigação em curso: idade, sexo, país de nascimento, nível de ensino, estatuto de migração, situação de trabalho, rendimentos e tempo de residência em Portugal.

#### **4.5.2 Health Literacy Questionnaire (HLQ)**

O questionário HLQ foi desenvolvido e validado pela equipa do Professor Richard Osborne <sup>77</sup>, de forma a identificar as forças e limitações de literacia em saúde das pessoas e comunidades em nove áreas de literacia em saúde. Este questionário é composto por 44 questões, que se distribuem por 9 dimensões:

- 1) Sentir-se compreendido e apoiado pelos prestadores de cuidados de saúde;
- 2) Ter informação suficiente para gerir a saúde;
- 3) Gerir ativamente a saúde;
- 4) Apoio social para a saúde;
- 5) Avaliação da informação sobre saúde;
- 6) Capacidade de se envolver ativamente com os prestadores de cuidados de saúde;
- 7) Navegação no sistema de saúde;
- 8) Capacidade de encontrar boa informação sobre saúde;
- 9) Compreender bem a informação sobre saúde.

A versão portuguesa deste instrumento foi desenvolvida pela equipa do *National Health Literacy Demonstration Program* português <sup>78</sup>, de acordo com um protocolo rigoroso de tradução e adaptação definido pelos autores.

#### **4.6 Tratamento estatístico e análise de dados**

A caracterização sociodemográfica da amostra foi realizada através de estatística descritiva, recorrendo a frequências absolutas e relativas para as variáveis nominais e médias e desvio-padrão para as variáveis numéricas. A análise de associação entre as variáveis categóricas foi através do teste estatístico Qui-quadrado,

a análise entre variáveis numéricas e categóricas foi através do teste *Mann-Whitney*. Foram considerados estatisticamente significativos todos os valores compreendidos a um nível de significância de 5%.

A análise dos dados do presente estudo foi realizada utilizando o software SPSS Statitics versão 28.0.1.0 (142).

#### **4.7 Considerações éticas**

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da *NOVA Medical School* da Universidade NOVA de Lisboa.

Foram garantidos os direitos dos participantes, que inclui a proteção de dados, anonimato e confidencialidade de toda a informação obtida para fins desta investigação, presente no Consentimento Informado (**Anexo 3**).

## 5. Resultados

### 5.1 Caracterização sociodemográfica

Através da análise estatística descritiva, presente na **Tabela 4**, verifica-se que 66,00% dos indivíduos têm idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos de idade, ou seja, idade ativa. De seguida, segue-se o intervalo de 46 a 65 anos e 18 aos 25 anos, com uma percentagem de 16,70% e 16,20%, respetivamente. Os indivíduos com mais de 65 anos representam uma percentagem muito baixa da amostra, com 1,10% - 12 indivíduos.

Relativamente ao sexo, a amostra é composta por 53,40% indivíduos do sexo feminino e 46,50% do sexo masculino, ou seja, embora com percentagens diferentes com mais indivíduos do sexo feminino, com frequências relativas aproximadamente semelhantes.

No que se refere ao nível de ensino, a maior parte dos indivíduos tem como nível de ensino mais elevado o ensino secundário – 42,60%, seguindo-se 31,30% com o ensino superior. De acordo com estes dados, a população em estudo tem uma maior percentagem de pessoas com o ensino secundário comparativamente à realidade portuguesa a nível nacional, sendo que nos resultados provisórios dos Censos 2021 demonstram que 38,70% da população detém o ensino secundário e 17,40% o ensino superior. No entanto, estes valores são mais elevados quando analisada a realidade da cidade de Lisboa, onde 36,80% da população tem o ensino superior.<sup>79</sup>

Com relação ao estatuto de migração, 57,70% encontra-se documentado, ao abrigo de acordos de cooperação ou estudante e 42,40% encontra-se em processos de regularização ou indocumentado, sendo que a maioria – 57,00% - tem um emprego – a tempo inteiro ou parcial. Quanto aos rendimentos, uma maioria bastante significativa 64,90% dos indivíduos - tem como rendimento mensal menos de 650€, salário mínimo nacional aquando da recolha dos dados.<sup>80</sup>

No que concerne ao tempo de residência em Portugal, sendo que um dos critérios de inclusão do estudo era residir em Portugal há menos de 10 anos, a maior parte dos indivíduos – 65,60% - residia em Portugal entre 1 e 5 anos e 19,80% há menos de um 1 ano.

**Tabela 4:** Caracterização sociodemográfica da população em estudo

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
18-25	182	16,20%
26-45	742	66,00%
46-65	188	16,70%
>65	12	1,10%
<b>Sexo</b>		
Feminino	601	53,40%
Masculino	525	46,60%
<b>País de nascimento</b>		
Brasil	242	11,50%
PALOP	506	44,90%
Países asiáticos	333	29,60%
Outros países africanos	45	4,00%
<b>Nível de ensino</b>		
≤ 3º ciclo	292	26,10%
Ensino secundário	476	42,60%
Ensino superior	350	31,30%
<b>Estatuto de migração</b>		
Documentado/abrigo de acordos cooperação/refugiado/estudante	640	57,70%
Indocumentado	103	9,30%
Em processo de regularização	367	33,10%
<b>Situação trabalho</b>		
Tem um trabalho ou emprego a tempo inteiro	480	43,30%
Tem um trabalho ou emprego a tempo parcial	152	13,70%
Está desempregado	352	31,70%
É estudante a tempo total	80	7,20%
Outra	45	4,10%
<b>Rendimentos</b>		
< 650€	714	64,90%
≥ 650€	386	35,10%
<b>Tempo de residência em Portugal</b>		
< de 1 ano	223	19,80%
1 – 5 anos	738	65,60%
6 – 10 anos	164	14,60%
<b>Nos últimos 12 meses acedeu a um serviço de saúde</b>		
Fui ao centro de saúde ou USF	325	48,70%

**Tabela 4:** Caracterização sociodemográfica da população em estudo

	<b>n</b>	<b>%</b>
Fui ao serviço de urgência	189	28,30%
Necessitei, mas não fui a nenhum serviço	22	3,30%
Necessitei, mas não consegui ter acesso	59	8,80%
<b>Tenho pelo menos um profissional de saúde que me conhece bem</b>		
Não	756	67,40%
Sim	365	32,60%
<b>Tenho pelo menos um profissional de saúde para conversar sobre problemas de saúde</b>		
Não	292	26,00%
Sim	832	74,00%
<b>Perceção impacto Covid-19 no acesso aos cuidados de saúde</b>		
Pior do que antes	407	43,80%
Igual a antes	473	50,90%
Melhor do que antes	50	5,40%

## 5.2 Literacia em saúde | *Health Literacy Questionnaire* (HLQ)

Na **Tabela 5** encontram-se descritas as frequências absolutas e relativas no que concerne às respostas da população em estudo aos 44 itens, organizados em 9 escalas, que integram o *Health Literacy Questionnaire* (HLQ). Nesta tabela também está descrita a média para cada um dos itens. Nas escalas de literacia HLQ o score varia de 1 a 5 o score varia de 1 a 4 e nas escalas de literacia HLQ de 6 a 9 o score varia de 1 a 5.

Na **Tabela 6** estão apresentadas as médias e desvio-padrão para cada uma das escalas de literacia em saúde HLQ, como resultado das médias individuais de cada item presente na **Tabela 5**.

Tabela 5 Health Literacy Questionnaire (HLQ) | 44 itens

Dimensão HLQ		Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito	Média
1. Sentir-se compreendido e apoiado pelos prestadores de cuidados de saúde	1. Tenho pelo menos um profissional de saúde que me conhece bem	378 (33,70%)	378 (33,70%)	294 (26,20%)	71 (6,30%)	2,05
	2. Tenho pelo menos um profissional de saúde com quem posso conversar sobre os meus problemas de saúde	331 (29,60%)	405 (36,20%)	315 (28,20%)	68 (6,10%)	2,11
	3. Tenho os profissionais de saúde que preciso para me ajudarem a perceber o que tenho que fazer	273 (24,30%)	420 (37,40%)	358 (31,90%)	71 (6,30%)	2,20
	4. Tenho pelo menos um profissional de saúde com quem posso contar	291 (26,00%)	417 (37,20%)	344 (30,70%)	69 (6,20%)	2,17
2. Ter informação suficiente para gerir a saúde	1. Sinto que tenho boa informação sobre saúde	97 (8,70%)	308 (27,50%)	600 (53,50%)	116 (10,30%)	2,66
	2. Tenho informação suficiente para me ajudar a lidar com os meus problemas de saúde	101 (9,00%)	346 (30,80%)	566 (50,20%)	109 (9,70%)	2,61
	3. Estou certo (a) que tenho toda a informação que preciso para gerir a minha saúde de uma forma eficaz	75 (6,70%)	439 (39,10%)	515 (45,90%)	93 (8,30%)	2,56
	4. Tenho toda a informação de saúde que necessito para cuidar da minha saúde	114 (10,10%)	446 (39,70%)	487 (43,20%)	77 (6,90%)	2,47
3. Gerir ativamente a saúde	1. Passo bastante tempo a cuidar ativamente da minha saúde	77 (6,90%)	269 (24,00%)	564 (50,20%)	213 (19,00%)	2,81
	2. Faço planos sobre o que preciso de fazer para ser saudável	71 (6,30%)	212 (18,90%)	649 (57,80%)	190 (16,90%)	2,85
	3. Apesar de outras coisas na minha vida, arranjo tempo para ser saudável	57 (5,10%)	215 (19,20%)	670 (59,70%)	180 (16,00%)	2,87
	4. Estabeleço os meus próprios objetivos de saúde	71 (6,30%)	217 (19,40%)	692 (61,80%)	140 (12,50%)	2,80
	5. Há coisas que eu faço regularmente para me tornar mais saudável	63 (5,60%)	207 (18,40%)	654 (58,20%)	199 (17,70%)	2,88
4. Apoio social para a saúde	1. Quando me sinto doente as pessoas à minha volta e percebem realmente o que estou a passar	109 (9,70%)	251 (22,40%)	589 (53,20%)	173 (15,40%)	2,74
	2. Se precisar de ajuda, tenho bastantes pessoas com quem posso contar	152 (13,60%)	338 (30,20%)	459 (41,00%)	171 (15,30%)	2,58
	3. Tenho pelo menos uma pessoa que pode ir comigo às consultas médicas	159 (14,20%)	294 (26,30%)	435 (38,80%)	232 (20,70%)	2,66

**Tabela 5** Health Literacy Questionnaire (HLQ) | 44 itens

Dimensão HLQ		Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito	Média	
	4. Tenho um forte apoio da minha família e amigos	87 (7,80%)	185 (16,50%)	<b>500</b> <b>(44,60%)</b>	349 (31,10%)	2,99	
	5. Eu posso ter acesso a várias pessoas que me compreendem e apoiam	161 (14,40%)	308 (27,50%)	<b>499</b> <b>(44,50%)</b>	153 (13,60%)	2,57	
5. Avaliação da informação sobre saúde	1. Comparo informação de saúde de diferentes origens	107 (9,60%)	297 (26,60%)	<b>598</b> <b>(53,50%)</b>	116 (10,40%)	2,65	
	2. Quando vejo nova informação sobre saúde, verifico se é ou não é verdadeira	75 (6,70%)	217 (19,30%)	<b>640</b> <b>(56,90%)</b>	192 (17,10%)	2,84	
	3. Comparo sempre informação de saúde de diferentes origens e decido qual a melhor para mim.	112 (10,00%)	314 (28,00%)	<b>569</b> <b>(50,70%)</b>	128 (11,40%)	2,65	
	4. Sei como posso descobrir se a informação de saúde que recebo é correta ou não	117 (10,40%)	344 (30,70%)	<b>550</b> <b>(49,10%)</b>	109 (9,70%)	2,58	
	5. Quando encontro informação sobre saúde pergunto aos profissionais de saúde qual a sua qualidade	195 (17,40%)	397 (35,40%)	<b>448</b> <b>(40,00%)</b>	80 (7,10%)	2,37	
	6. Quando encontro informação sobre saúde pergunto aos profissionais de saúde qual a sua qualidade	195 (17,40%)	397 (35,40%)	<b>448</b> <b>(40,00%)</b>	80 (7,10%)	2,37	
Dimensão HLQ		Não consigo fazer ou faço com muita dificuldade	Geralmente é difícil	Às vezes é difícil	Geralmente é fácil	É sempre fácil	Média
6. Capacidade de se envolver ativamente com os prestadores de cuidados de saúde	1. Assegurar que os profissionais de saúde compreenderem corretamente os seus problemas	128 (11,40%)	232 (20,70%)	306 (27,30%)	<b>354</b> <b>(31,60%)</b>	100 (8,90%)	3,06
	2. Ter boas conversas sobre a sua saúde com os médicos	173 (15,40%)	203 (18,10%)	235 (20,90%)	<b>355</b> <b>(31,60%)</b>	156 (13,90%)	3,11
	3. Sentir-se capaz de discutir as suas preocupações de saúde com um profissional de saúde	172 (15,40%)	206 (18,40%)	241 (21,60%)	<b>368</b> <b>(32,90%)</b>	130 (11,60%)	3,07
	4. Conversar coisas com os profissionais de saúde até compreender tudo o que precisa	126 (11,30%)	177 (15,80%)	269 (24,00%)	<b>382</b> <b>(34,10%)</b>	166 (14,80%)	3,25
	5. Colocar questões aos profissionais de saúde para obter a informação sobre saúde que precisa	121 (10,80%)	206 (18,40%)	244 (21,70%)	<b>391</b> <b>(34,80%)</b>	160 (14,30%)	3,23
	6. Colocar questões aos profissionais de saúde para obter a informação sobre saúde que precisa	121 (10,80%)	206 (18,40%)	244 (21,70%)	<b>391</b> <b>(34,80%)</b>	160 (14,30%)	3,23

Dimensão HLQ		Não consigo fazer ou faço com muita dificuldade	Geralmente é difícil	Às vezes é difícil	Geralmente é fácil	É sempre fácil	Média	
7. Navegação no sistema de saúde	1.	Encontrar os cuidados de saúde adequados	169 (15,10%)	322 (28,70%)	<b>326</b> <b>(29,10%)</b>	250 (22,30%)	55 (4,90%)	2,73
	2.	Conseguir ser atendido (a) pelos profissionais de saúde que precisa	227 (20,20%)	<b>326</b> <b>(29,10%)</b>	259 (23,10%)	229 (20,40%)	80 (7,10%)	2,65
	3.	Decidir que profissional de saúde necessita ver	119 (10,70%)	231 (20,70%)	277 (24,80%)	<b>362</b> <b>(32,40%)</b>	127 (11,40%)	3,13
	4.	Ter a certeza que encontra o lugar certo para obter os cuidados de saúde que necessita	119 (10,60%)	245 (21,90%)	306 (27,30%)	<b>348</b> <b>(31,10%)</b>	101 (9,00%)	3,06
	5.	Descobrir quais os serviços de saúde a que tem direito	235 (21,00%)	<b>325</b> <b>(29,00%)</b>	273 (24,40%)	224 (20,00%)	63 (5,60%)	2,60
	6.	Perceber quais são os melhores cuidados para si	77 (6,90%)	121 (10,80%)	248 (22,10%)	<b>506</b> <b>(45,10%)</b>	169 (15,10%)	3,51
8. Capacidade de encontrar boa informação sobre saúde	1.	Encontrar informação sobre problemas de saúde	97 (8,60%)	202 (18,00%)	305 (27,20%)	<b>412</b> <b>(36,70%)</b>	106 (9,40%)	3,20
	2.	Encontrar informação de saúde em vários locais diferentes	121 (10,80%)	213 (19,00%)	267 (23,80%)	<b>409</b> <b>(36,50%)</b>	112 (10,00%)	3,16
	3.	Obter informação sobre saúde para se manter atualizado (a) com a melhor informação	98 (8,80%)	178 (16,00%)	253 (22,70%)	<b>456</b> <b>(40,90%)</b>	130 (11,70%)	3,31
	4.	Obter informação sobre saúde por si	87 (7,80%)	159 (14,20%)	261 (23,30%)	<b>453</b> <b>(40,50%)</b>	158 (14,10%)	3,39
	5.	próprio						
	6.	Obter informação sobre saúde em palavras que perceba	76 (6,80%)	199 (17,70%)	293 (26,10%)	<b>421</b> <b>(37,50%)</b>	134 (11,90%)	3,20
9. Compreender bem a informação sobre saúde - o suficiente para saber o que fazer	1.	Ter confiança a preencher os formulários médicos da forma correta	145 (12,90%)	166 (14,80%)	280 (25,00%)	<b>381</b> <b>(34,00%)</b>	148 (13,20%)	3,20
	2.	Seguir devidamente as instruções do profissional de saúde	84 (7,50%)	116 (10,40%)	205 (18,40%)	<b>457</b> <b>(40,90%)</b>	254 (22,80%)	3,61
	3.	Ler e compreender a informação escrita sobre saúde	74 (6,60%)	163 (14,60%)	275 (24,60%)	<b>420</b> <b>(37,50%)</b>	187 (16,70%)	3,43

Dimensão HLQ	Não consigo fazer ou faço com muita dificuldade	Geralmente é difícil	Às vezes é difícil	Geralmente é fácil	É sempre fácil	Média
4. Ler e compreender toda a informação escrita nas embalagens dos medicamentos	99 (8,90%)	192 (26,00%)	233 (20,80%)	<b>397</b> <b>(35,50%)</b>	197 (17,60%)	3,36
5. Compreender o que os profissionais de saúde lhe estão a pedir para fazer	99 (8,80%)	117 (10,40%)	210 (18,70%)	<b>479</b> <b>(42,60%)</b>	219 (19,50%)	3,54

**Tabela 6** Health Literacy Questionnaire (HLQ) | 9 dimensões

Dimensão HLQ	Média (Desvio-Padrão) 1-4*
1. Sentir-se compreendido e apoiado pelos prestadores de cuidados de saúde	2,13 (0,78)
2. Ter informação suficiente para gerir a saúde	2,57 (0,60)
3. Gerir ativamente a saúde	2,85 (0,60)
4. Apoio social para a saúde	2,71 (0,65)
5. Avaliação da informação sobre saúde	2,61 (0,59)
Dimensão HLQ	Média (Desvio-Padrão) 1-5*
6. Capacidade de se envolver ativamente com os prestadores de cuidados de saúde	3,14 (1,00)
7. Navegação no sistema de saúde	2,95 (0,82)
8. Capacidade de encontrar boa informação sobre saúde	3,28 (0,85)
9. Compreender bem a informação sobre saúde - o suficiente para saber o que fazer	3,43 (0,89)

\*Das dimensões 1-5 o intervalo de valores é de 1-4, sendo que 4 indica “concordo muito”. Das dimensões de 6-9, o intervalo de valores varia de 1-5, sendo que 5 indica “menos dificuldade”.

### 5.3 Acesso aos cuidados de saúde, de acordo com estatuto migratório, nível de ensino, rendimentos e tempo de residência em Portugal

Para investigar o acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes, utilizaram-se como variáveis dependentes “Nos últimos 12 meses acedeu a um serviço de saúde” (**Tabela 7**), “Tenho pelo menos um profissional que me conhece bem” e “Tenho pelo menos um profissional para conversar sobre problemas de saúde” (**Tabela 8**). Em ambas, este acesso é estudado com relação ao estatuto migratório, nível de ensino, rendimentos e tempo de residência em Portugal.

**Tabela 7** Relação entre o Acesso aos Cuidados de Saúde nos últimos 12 meses e as variáveis sociodemográficas

	Nos últimos 12 meses acedeu a um serviço de saúde					
	Acesso		Sem acesso			Valor p
	Fui ao centro de saúde ou USF	Fui ao serviço de urgência de um hospital	Necessitei, mas não fui a nenhum serviço	Necessitei, mas não consegui ter acesso	Total	
<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
<b>Total</b>	514 (86,40%)	189	22 (3,30%)	59 (8,80%)	595 (100,00%)	
<b>Estatuto migratório</b>	201 (59,80%)	93 (27,70%)	15 (4,50%)	27 (8,00%)	336 (100,00%)	
Documentado/ao abrigo de acordos de cooperação/refugiado/estudantes						
Em processo de regularização/Indocumentado	120 (47,10%)	96 (37,60%)	7 (2,70%)	32 (12,50%)	255 (100,00%)	0,005

Nos últimos 12 meses acedeu a um serviço de saúde						
	Acesso		Sem acesso			
	514 (86,40%)		81 (13,60%)			
	Fui ao centro de saúde ou USF	Fui ao serviço de urgência de um hospital	Necessitei, mas não fui a nenhum serviço	Necessitei, mas não consegui ter acesso	Total	Valor p
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
<b>Nível de ensino</b>	88	62	5	15	170	
≤ 3º ciclo	(51,80%)	(36,50%)	(2,90%)	(8,80%)	(100,00%)	
Ensino secundário	133	83	10	27	253	0,445
	(52,60%)	(32,80%)	(4,00%)	(10,70%)	(100,00%)	
Ensino superior	103	43	7	17	170	
	(60,60%)	(25,30%)	(4,10%)	(10,00%)	(100,00%)	
<b>Rendimentos</b>	218	120	16	43	397	
< 650€	(54,90%)	(30,20%)	(4,00%)	(10,80%)	(100,00%)	
≥ 650€	103	67	5	16	181	0,486
	(53,90%)	(35,10%)	(2,60%)	(8,4%)	(100,00%)	
<b>Tempo de residência em Portugal</b>	37	31	5	21	94	
< de 1 ano	(39,40%)	(33,00%)	(5,30%)	(22,30%)	(100,00%)	
1 – 5 anos	224	130	13	33	400	
	(56,00%)	(32,50%)	(3,30%)	(8,30%)	(100,00%)	<0,001
6 – 10 anos	64	27	4	5	100	
	(64,00%)	(27,00%)	(4,00%)	(5,00%)	(100,00%)	

**Tabela 8** Relação entre o Acesso aos Cuidados de Saúde (Ter pelo menos um profissional conhece bem e conversar problemas saúde) e as variáveis sociodemográficas

	Tenho pelo menos um profissional que me conhece bem				Tenho pelo menos um profissional para conversar sobre problemas saúde			
	NÃO n (%)	SIM n (%)	Total n (%)	Valor p	NÃO n (%)	SIM n (%)	Total n (%)	Valor p
<b>Estatuto migratório</b>								
Documentado/ao abrigo de acordos de cooperação/refugiado/estudantes	394 (61,70%)	245 (38,30%)	639 (100,00%)	<0,001	387 (60,80%)	249 (39,20%)	636 (100,00%)	<0,001
Em processo de regularização/Indocumentado	354 (76,00%)	112 (24,00%)	466 (100,00%)		344 (75,50%)	124 (26,50%)	468 (100,00%)	
<b>Nível de ensino</b>								
≤ 3º ciclo	181 (61,80%)	112 (38,20%)	293 (100,00%)	0,003	179 (61,30%)	113 (38,70%)	292 (100,00%)	<0,001
Ensino secundário	343 (72,70%)	129 (27,30%)	472 (100,00%)		339 (72,10%)	131 (37,90%)	470 (100,00%)	
Ensino superior	225 (64,70%)	123 (35,30%)	348 (100,00%)		211 (60,50%)	138 (39,50%)	349 (100,00%)	
<b>Rendimentos</b>	487	223	719		204	508	712	

	Tenho pelo menos um profissional que me conhece bem				Tenho pelo menos um profissional para conversar sobre problemas saúde			
	NÃO n (%)	SIM n (%)	Total n (%)	Valor p	NÃO n (%)	SIM n (%)	Total n (%)	Valor p
< 650€	(68,60%)	(31,40%)	(100,00%)	0,478	(28,70%)	(71,30%)	(100,00%)	0,006
≥ 650€	256 (66,50%)	129 (33,50%)	385 (100,00%)		81 (21,00%)	305 (79,00%)	386 (100,00%)	
<b>Tempo de residência em Portugal</b>	171	49	220	<0,001	165	57	222	<0,001
< de 1 ano	(77,70%)	(22,30%)	(100,00%)		(74,30%)	(25,70%)	(100,00%)	
1 – 5 anos	514 (69,90%)	221 (30,10%)	735 (100,00%)		497 (67,80%)	236 (32,30%)	733 (100,00%)	
6 – 10 anos	71 (43,30%)	93 (56,70%)	164 (100,00%)		74 (45,80%)	88 (54,30%)	162 (100,00%)	

## 5.4 Relação entre o acesso aos cuidados de saúde com os níveis de literacia de acordo com o Health Literacy Questionnaire (HLQ)

Na **Tabela 9** encontra-se relacionado o acesso aos cuidados de saúde, de acordo com as três variáveis utilizadas neste estudo para avaliar o acesso, com as 9 escalas de literacia em saúde, de acordo com o HLQ.

**Tabela 9** Relação do Acesso aos Cuidados de Saúde com o nível de literacia, de acordo com Health Literacy Questionnaire (HLQ).

		HLQ1	HLQ2	HLQ3	HLQ4	HLQ5	HLQ6	HLQ7	HLQ8	HLQ9
<b>Nos últimos 12 meses tive acesso a cuidados de saúde</b>										
<b>Acesso</b> (USF, Centro de saúde, urgência)	Média	2,24**	2,60*	2,60*	2,73*	2,65*	3,36**	3,08**	3,35	3,59**
	(DP)	(0,81)	(0,58)	(0,58)	(0,64)	(0,58)	(0,93)	(0,79)	(0,82)	(0,80)
<b>Sem acesso</b> (não consegui, não fui)	Média	1,78**	2,38*	2,83	2,58*	2,52*	2,57**	2,45**	3,17	3,23**
	(DP)	(0,74)	(0,67)	(0,52)	(0,70)	(0,52)	(1,10)	(0,84)	(0,91)	(0,93)
<b>Tenho pelo menos um profissional que me conhece bem</b>										
<b>SIM</b>	Média	3,0**	2,84**	2,99**	2,92**	2,81**	3,61**	3,34**	3,52**	3,70**
	(DP)	(0,45)	(0,52)	(0,52)	(0,58)	(0,52)	(0,80)	(0,72)	(0,73)	(0,74)
<b>NÃO</b>	Média	1,72**	2,45**	2,78**	2,62**	2,52**	2,92**	2,76**	3,16**	3,30**
	(DP)	(0,53)	(0,60)	(0,61)	(0,65)	(0,59)	(1,0)	(0,80)	(0,88)	(0,92)
<b>Tenho pelo menos um profissional para conversar sobre problemas de saúde</b>										
<b>SIM</b>	Média	2,20**	2,70**	2,97**	2,79**	2,83**	3,29**	3,06**	3,47**	3,60**
	(DP)	(0,80)	(0,54)	(0,49)	(0,62)	(0,44)	(0,95)	(0,78)	(0,73)	(0,77)
<b>NÃO</b>	Média	1,96**	2,23**	2,48**	2,47**	2,00**	2,73**	2,61**	2,73**	2,92**
	(DP)	(0,70)	(0,62)	(0,70)	(0,66)	(0,50)	(1,0)	(0,84)	(0,94)	(0,99)

\*\* O teste *Mann-Whitney* é significativo no nível <0,001 (2 extremidades).

\* O teste *Mann-Whitney* é significativo no nível <0,05 (2 extremidades).

## 5.5 Perceção do impacto da pandemia Covid-19 no Acesso aos Cuidados de Saúde

**Tabela 10** Perceção do impacto da pandemia Covid-19 no Acesso aos Cuidados de Saúde.

	Pior do que antes	Igual a antes	Melhor do que antes	Total	Valor p
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
<b>Total</b>	407 (43,80%)	473 (50,90%)	50 (5,40%)	930 (100,00%)	
<b>Estatuto migratório</b>					
Documentado/ao abrigo de acordos de cooperação/refugiado/estudantes	218 (42,50%)	267 (52,00%)	28 (5,50%)	513 (100,00%)	0,77
Em processo de regularização/Indocumentado	181 (44,90%)	201 (49,90%)	21 (5,20%)	403 (100,00%)	
<b>Nível de ensino</b>					
≤ 3º ciclo	114 (45,40%)	123 (49,00%)	14 (5,60%)	251 (100,00%)	
Ensino secundário	169 (42,90%)	204 (51,80%)	21 (5,30%)	394 (100,00%)	0,97
Ensino superior	124 (44,40%)	140 (50,20%)	15 (5,40%)	279 (100,00%)	

	Pior do que antes	Igual a antes	Melhor do que antes	Total	Valor p
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
<b>Total</b>	407 (43,80%)	473 (50,90%)	50 (5,40%)	930 (100,00%)	
<b>Rendimentos</b>					
< 650€	281 (47,50%)	280 (47,40%)	30 (5,10%)	591 (100,00%)	
≥ 650€	115 (36,40%)	185 (58,50%)	16 (5,10%)	316 (100,00%)	0,004
<b>Tempo de residência em Portugal</b>					
< de 1 ano	76 (44,20%)	87 (50,60%)	9 (5,20%)	172 (100,00%)	
1 – 5 anos	268 (44,40%)	303 (50,20%)	33 (5,50%)	604 (100,00%)	0,94
6 – 10 anos	63 (41,40%)	82 (53,90%)	7 (4,60%)	152 (100,00%)	

## 6. Discussão

O objetivo principal deste trabalho foi estudar o acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes – de nacionalidades brasileira, angolana, cabo-verdiana, guineense, moçambicana, são-tomense, chinesa, indiana e nepalesa – residentes há menos de 10 anos na Área Metropolitana de Lisboa, independentemente do seu estatuto migratório - regular ou irregular.

Para esta análise, inicialmente, estudou-se sociodemograficamente a população em estudo de acordo com um conjunto de variáveis independentes presentes no questionário sociodemográfico – idade, sexo, país de nascimento, nível de ensino, estatuto de migração, situação de trabalho, rendimentos e tempo de residência em Portugal. Posteriormente, estudou-se o nível de literacia em saúde, através das respostas aos 44 itens do *Health Literacy Questionnaire (HLQ)*.

Após a análise descritiva das características sociodemográficas e nível de literacia, iniciou-se a análise sobre que forma o acesso aos cuidados de saúde da população está relacionado com o estatuto migratório, o nível de ensino os rendimentos e o tempo de residência em Portugal.

De seguida, também se investigou a relação existente entre a perceção do acesso aos cuidados de saúde reportada pela amostra com os scores de literacia em saúde que advieram da análise inicial da literacia em saúde da amostra em tudo, através do *Health Literacy Questionnaire (HLQ)*.

Por fim, analisou-se a perceção do impacto da pandemia Covid-19 no acesso aos cuidados de saúde por parte dos migrantes em estudo e, também, de que forma esta perceção é afetada pelo estatuto migratório, o nível de ensino os rendimentos e o tempo de residência em Portugal.

Através da análise estatística descritiva dos dados sociodemográficos, verifica-se que 66,00% dos indivíduos têm idades compreendidas entre os 26 e os 45 anos de idade. De seguida, segue-se o intervalo de 46 a 65 anos e 18 aos 25 anos, com uma percentagem de 16,70% e 16,20%, respetivamente. Os indivíduos com mais de 65 anos representam uma percentagem muito baixa da amostra, com 1,10% - 12 indivíduos. Assim, de acordo com a amostra do estudo, sugere-se que os migrantes que se inserem na AML encontram-se em idade ativa, sendo, por isso, à partida, população que tendencialmente é ativa, o que está em consonância com o facto de 64,20% da amostra trabalhar – a tempo inteiro ou parcial – ou trabalhar.

Relativamente ao sexo, a amostra é composta por 53,40% indivíduos do sexo feminino e 46,50% do sexo masculino, ou seja, embora com percentagens diferentes

com mais indivíduos do sexo feminino, com frequências relativas aproximadamente semelhantes.

No que se refere ao nível de ensino, a maior parte dos indivíduos tem como nível de ensino mais elevado o ensino secundário – 42,60%, seguindo-se 31,30% com o ensino superior. De acordo com estes dados, a população em estudo tem uma maior percentagem de pessoas com o ensino secundário comparativamente à realidade portuguesa a nível nacional, sendo que nos resultados provisórios dos Censos 2021 demonstram que 38,70% da população detém o ensino secundário e 17,40% o ensino superior. No entanto, estes valores são mais elevados quando analisada a realidade da cidade de Lisboa, onde 36,80% da população tem o ensino superior.<sup>79</sup>

Com relação ao estatuto de migração, 57,70% encontra-se documentado, ao abrigo de acordos de cooperação ou estudante e 42,40% encontra-se em processos de regularização ou indocumentado, sendo que a maioria – 57,00% - tem um emprego – a tempo inteiro ou parcial. Quanto aos rendimentos, uma maioria bastante significativa 64,90% dos indivíduos - tem como rendimento mensal menos de 650€, salário mínimo nacional aquando da recolha dos dados.<sup>80</sup>

No que concerne ao tempo de residência em Portugal, sendo que um dos critérios de inclusão do estudo era residir em Portugal há menos de 10 anos, a maior parte dos indivíduos – 65,60% - residia em Portugal entre 1 e 5 anos e 19,80% há menos de um 1 ano.

Na análise das 9 dimensões HLQ depreende-se que a que revela piores resultados é a 1. “*Sentir-se compreendido e apoiado pelos prestadores de cuidados de saúde*”, onde a resposta mais frequente aos 4 itens que compõe a escala é “Discordo” – 33,70%, 36,20%, 37,40% e 37,20%, respetivamente. As dificuldades na relação com os prestadores de cuidados de saúde e o facto dos migrantes se sentirem menos compreendidos e apoiados por estes, também foi demonstrando em estudos anteriores.<sup>81 34</sup> Este fenómeno pode acontecer por vários motivos, de ambos os lados. Por um lado, os migrantes muitas vezes têm falta de conhecimento e desconfiança nos serviços de saúde e nos prestadores dos mesmos no país de acolhimento. Por outro lado, os sistemas de saúde não estão totalmente preparados para lidar com migrantes, especialmente com o crescimento dos fluxos migratórios registados. Para isso, contribuiu os prestadores de cuidados de saúde, na sua formação, não terem incluído a prática de falar e lidar com utentes estrangeiros, não nativos. Estes resultados validam estudos anteriores que demonstram que a dificuldade em compreender as explicações dos prestadores de cuidados de saúde afeta a relação prestador-migrante como utente, sendo esta comunicação afetada essencialmente por barreiras linguísticas.<sup>82</sup>

Relativamente às dimensões 2. *“Ter informação suficiente para gerir a saúde”*, 3. *“Gerir ativamente a saúde”*, 4. *“Apoio social para a saúde”*, 5. *“Avaliação da informação sobre saúde”* é interessante analisar que em todos os itens a resposta com maior frequência absoluta e relativa na escala “Discordo muito, discordo, concordo e concordo muito” foi “Concordo”. No entanto, em todas elas, a resposta seguinte com maior frequência é a “Discordo” e nunca a “Concordo muito”.

Os resultados obtidos na escala 1, relacionada com os migrantes sentirem-se compreendidos pelos prestadores de cuidados de saúde, estão em consonância com os resultados obtidos na dimensão 6. *“Capacidade de se envolver ativamente com os prestadores de cuidados de saúde”*. Embora a resposta com maiores frequências seja “Geralmente é fácil” – 31,60% (item 6.1.), 31,60% (item 6.2.), 32,90% (item 6.3.), 34,10% (item 6.4.) e 34,80% (item 6.5.) - Apresentam resultados negativos, uma vez que mais de 50,00% refere que não consegue, geralmente é difícil ou às vezes é difícil envolverem-se ativamente com os profissionais de saúde. É sugestivo que esta dificuldade esteja relacionada com os resultados da dimensão 1. *“Sentir-se compreendido e apoiado pelos prestadores de cuidados de saúde”*, uma vez que havendo dificuldades na comunicação entre ambas as partes, por exemplo, devido às barreiras linguísticas, é esperado que não haja um envolvimento ativo de forma a que os profissionais compreendam corretamente os problemas reportados, existam boas conversas sobre saúde, os migrantes sintam-se capazes de discutir as suas preocupações em saúde e, também, sintam-se capacitados a colocar questões para obterem as informações que necessitam. Estes resultados estão de acordo com outros estudos realizados, sendo que, pode estar fortemente relacionado com as diferenças linguísticas, a falta de formação nesse sentido e capacidade institucional limitada em termos de recursos como o tempo. <sup>81</sup>

A análise da dimensão 7. *“Navegação no sistema de saúde”* é extremamente relevante para este estudo, tendo em conta que o objetivo principal do mesmo é estudar as dificuldades no acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes, sendo precisamente nesta escala que se verificam os piores resultados no que concerne à literacia em saúde reportada pelos migrantes. Quanto ao item 7.1. *“Encontrar os cuidados de saúde adequados”*, 29,10% e 28,70% respondeu que “Às vezes é difícil” e “Geralmente é difícil”, respetivamente. Ao examinar os resultados do item 7.5. *“Descobrir quais serviços de saúde a que tem direito”*, depreende-se que estes dados estão de acordo com a literatura existente, uma vez que há uma grande dificuldade reportada dos migrantes saberem a quais serviços têm direitos e, por outro lado, dos próprios administrativos conhecerem a que serviços de saúde os migrantes podem usufruir, contexto exacerbado pelas barreiras linguísticas, nos casos que a língua não é a nativa.

<sup>46</sup> Curiosamente, este é o item com piores resultados, 21,00% reporta não conseguir descobrir a que serviços tem direito, 29,00% reporta geralmente ser difícil e 24,40% às vezes ser difícil. Para além disso, é o item com média de score mais baixa – 2,60, sendo o único item com média inferior a 3,00.

De acordo com a média de cada uma das dimensões do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ) as dimensões com piores resultados de literacia foram a 1. “*Sentir-se compreendido e apoiado pelos prestadores de saúde*” (2,13, de 1 a 4), a 7. “*Navegação no sistema de saúde*” (2,95, de 1 a 5), e 6. “*Capacidade de se envolver ativamente com os prestadores de cuidados de saúde*” (3,14, de 1 a 4).

Analisando os resultados que advieram da análise de “*Nos últimos 12 meses acedeu a um serviço de saúde*”, no sentido de estudar o acesso aos cuidados de saúde reportado pelos migrantes, denota-se que 84,40% reportaram acesso – Centro de saúde, USF ou serviço de urgência - e apenas 13,60% reportaram não ter acesso, considerando os que tiveram necessidade e optaram por não aceder a um serviço e, também, aqueles que tiveram necessidade e não conseguiram aceder aos serviços. Assim, de forma global, sem considerar as diferenças entre os subgrupos sociodemográficos (nível de ensino, rendimento, tempo de residência e estatuto migratório), nos últimos 12 meses, a maioria dos participantes no estudo conseguiu ter acesso aos serviços de saúde, não refletindo, no entanto, a utilização dos mesmos aquando do acesso.

De acordo com a literatura do contexto português e internacional, há evidência que os migrantes indocumentados enfrentam mais barreiras no acesso aos cuidados de saúde no país de acolhimento,<sup>1 27 83 37</sup> Concordantemente com a literatura referenciada, os resultados deste estudo, decorrentes da associação entre o acesso e o estatuto migratório, é estatisticamente significativa e demonstra que comparando migrantes documentados e indocumentados/em processo de regularização, denota-se que os indocumentados têm menos acesso aos serviços de saúde. Esta acesso inferior dos indocumentados face aos documentados torna-se claro uma vez que a percentagem de migrantes que reportam que em caso de necessidade não conseguiram ter acesso é superior nos indocumentados – 12,50% face a 8,00% nos documentados.

Para além disso, os migrantes indocumentados em caso de necessidade recorrem mais ao serviço de urgência de um hospital (37,60%), enquanto os documentados, na sua maioria, acedem aos cuidados de saúde primários, centro de saúde ou USF (59,80%). Estes resultados estão extremamente no sentido da literatura nesta matéria, que expõe que, por um lado, os migrantes indocumentados, tendencialmente, utilizam os serviços de saúde apenas em situação de urgência e, por outro lado, utilizam menos os cuidados de saúde primários e mais as urgências de forma

a não serem identificados por estarem em situação irregular, uma vez que nas urgências podem não ser identificados.<sup>33</sup> Isto acontece porque os cuidados de saúde são prestados de forma mais anónima, na medida em que o tratamento médico não fica dependente da apresentação de documentos.<sup>27 1</sup>

A relação entre o acesso aos cuidados de saúde nos últimos 12 meses e o nível de ensino não foi estatisticamente significativa neste estudo, o que nesta população de migrantes em estudo, o acesso não é influenciado significativamente pelo nível de ensino obtido pelos indivíduos.

Relativamente à associação entre o acesso aos cuidados de saúde nos últimos 12 meses e o rendimento, também não foram encontradas relação estatisticamente significativa. Desta forma, o facto de não dar estatisticamente significativo neste estudo pode ter que ver com o facto da minha população não estar distribuída de forma homogénea relativamente ao rendimento, sendo que 64,90% tem rendimentos mensais inferiores a 650€.

Contrariamente ao rendimento, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no acesso aos cuidados de saúde nos últimos 12 meses em função do tempo de residência dos migrantes, como seria de esperar tendo em conta os estudos anteriores.<sup>84 85 86</sup> No entanto, embora de acordo com a literatura haja uma melhoria no acesso com uma residência mais prolongada, a literatura é bastante consistente em sugerir que os indicadores de saúde tendem a piorar.<sup>87</sup> Neste sentido, o presente estudo, demonstrou que quanto mais tempo os migrantes permanecem em Portugal, mais acedem aos cuidados de saúde primários - <1 ano: 39,40%; 1-5 anos: 56,00%; 6-10 anos: 64,00% - e, inversamente, as idas aos serviços de urgência diminuem - <1 ano: 33,00%; 1-5 anos: 32,50%; 6-10 anos: 27,00%. Estes números corroboram os dados relativos ao padrão de utilização dos serviços de saúde entre documentados – tendencialmente cuidados de saúde primários e indocumentados – serviço de urgência. Ou seja, com uma prolongação do tempo de residência em Portugal há uma tendência clara de aumentar a utilização dos centros de saúde e USF e uma diminuição da utilização do serviço de urgência dos hospitais.

Concomitantemente, as barreiras de acesso aos serviços de saúde provocada pelo sistema, demonstradas na variável “*Necessitei, mas não consegui ter acesso*”, diminuem acentuadamente à medida que os migrantes permanecem mais tempo em Portugal, uma vez que para os migrantes que vivem em Portugal há <1 ano esta barreira tem uma representação de 22,30%, quando analisamos os migrantes com permanência 1-5 anos a percentagem desce para 8,30% e quando analisamos entre 6 a 10 anos esta percentagem representa 5,00%. Este fator pode ser também explicado pelos processos

de culturalização que acabam por acontecer com os migrantes quando residem mais tempo nos países de acolhimento, existindo uma maior integração.

No que concerne ao estudo do acesso aos cuidados de saúde tendo por referência “*Tenho pelo menos um profissional de saúde que me conhece bem*” e “*Tenho pelo menos um profissional de saúde para conversar sobre problemas de saúde*”, os resultados são bastante interessantes e concordantes com a literatura.

Primeiramente, independentemente da análise relativa às variáveis socioeconómicas – estatuto migratório, nível de ensino, rendimentos e tempo de residência em Portugal – verifica-se pouco acesso, sendo as frequências de “Não (acesso)” sempre valores elevados superiores a 60,00%, apenas com uma exceção explanada de seguida.

Para ambas as variáveis de acesso, os migrantes que se encontram em processo de regularização/indocumentados, o acesso aos serviços de saúde reportado é inferior - 76,00% e 75,50%, com uma associação estatisticamente significativa. No entanto, mesmo aqueles que têm a situação migratória regularizada têm acessos baixos reportados – 61,70% e 60,80%, aspeto que não deve ser desvalorizado pela situação ser mais favorável que nos migrantes indocumentados. Esta tendência também se verifica no nível de ensino, uma vez que independentemente do nível de ensino, o acesso reportado é baixo – 61,80% dos que têm nível inferior ou igual 3º ciclo, 72,70% dos que têm o ensino secundário e 64,70% dos que têm ensino superior reportam dificuldades no acesso.

De acordo com os resultados, relativamente ao rendimento, à medida que este aumenta, aumenta também a frequência relativa de migrantes que reportam ter melhor acesso aos serviços de saúde. O mesmo se verifica com o tempo de residência em Portugal, sendo que à medida que aumenta o tempo de permanência, melhora o acesso.

A adaptação a um novo sistema de saúde pode ser difícil para os migrantes, particularmente para os recém-chegados ou que estão há um curto período no país de acolhimento. Estudos demonstram que os migrantes, mas especialmente os recém-chegados, sofrem de falta de conhecimento sobre a organização do sistema de saúde do país, tendo expectativas superiores ao que depois vivenciam, tendo em conta o papel dos prestadores de cuidados de saúde as barreiras linguísticas.<sup>88 89</sup> Os resultados deste estudo foram de encontro a isso mesmo, tendo em conta que 77,70% e 74,30% dos migrantes recém-chegados reportam baixo acesso, percentagens que diminuem consideravelmente a partir do 6º ano de residência em Portugal, diminuindo para 43,30% e 45,80% reportarem baixo acesso. Para aqueles que há vivem em Portugal entre 6 e 10 anos, a percentagem de migrantes que já reporta ter pelo menos um

profissional de saúde que os conhece bem e para conversar sobre problemas de saúde já atinge valores superiores a 50,00% - 56,70% e 54,30%, com uma associação estatisticamente significativa.

Como discutido anteriormente, este estudo sugere que os migrantes reportam dificuldades em navegar no sistema de saúde português e nas suas relações com os prestadores dos cuidados de saúde.

Indubitavelmente, de acordo com os resultados, apresentam-se diferenças significativas no nível de literacia em saúde, entre os grupos que percecionam ter e não ter acesso aos cuidados de saúde. Nos resultados resultantes da associação dos níveis de literacia reportados, através do *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), sendo que para todos os casos, sem exceção, os migrantes que reportaram menor acesso têm níveis de literacia em saúde inferiores em relação aos migrantes com melhor acesso aos cuidados de saúde.

Estes resultados são verdadeiramente interessantes e vão de encontro à literatura nesta matéria, que sugere precisamente que migrantes com menores níveis de literacia tendencialmente têm pior acesso aos cuidados de saúde.<sup>89 3 31 44</sup>

A relação entre a literacia em saúde e o acesso tendo em conta “*Nos últimos 12 meses tive acesso a cuidados de saúde*” só não foi estatisticamente significativa para a dimensão 3. “*Gerir ativamente a saúde*” e 8. “*Capacidade de encontrar boa informação sobre saúde*”. No caso do estudo do acesso através de “*Tenho pelo menos um profissional que me conhece bem*” e “*Tenho pelo menos um profissional de saúde para conversar sobre problemas de saúde*”, as relações encontradas foram estatisticamente significativas para todas as dimensões HLQ.

De acordo com os resultados a percepção do impacto da pandemia Covid-19 em função das condições socioeconómicas – estatuto migratório, nível de ensino, rendimento e tempo de residência em Portugal – ao contrário do que seria expectável de acordo com a literatura só foi estatisticamente significativa para o rendimento.<sup>46 10</sup>

Uma possível explicação para estas relações não serem estatisticamente significativas é o facto do acesso aos cuidados de saúde, como analisado anteriormente, já apresentarem maus resultados. Assim, a pandemia Covid-19 poderá não ter causado um impacto tão significativo uma vez que já se verificavam anteriormente lacunas consideráveis neste mesmo acesso. Outro possível motivo, no sentido do apresentado inicialmente nos efeitos da pandemia Covid-19 nos migrantes em Portugal, é o facto de Portugal ter-se adaptado rapidamente em termos legislativos para os migrantes, com processos pendentes ou a expirar no SEF, o acesso aos cuidados que necessitaram durante a pandemia.<sup>90</sup>

Em relação ao rendimento, com o aumento do rendimento -  $\geq 650\text{€}$  - a percepção foi que o acesso não ficou pior. Ou seja, à medida que o rendimento aumenta, há menor percentagem de pessoas a reportar que o acesso piorou, sendo que 47,50% dos que têm rendimentos inferiores ao salário mínimo reportam que piorou e quando analisamos os que têm rendimentos superior ao salário mínimo esta percentagem diminui para 36,40%. Nessa mesma ótica, com o aumento do rendimento também aumenta a percentagem de pessoas que percecionam que o acesso ficou igual, motivo pelo qual esta relação é estatisticamente significativa.

### **6.1 Limitações do estudo**

Uma limitação do estudo é o facto da amostra estar dependente e limitada às organizações não governamentais e associações de migrantes que participaram no estudo, não incluindo assim um universo mais amplo de participantes. Outra limitação do presente estudo é o facto do questionário ser longo, o que pode ter influenciado a taxa de resposta e disposição dos participantes na participação do estudo. Também deve ser considerado que este estudo se baseou em autorrelatos através de entrevistas presenciais, de forma a também incluir pessoas com níveis de educação mais baixos, o que pode ter levado, em alguns casos, a uma má comunicação ou a fenómenos de exagero ou otimismo por parte dos inquiridos, não refletindo nitidamente a situação real. No entanto, todos os entrevistadores foram sistematicamente treinados em técnicas de entrevista, de forma a minimizar potenciais enviesamentos. Como última limitação, a percepção do impacto da pandemia Covid-19 no acesso aos cuidados de saúde foi medida em três níveis, “Pior”, “Igual” e “Melhor”, mas não foi recolhida informação que permitisse uma maior diferenciação dentro de cada nível.

## 7. Conclusões

Este trabalho permitiu identificar as áreas de fragilidade relativamente ao acesso aos cuidados de saúde pela população migrante, de nacionalidade brasileira, angolana, cabo-verdiana, guineense, moçambicana, são-tomense, chinesa, indiana e nepalesa, residente na Área Metropolitana de Lisboa há menos de 10 anos. Para além disso, investigou-se as barreiras que a referida população enfrenta, com maior enfoque na relação com as fragilidades na literacia em saúde da população como barreira.

Nesse sentido, após a discussão dos resultados, tecem-se as seguintes conclusões principais do trabalho:

- Os migrantes experienciam dificuldades significativas em sentirem-se compreendidos e apoiados pelos profissionais de saúde e em envolverem-se ativamente nos cuidados de saúde;
- Verificam-se obstáculos na navegação no sistema de saúde pelos migrantes, principalmente no que concerne a estes terem a certeza de que encontram o lugar certo para obter os cuidados de saúde que necessitam e, sobretudo, descobrirem quais os serviços de saúde a que têm direito;
- Os migrantes em estudo apresentam diferentes necessidades no que diz respeito à literacia em saúde;
- Independentemente dos fatores socioeconómicos – estatuto migratório, nível de ensino, rendimentos e tempo de residência em Portugal – os migrantes reportam tendencialmente baixo acesso aos cuidados de saúde;
- Existe maior dificuldades no acesso aos cuidados saúde pelos migrantes indocumentados ou em processo de regularização, comparativamente aos migrantes documentados;
- Em caso de necessidade de aceder aos serviços de saúde os migrantes indocumentados ou em processo de regularização acedem tendencialmente aos serviços de urgência dos hospitais, enquanto os migrantes documentados acedem maioritariamente aos cuidados de saúde primários (centros de saúde e USF);
- As pessoas migrantes que residem há mais tempo em Portugal, independentemente do estatuto migratório, relatam um melhor acesso aos cuidados de saúde face às que residem há menos tempo;
- O acesso aos cuidados de saúde pelos migrantes é particularmente difícil no grupo de migrantes que residem em Portugal desde há 5 anos ou menos de 5 anos, sendo que começa a melhorar no grupo de pessoas que residem em Portugal há mais

de 5 anos (6-10 anos), sugerindo que à medida que residem há mais tempo em Portugal, o acesso aos cuidados melhora;

- Os padrões de utilização dos cuidados de saúde são diferentes entre os grupos que residem há mais ou menos tempo em Portugal, sendo que no grupo de pessoas migrantes que residem há mais tempo em Portugal, o principal padrão de utilização são os cuidados de saúde primários (centros de saúde e USF) e no grupo de pessoas que reside há menos tempo em Portugal é mais comum a utilização dos serviços de urgência dos hospitais;

- Tendencialmente, os migrantes que reportam mais dificuldades no acesso aos cuidados de saúde também apresentam piores resultados de literacia em saúde;

- As barreiras externas aos migrantes, inerentes ao sistema, diminuem nos grupos de pessoas migrantes que residem há mais tempo em Portugal, tendo em conta que a percentagem de migrantes que não acedem ao sistema em caso de necessidade é inferior no grupo daqueles que têm uma permanência em Portugal mais prolongada;

- No grupo de pessoas com rendimentos mensais mais elevados, verifica-se maior percentagem de indivíduos que reportam melhor acesso aos cuidados de saúde, face ao grupo de migrantes com rendimentos mais baixos, sugerindo-se que o aumento de rendimento contribuiu positivamente para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde;

- O rendimento pareceu contribuir positivamente para um menor impacto da pandemia na população migrante, no que concerne ao acesso a cuidados de saúde – os grupos com rendimentos superiores perceberam um menor impacto, reportando mais que o acesso aos cuidados de saúde não foi afetado pela pandemia Covid-19.

## 8. Recomendações

Esta investigação surge no sentido de aumentar o conhecimento nesta matéria e produzir recomendações úteis melhorar o acesso aos cuidados de saúde, partindo de conclusões desta população em estudo:

- Comumente os indivíduos mais vulneráveis, como o caso dos migrantes, podem ser menos chamados à participação ativa em saúde por apresentarem menores níveis de literacia em saúde e, à partida, menor capacidade de participação. No entanto, esses indivíduos são capazes de identificar as barreiras vivenciadas e, assim, contribuir de forma ativa para a elaboração de políticas e medidas que visem mitigar essas mesmas barreiras, através da exposição da sua vivência;
- As discrepâncias reportadas de acordo com as condições socioeconómicas e demográficas dos migrantes, demonstra a importância de os migrantes serem encarados como um grupo heterógeno e, por isso, serem existir uma avaliação individualizada no que tem que ver com políticas e estratégias de saúde pública;
- Promoção de formação dos trabalhadores, administrativos e profissionais de saúde, que integram os serviços, nos diferentes níveis, de forma a desenvolver competências para trabalharem com migrantes e fornecer informação relativa aos direitos e deveres dos mesmos;
- A integração no SNS de profissionais com competências técnicas para trabalharem como mediadores interculturais, de forma a mitigar as barreiras linguísticas e culturais na experiência dos migrantes nos serviços de saúde;
- Recolha e gestão de dados nesta matéria, de forma a ser possível realizar diagnóstico precisos do contexto de ACS pelos migrantes e ser possível investigação com maior rigor científico; e com mais rigor científico.



## Referências bibliográficas

1. Dias, S., Rodrigues, R., Silva, A., Horta, R. & Cargaleiro, H. Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: Um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. *Arq. Med.* **24**, 253–259 (2010).
2. Mundo registrou cerca de 281 milhões de migrantes internacionais no ano passado | ONU News. - Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2021/12/1772272>.
3. Klein, J. & Von Dem Knesebeck, O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: A systematic review 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. *Int. J. Equity Health* **17**, 1–10 (2018).
4. Lebano, A. *et al.* Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: A scoping literature review. *BMC Public Health* **20**, (2020).
5. Hossin, M. Z. International migration and health: It is time to go beyond conventional theoretical frameworks. *BMJ Glob. Heal.* **5**, 1–7 (2020).
6. Raposo, V. L. & Violante, T. Access to Health Care by Migrants with Precarious Status During a Health Crisis: Some Insights from Portugal. *Hum. Rights Rev.* **22**, 459–482 (2021).
7. Padilla, B. Saúde Dos Imigrantes : Multidimensionalidade ,. *Rev. Inter. Mob. Hum, Bras.* **49**, 49–68 (2013).
8. Bojorquez, I. *et al.* Migration and health in Latin America during the COVID-19 pandemic and beyond. (2021) doi:10.1016/S0140-6736(21)00623-1.
9. Bottan, N., Hoffmann, B. & Vera-Cossio, D. The unequal impact of the coronavirus pandemic: Evidence from seventeen developing countries. *PLoS One* **15**, 1–10 (2020).
10. Gama, A. *et al.* How Did the COVID-19 Pandemic Affect Migrant Populations in Lisbon, Portugal? A Study on Perceived Effects on Health and Economic

- Condition. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **19**, (2022).
11. PORDATA - Migrações. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Migrações-34>.
  12. Oliveira, C. R. *Indicadores de Integração de Imigrantes: Relatório Estatístico Anual. Observatório das Migrações* (2021).
  13. Góis, P. & Marques, J. C. Retrato de um Portugal migrante: a evolução da emigração, da imigração e do seu estudo nos últimos 40 anos. <http://journals.openedition.org/eces> (2018) doi:10.4000/ECES.3307.
  14. Nygren-Krug, H. & WHO. International Migration, Health & Human Rights. *Heal. Hum. Rights Publ. Ser.* 2–36 (2003).
  15. Dias, P., Machado, R., Ferreira, A. P. & SEF, G. de E. P. e F. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2015. 170 (2015).
  16. Oliveira, C. R. & Gomes, N. *Observatório das migrações - Indicadores de Integração de Imigrantes: Relatório estatístico anual.* (2016).
  17. Câmara Municipal de Lisboa. Plano Municipal para a Integração de Imigrantes de Lisboa 2018-2020. (2018).
  18. SEFSTAT – Portal de Estatística. <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>.
  19. CML. II Diagnóstico Social. *Cml* 419 (2016).
  20. Travassos, C. & Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saude Publica* **20**, S190–S198 (2004).
  21. Donabedian, A. The seven pillars of quality. *Arch. Pathol. & Lab. Med.* **114**, 1115–1118 (1990).
  22. Andersen, R. & Newman, J. F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Mem. Fund Q. Health Soc.* **51**, 95–124 (1973).
  23. Andersen, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *J. Health Soc. Behav.* **36**, 1–10 (1995).
  24. Penchansky, R. & Thomas, J. W. The Concept of Access: Definition and

- Relationship to Consumer Satisfaction. *Med. Care* **19**, 127–140 (1981).
25. Milman, M. *Access to Health Care in America*. (Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services, 1993).
  26. Goddard, M. & Smith, P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Soc. Sci. Med.* **53**, 1149–1162 (2001).
  27. Fonseca, M. L., Esteves, A., McGarrigle, J. & Silva, S. Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *Rev. Migrações - Número Temático Imigração e Saúde* **1**, 27–52 (2007).
  28. Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P. & McKee, M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* **381**, 1235–1245 (2013).
  29. Smith, M. W., Kreutzer, R. A., Goldman, L., Casey-Paal, A. & Kizer, K. W. How Economic Demand Influences Access to Medical Care for Rural Hispanic Children. *Med. Care* **34**, 1135–1148 (1996).
  30. Dias, S., Gama, A. & Rocha, C. Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: Insights from a focus group study. *J. Public Health (Bangkok)*. **18**, 489–496 (2010).
  31. Ledoux, C., Pilot, E., Diaz, E. & Krafft, T. Migrants' access to healthcare services within the European Union: A content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. *Global. Health* **14**, 1–11 (2018).
  32. Dias, S. F., Severo, M. & Barros, H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv. Res.* **8**, 1–8 (2008).
  33. Dias, S., Gama, A., Cortes, M. & de Sousa, B. Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. *Heal. Soc. Care Community* **19**, 514–521 (2011).
  34. Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J. & Dekker, J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam. Pract.* **23**, 325–348 (2006).
  35. Dias, S. *et al.* Access to Primary Care and Preventative Health Services of Migrants. *Access to Prim. Care Prev. Heal. Serv. Migrants* 99–109 (2018)

doi:10.1007/978-3-319-73630-3.

36. Shaaban, A. N., Morais, S. & Peleteiro, B. Healthcare Services Utilization Among Migrants in Portugal: Results From the National Health Survey 2014. *J. Immigr. Minor. Heal.* **21**, 219–229 (2019).
37. Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik, A. & Norredam, M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health* **11**, (2011).
38. Calado, P. & Casas, C. Migration and Health Policies: considerations on the Portuguese context. in *Migration and health* 67–76 (Almedina, 2018).
39. Padilla, B. Immigration , Integration , and Citizenship Policies in Portugal : The Case of Health in the 21st century Políticas de Imigração , Integração , e Cidadania em Portugal : O caso da Saúde no século XXI. 39–61 (2021) doi:10.54022/shsv2n3-016.
40. Migrant Integration Policy Index | MIPEX 2020. Disponível em: <https://www.mipex.eu/>.
41. Solano, G. *et al.* *MIGRANT INTEGRATION POLICY INDEX 2020 With the scientific review and support of David Ingleby and Francesco Pasetti, and the support of With the scientific review and support of David Ingleby and Francesco Pasetti, and the support of Website for full MIPE.* (2020).
42. Original, A. Cooperação internacional Reflexos legais da condição de vulnerabilidade no acesso a cuidados de saúde : o caso dos migrantes. 57–73.
43. Caetano, S., Correia, C. & Silveira, E. Manual De Acolhimento No Acesso Ao Sistema. *Sns* 1–44 (2016).
44. Norredam, M. Migrants' access to healthcare. *Dan. Med. Bull.* **58**, B4339 (2011).
45. Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Cargaleiro, H. & Martins, M. O. Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes. *Acta Med. Port.* **24**, 511–516 (2011).
46. Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P. & Linos, A. Access to

- healthcare for migrant patients in europe: Healthcare discrimination and translation services. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **18**, (2021).
47. Correa, P. The portuguese approach on undocumented migrants access to healthcare during the pandemic : A new step towards a more inclusive standard policy ? Resumo. *J. Jurídico*.
  48. MacFarlane, A. *et al.* Migrants' involvement in health policy, service development and research in the WHO European Region: A narrative review of policy and practice. *Trop. Med. Int. Heal.* **26**, 1164–1176 (2021).
  49. Derose, K. P., Escarce, J. J. & Lurie, N. Immigrants and health care: Sources of vulnerability. *Health Aff.* **26**, 1258–1268 (2007).
  50. Velardo, S. The Nuances of Health Literacy, Nutrition Literacy, and Food Literacy. *J. Nutr. Educ. Behav.* **47**, 385-389.e1 (2015).
  51. NUTBEAM, D. O. N. & Kickbusch, I. Health promotion glossary. *Health Promot. Int.* **13**, 349–364 (1998).
  52. Okan, O., Bauer, U., Levin-zamir, D. & Pinheiro, P. *Occupational health literacy: Healthy decisions at work. International Handbook of Health Literacy* (2022). doi:10.51952/9781447344520.ch023.
  53. Heijmans, M. *et al.* *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union. RfS Chafea/2014/health/01* (2014).
  54. Marques, M. J. *et al.* Assessing health literacy among migrants and associated socioeconomic factors. *Eur. J. Public Health* **31**, 2021 (2021).
  55. Hasnain-Wynia, R. & Wolf, M. S. Promoting health care equity: Is health literacy a missing link? *Health Serv. Res.* **45**, 897–903 (2010).
  56. World Health Organization. *Report on the Health of refugees and migrants in the WHO European Region. World Health Organization European Region (WHO)* (2018).
  57. Kristiansen, M., Razum, O., Tezcan-Güntekin, H. & Krasnik, A. Aging and health among migrants in a European perspective. *Public Health Rev.* **37**, 20 (2016).

58. OIM. *World migration report 2022: chapter 2*. (2021).
59. Baumeister, A. *et al.* Interventions for improving health literacy in migrants. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2019) doi:10.1002/14651858.CD013303.
60. Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A. & Wardle, J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J. Epidemiol. Community Health* **61**, 1086–1090 (2007).
61. Barber, M. N. *et al.* Up to a quarter of the Australian population may have suboptimal health literacy depending upon the measurement tool: Results from a population-based survey. *Health Promot. Int.* **24**, 252–261 (2009).
62. Andrus, M. R. & Roth, M. T. Health literacy: A review. *Pharmacotherapy* **22**, 282–302 (2002).
63. Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T. & Rudd, R. R. The prevalence of limited health literacy. *J. Gen. Intern. Med.* **20**, 175–184 (2005).
64. Beauchamp, A. *et al.* Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: A cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* **15**, (2015).
65. Bo, A.; Friis, K.; Osborne, R. . *et al.* National indicators of Health Literacy : Ability to understand health information and to engage actively with healthcare. 1–12 (2014).
66. Singleton, K. & Krause, E. Understanding Cultural and Linguistic Barriers to Health Literacy. *OJIN Online J. Issues Nurs.* **14**, 1–12 (2009).
67. Pedro, A. R. Literacia em saúde: da gestão de informação à decisão inteligente. [Tese de doutoramento]. *RUN /Escola Nac. Saúde Pública* 1–309 (2018).
68. Calderón-Larrañaga, A., Dekhtyar, S., Vetrano, D. L., Bellander, T. & Fratiglioni, L. COVID-19: risk accumulation among biologically and socially vulnerable older populations. *Ageing Res. Rev.* **63**, (2020).
69. Iacobucci, G. Covid-19: Deprived areas have the highest death rates in England

- and Wales. *BMJ* **369**, m1810 (2020).
70. LSE Health. Migration and Health in the European Union. **16**, (2010).
  71. Dias, S. *et al.* *Populações Migrantes e COVID-19: percepções sobre o impacto da pandemia.* (2021).
  72. Kumar, B. N. *et al.* Reducing the impact of the coronavirus on disadvantaged migrants and ethnic minorities. *Eur. J. Public Health* **31**, IV9–IV13 (2021).
  73. Dias, S. *et al.* Patterns of Sexual Risk Behavior, HIV Infection, and Use of Health Services Among Sub-Saharan African Migrants in Portugal. *J. Sex Res.* **57**, 906–913 (2020).
  74. Rosano, A. *et al.* Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC Health Serv. Res.* **17**, 1–11 (2017).
  75. RTP News.
  76. Aguiar, P. *Estatística em investigação epidemiológica: SPSS.* (Climpsi Editores, 2007).
  77. Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M. & Buchbinder, R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* **13**, 658 (2013).
  78. Do Ó, D. N. *et al.* Cultural Adaptation and Validity Testing of the Portuguese Version of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *Int. J. Environ. Res. Public Health* **19**, (2022).
  79. INE - Plataforma de divulgação dos Censos 2021 – Resultados Provisórios. [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html).
  80. Evolução do salário mínimo em Portugal | Pordata. <https://www.pordata.pt/Portugal/Salário+mínimo+nacional-74>.
  81. Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W. & Prakongsai, P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: A systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv. Res.* **15**, 1–14 (2015).
  82. Au, M., Anandakumar, A. D., Preston, R., Ray, R. A. & Davis, M. A model

- explaining refugee experiences of the Australian healthcare system: a systematic review of refugee perceptions. *BMC Int. Health Hum. Rights* **19**, 22 (2019).
83. Jordão, N. M., Freitas, C. de & García Ramírez, M. Efeitos da crise económica e das políticas de austeridade na saúde e no acesso aos cuidados de saúde da população migrante em países do sul da Europa: revisão scoping. *REMHU Rev. Interdiscip. da Mobilidade Humana* **26**, 213–230 (2018).
84. Knipscheer, J. W. & Kleber, R. J. Help-seeking attitudes and utilization patterns for mental health problems of Surinamese migrants in the Netherlands. *Journal of Counseling Psychology* vol. 48 28–38 (2001).
85. Flores, G. & Vega, L. R. Barriers to health care access for Latino children: A review. *Fam. Med.* **30**, 196–205 (1998).
86. Sonis, J. Association between duration of residence and access to ambulatory care among Caribbean immigrant adolescents. *Am. J. Public Health* **88**, 964–966 (1998).
87. Berg, L., Gustafsson, N. K., Honkaniemi, H. & Juárez, S. P. Health risk behaviours among migrants by duration of residence: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* **10**, 1–5 (2020).
88. Småland Goth, U. G. & Berg, J. E. Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants. *Eur. J. Gen. Pract.* **17**, 28–33 (2011).
89. Czapka, E. A. & Sagbakken, M. Where to find those doctors? A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Serv. Res.* **16**, 1–14 (2016).
90. Beleza, Teresa Pizarro; Da Silva, Cristina Nogueira; Gil, Ana Rita; Oliveira, E. Olhares sobre as Migrações, a Cidadania e os Direitos Humanos na História e no século XXI. *Olhares sobre as Migrações, a Cid. e os Direitos Humanos na História e no Século XXI* (2020).



## Anexos

### Anexo 1 Questionário demográfico e socioeconómico.

#### Questionário Demográfico, Socioeconómico e da Condição de Saúde

**A preencher pela equipa de investigação:**

Código do participante: \_\_\_\_\_ Data de preenchimento: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Código do inquiridor: \_\_\_\_\_

Código do local de recrutamento: \_\_\_\_\_

Este questionário foi:

aplicado mediante entrevista telefónica

preenchido online pelo participante

aplicado presencialmente e preenchido pelo participante sem apoio do inquiridor

aplicado presencialmente e preenchido pelo participante com apoio do inquiridor

Por favor assinale com um X ou insira as respostas nas caixas/espacos fornecidos, conforme as instruções.

(Secção a aplicar antes do Questionário de Compreensão de Saúde e Cuidados de Saúde)

1. Qual a sua data de nascimento? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(dd) (mm) (aaaa)
2. Qual é o seu sexo?  
 Feminino                       Masculino                       Prefiro não responder
3. Em que país nasceu?  
 Brasil                                       São Tomé e Príncipe  
 Angola                                       China  
 Cabo Verde                                       Índia  
 Guiné Bissau                                       Nepal  
 Moçambique  
 Outro país Africano ou Asiático. Qual? \_\_\_\_\_
4. Há quanto tempo reside em Portugal?  
 Menos de 1 ano                                       Há mais de 10 anos  
 Entre 1 e 5 anos  
 Entre 6 e 10 anos

5. Qual o nível de escolaridade que completou?

- Nenhum, não sabe ler nem escrever
- Nenhum, mas sabe ler e escrever
- 1-4 anos (1º ciclo - 4º ano - antiga instrução primária)
- 5-6 anos (2º ciclo - 6º ano - antigo ciclo preparatório)
- 7-9 anos (3º ciclo - 9º ano - antigo 3º, 4º e 5º liceal)
- 10-12 anos (Ensino Secundário)
- Licenciatura
- Mestrado ou doutoramento

6. Desde a crise do coronavírus, como está a sua situação em relação a:

	Pior do que antes	Igual a antes	Melhor do que antes	Não aplicável
Ter trabalho ou emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situação financeira (rendimento mensal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação em sua casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter acesso aos cuidados de saúde que precisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situação de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio por parte de organizações não-governamentais (ONG) e outras entidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estigma e discriminação (ou seja, sente que é tratado de forma discriminatória devido à sua origem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segurança na zona onde mora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violência em sua casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Desde a crise do coronavírus, com que frequência se tem sentido agitado ou ansioso, em baixo ou triste?

- Nunca
- Alguns dias
- Quase todos os dias
- Todos os dias
- Prefiro não responder

8. Nas últimas duas semanas, esteve num grupo de dez ou mais pessoas que não vivem consigo? (ex. numa mesa de esplanada, numa festa, num evento familiar, etc.)?

- Não
- Sim
- Prefiro não responder

9. Pensando na última vez que saiu de casa e esteve num sítio com uma ou mais pessoas que não vivem consigo:

	Sim, sempre	Não, por vezes não	Não, nunca	Prefiro não responder
Usou máscara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavou ou desinfetou as mãos quando tocou em alguém ou em algo que possa ter sido tocado por outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manteve-se a, pelo menos, 2 metros de distância das pessoas que não vivem consigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Em que medida avalia o risco de vir a ficar infetado com COVID-19?

- Sem risco
- Risco baixo
- Risco moderado
- Risco elevado
- Não sei
- Prefiro não responder

11. Utiliza transportes públicos regularmente?

- Não
- Sim
- Prefiro não responder

**Anexo 2** Questionário para a compreensão de saúde e cuidados de saúde (*The Health Literacy Questionnaire – HLQ*)

---

**Informação sobre este questionário e como preenchê-lo**

Este questionário é constituído por duas partes.

Na **1ª Parte** é-lhe perguntado em que medida **discorda** ou **concorda** com um conjunto de afirmações.

Na **2ª Parte** é-lhe pedido que indique quanto considera **difícil** ou **fácil** um conjunto de tarefas.

Para cada afirmação ou tarefa, **assinale a opção que melhor o(a) descreve neste momento.**

Por favor certifique-se que **assinala uma opção** para cada afirmação ou tarefa.

---

**Exemplo**

1. A Terra é plana

*Discordo Muito*  
*Discordo*  
*Concordo*  
*Concordo Muito*

A Sra. Joana Cidadã indicou que discorda totalmente desta afirmação.

---

**1ª Parte do questionário começa aqui**

Por favor indique o quanto **discorda** ou **concorda** com cada uma das seguintes afirmações. Não se esqueça de assinalar **apenas uma** opção.

Assinale a sua opção assim:

	<i>Discordo Muito</i>	<i>Discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo Muito</i>
1 Sinto que tenho boa informação sobre saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Tenho pelo menos um profissional de saúde que me conhece bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Eu posso ter acesso a várias pessoas que me compreendem e me apoiam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Comparo informação de saúde de diferentes origens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Quando me sinto doente as pessoas à minha volta percebem realmente o que estou a passar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Passo bastante tempo a cuidar ativamente da minha saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The Health Literacy Questionnaire (HLQ). © Copyright 2014 Swinburne University of Technology. Authors: Richard H Osborne, Rachelle Bachbinder, Roy Batterham, Gerald R Elsworth. No part of the HLQ can be reproduced, copied, altered or translated without the permission of the authors. Further information: ghe-licences@swin.edu.au

---

### Continuação da 1ª Parte

Por favor indique o quanto **discorda** ou **concorda** com cada uma das seguintes afirmações. Não se esqueça de assinalar **apenas uma**.

	<i>Discordo Muito</i>	<i>Discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo Muito</i>
7 Quando vejo nova informação sobre saúde, verifico se é ou não verdadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Tenho pelo menos um profissional de saúde com quem posso conversar sobre os meus problemas de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Faço planos sobre o que preciso de fazer para ser saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Tenho informação suficiente para me ajudar a lidar com os meus problemas de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Se precisar de ajuda, tenho bastantes pessoas com quem posso contar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Comparo sempre informação de saúde de diferentes origens e decido qual a melhor para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Apesar de outras coisas na minha vida, arranjo tempo para ser saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Estou certo(a) que tenho toda a informação que preciso para gerir a minha saúde de uma forma eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Tenho pelo menos uma pessoa que pode ir comigo às consultas médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Sei como posso descobrir se a informação de saúde que recebo é correta ou não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Tenho os profissionais de saúde que preciso para me ajudarem a perceber o que tenho de fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Estabeleço os meus próprios objetivos de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Tenho um forte apoio da minha família e amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Quando encontro informação sobre saúde pergunto aos profissionais de saúde qual a sua qualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Há coisas que eu faço regularmente para me tornar mais saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Tenho pelo menos um profissional de saúde com quem posso contar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Tenho toda a informação de saúde que necessito para cuidar da minha saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor continue na página seguinte.

---

**A 2ª Parte do questionário começa aqui**

Por favor indique o quanto considera **difícil** ou **fácil** desempenhar as seguintes tarefas neste momento. Não se esqueça de assinalar apenas **uma** opção para cada afirmação.

Assinale a sua opção assim:



*Não consigo fazer ou faço  
com muita dificuldade  
Geralmente é difícil  
As vezes é difícil  
Geralmente é fácil  
É sempre fácil*

- |    |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Encontrar os cuidados de saúde adequados   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Assegurar que os profissionais de saúde compreendem corretamente os seus problemas     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Encontrar informação sobre problemas de saúde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Sentir-se capaz de discutir as suas preocupações de saúde com um profissional de saúde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Ter confiança a preencher os formulários médicos da forma correta                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Encontrar informação de saúde em vários locais diferentes                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Ter boas conversas sobre a sua saúde com médicos                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Conseguir ser atendido(a) pelos profissionais de saúde que precisa                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Seguir devidamente as instruções dos profissionais de saúde                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Obter informação sobre saúde para se manter atualizado(a) com a melhor informação      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Decidir que profissional de saúde necessita ver  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Ler e compreender informação escrita sobre saúde                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Ter a certeza que encontra o lugar certo para obter os cuidados de saúde que necessita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor continue na página seguinte.

---

### Continuação da 2ª Parte

Por favor indique o quanto considera **difícil** ou **fácil** desempenhar as seguintes tarefas neste momento. Não se esqueça de assinalar apenas **uma** opção para cada afirmação.

Assinale a sua opção assim:



Não consigo fazer ou faço  
com muita dificuldade  
Geralmente é difícil  
Às vezes é difícil  
Geralmente é fácil  
É sempre fácil

- |    |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14 | Obter informação sobre saúde em palavras que perceba  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Conversar coisas com os profissionais de saúde até compreender tudo o que precisa           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Descobrir quais os serviços de saúde a que tem direito                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Ler e compreender toda a informação nas embalagens dos medicamentos                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Obter informação sobre saúde por si próprio(a)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Perceber quais são os melhores cuidados para si   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Colocar questões aos profissionais de saúde para obter a informação sobre saúde que precisa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Compreender o que os profissionais de saúde lhe estão a pedir para fazer                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Obrigado(a) por ter completado este questionário.**

## Anexo 3 Formulário de Consentimento Informado

### FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

#### LITERACIA EM SAÚDE E COESÃO SOCIAL PARA A PREVENÇÃO DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM POPULAÇÕES MIGRANTES

*Declaro ter lido e compreendido a folha de informação sobre o estudo, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador que abaixo assina. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.*

#### **O(a) participante:**

Aceito participar no estudo.

Assinatura (opcional): .....

#### **O investigador:**

Nome:.....

Assinatura:.....

Data: ..... / ..... /20....

*(Este documento deve ser assinado em duas vias, de igual conteúdo, sendo que uma ficará na posse da equipa de investigação e a outra será para o(a) participante)*

#### Anexo 4 Operacionalização das variáveis demográficas e socioeconómicas

Nome da variável	Variável	Categorias	Tipo de variável
<b>Id_particip</b>	Número identificação participante	-	-
<b>Idade_cat</b>	Idade participante	1 – 18-25 2 – 26-45 3 – 46-65 4 - >65	Categórica nominal
<b>sexo</b>	Sexo participante	1 – Feminino 2 – Masculino 3 – Prefiro não responder	Categórica nominal
<b>pais_nsc</b>	País de nascimento participante	1 – Brasil 2 – Angola 3 – Cabo Verde 4 – Guiné-Bissau 5 – Moçambique 6 – São Tomé e Príncipe 7 - China 8 – Índia 9 – Nepal 10 – Bangladesh 11 – Síria 12 – Paquistão 13 – Outro país africano 14 – Outro país asiático	Categórica nominal
<b>ensino_recod</b>	Nível ensino completado pelo participante	2 - <= 3º ciclo 6 – Ensino secundário 7 - Ensino superior	Categórica ordinal

Nome da variável	Variável	Categorias	Tipo de variável
<b>tmp_res</b>	Tempo de residência em Portugal	1 - < 1 ano 2 – 1-5 anos 3 – 6-10 anos	Categórica ordinal
<b>est_migr_recod</b>	Estatuto de migração	1 – Documentado 2 – Indocumentado/Em processo de regularização	Categórica nominal
<b>sit_trab_recod</b>	Situação relativa ao trabalho	1 – Tem trabalho a tempo inteiro 2 – Tem trabalho a tempo parcial 3 – Está desempregado 4 – Estudante 9 - Outra	Categórica ordinal
<b>Rendimentos_650_recod</b>	Rendimentos	1 - <650€ 2 - ≥ 650€	Categórica ordinal

**Anexo 5** Operacionalização das variáveis utilizadas para medir o acesso aos cuidados de saúde

Nome da variável	Variável	Categorias	Tipo de variável
<b>aces_cds_12meses_4categorias</b>	Nos últimos 12 meses recorreu a cuidados de saúde	2 – Fui ao CS ou USF 3 – Fui serviço de urgência 4 – Necessitei, mas não fui 5 – Necessitei, mas não consegui ter acesso	Categórica nominal
<b>hlqa2_recod</b>	Tenho pelo menos um	1 – Não 2 - Sim	Categórica nominal

Nome da variável	Variável	Categorias	Tipo de variável
	profissional de saúde que me conhece bem		
<b>hlqa7_acesso</b>	Tenho pelo menos um profissional de saúde para conversar sobre problemas de saúde	1 – Não 2 - Sim	Catagórica nominal

**Anexo 6** Operacionalização das variáveis utilizadas para medir literacia em saúde, de acordo com HLQ.

Nome da variável	Variável	Categorias	Tipo de variável
<b>hlqA1_ter_boa_infsd</b>	Ter boa informação em saúde		
<b>hlqA2_ter_prof_cnhcb</b>	Tenho pelo menos um profissional que me conhece bem	1 – Discordo	
<b>hlqA3_acd_pess_cmp_ap</b>	Acesso a pessoas que me compreendem e apoiam	muito 2 – Discordo 3 – Concordo	Catagórica ordinal
<b>hlqA4_cmp_infsd</b>	Comparar informação de saúde de diferentes fontes	4- Concordo muito	
<b>hlqA5_ter_pess_perc</b>	Ter pessoas que percebem o que estou a passar		
<b>hlqA6_cuid_act_sd</b>	Cuidar ativamente a saúde		

<b>Nome da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>	<b>Tipo de variável</b>
<b>hlqA7_verif_nov_infsd</b>	Verificar se nova informação sobre saúde é verdadeira		
<b>hlqA8_ter_prf_sd_cnv</b>	Ter pelo menos um profissional para conversar problemas saúde		
<b>hlqA9_fzr_pln_sd</b>	Fazer planos para ser saudável		
<b>hlqA10_ter_inf_sf_prb_sd</b>	Ter informação suficiente para problemas de saúde	1 – Discordo muito 2 – Discordo	Categórica ordinal
<b>hlqA11_prc_ajuda</b>	Se precisar ajuda tenho pessoas em quem posso contar	3 – Concordo 4- Concordo muito	
<b>hlqA12_cmp_infsd_dif_fnt</b>	Comparar informação de diferentes fontes e decido o melhor		
<b>hlqA13_arnj_tem_saud</b>	Arranjar tempo para ser saudável		
<b>hlqA14_ter_inf_ger_sd</b>	Ter informação que precisa para gerir ativamente a saúde		
<b>hlqA15_ter_pess_cons</b>	Ter uma pessoa para acompanhar as consultas		
<b>hlqA16_desc_infsd</b>	Descobrir se a informação em saúde é correta		
<b>hlqA17_ter_prof_sd_ajud</b>	Ter profissional de saúde para ajudar a perceber		

<b>Nome da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>	<b>Tipo de variável</b>
<b>hlqA18_estb_obj_sd</b>	Estabelecer os objetivos de saúde		
<b>hlqA19_ap_fam_amg</b>	Ter forte apoio da família e amigos		
<b>hlqA20_perg_quali_infor</b>	Perguntar profissionais de saúde sobre qualidade informação	1 – Discordo muito 2 – Discordo	Categórica ordinal
<b>hlqA21_torn_saud</b>	Fazer coisas para se tornar mais regularmente	3 – Concordo 4- Concordo muito	
<b>hlqA22_ter_um_prof_cont</b>	Ter pelo menos um profissional de saúde com que contar		
<b>hlqA23_ter_inf_nec</b>	Ter toda a informação necessária que necessito para cuidar a minha saúde		
<b>Nome da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>	<b>Tipo de variável</b>
<b>hlqB1_enc_cs</b>	Encontrar os cuidados saúde adequados	1 – Não consigo fazer	
<b>hlqB2_asg_pfs_com_prb</b>	Assegurar que profissional de saúde compreende problemas de saúde	ou faço com muita dificuldade 2 –	
<b>hlqB3_enct_inf_prb_sd</b>	Encontrar informação sobre problemas de saúde	Geralmente é difícil 3 – Às vezes	Categórica ordinal
<b>hlqB4_dsct_prc_pfs</b>	Sentir capaz discutir as preocupações de	é difícil	

<b>Nome da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>	<b>Tipo de variável</b>
	saúde com profissional de saúde	4 – Geralmente	
<b>hlqB5_cnf_fm_crt</b>	Ter confiança em preencher os formulários médicos de forma correta	é fácil 5 – É sempre fácil	
<b>hlqB6_enct_infsd_lcs_dfs</b>	Encontrar informação de saúde vários locais diferentes		
<b>hlqB7_trb_dsc_sd_md</b>	Ter boas discussões sobre a saúde com médicos		
<b>hlqB8_csg_atd_pfs</b>	Seguir devidamente instruções profissionais de saúde		
<b>hlqB9_sg_inst_pfs</b>	Fazer planos para ser saudável		
<b>hlqB10_obt_infsd_act</b>	Obter informação sobre saúde para manter atualizado com melhor informação		
<b>hlqB11_dcd_pfsd_ncs</b>	Decidir que profissional de saúde necessita ver		
<b>hlqB12_lr_cp_infs_escrt</b>	Comparar informação de diferentes fontes e decido o melhor		
<b>hlqB13_tr_lgcr_obt_csd</b>	Ter certeza que encontra lugar certo para obter cuidados		

<b>Nome da variável</b>	<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>	<b>Tipo de variável</b>
	de saúde que necessita		
<b>hlqB14_obt_infsd_prc</b>	Obter informação de saúde em palavras que perceba		
<b>hlqB15_dsct_pfsd_cmpr</b>	Discutir coisas com os profissionais de saúde até compreender tudo o que precisa		
<b>hlqB16_dscb_srvsd_drt</b>	Descobrir quais os serviços de saúde a quem tem direito	1 – Não consigo fazer ou faço com muita dificuldade	
<b>hlqB17_lr_cp_inf_mdc</b>	Ler e compreender toda a informação nas embalagens medicamentos	2 – Geralmente é difícil	
<b>hlqB18_obt_infsd_prp</b>	Obter informação sobre saúde por si próprio	3 – Às vezes é difícil	Categórica ordinal
<b>hlqB19_pcb_mlh_cds</b>	Perceber quais são os melhores cuidados para si	4 – Geralmente é fácil	
<b>hlqB20_clc_qts_pfsd_infsd</b>	Colocar questões profissionais de saúde para obter a informação saúde que precisa	5 – É sempre fácil	
<b>hlqB21_cmp_pfsd_pd</b>	Compreender o que os profissionais de saúde lhe estão a pedir para fazer		

Nome da variável	Variável	Categorias	Tipo de variável
		1 – Não consigo fazer ou faço com muita dificuldade	
		2 – Geralmente é difícil	Categórica
		3 – Às vezes é difícil	ordinal
		4 – Geralmente é fácil	
		5 – É sempre fácil	

**Anexo 7** Operacionalização das variáveis utilizadas para estudar o impacto percebido da pandemia Covid-19 no acesso aos cuidados de saúde.

Nome da variável	Variável	Categorias	Tipo de variável
<b>covid_aces_csaude</b>	Perceção impacto Covid-19 no acesso cuidados de saúde	1 – Pior do que antes 2 – Igual a antes 3 – Melhor do que antes	Categórica ordinal