

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior Gestão e Tecnologia de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**Barreiras e Desafios no Acesso à Saúde dos Imigrantes: Perceções
dos Profissionais de Saúde na Unidade Local de Saúde Alentejo
Central – Um estudo exploratório**

Dissertação

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Nélio Rodrigo Munhão Rainho

Orientação:

Sandra Margarida Bernardes de Oliveira

Abril, 2026

É uma grande satisfação fazer algo por nós mesmos, mas é um privilégio, uma honra e uma
satisfação muito maior fazer algo significativo para outra pessoa que precisa

– Fabricio Alarcon (2022)

Agradecimentos

A concretização desta dissertação só foi possível graças ao apoio e contributo de diversas pessoas e instituições, a quem quero expressar o meu profundo reconhecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Sandra Oliveira, manifesto a minha gratidão pela orientação dedicada, pela paciência e pelos conselhos preciosos que me acompanharam em cada fase deste trabalho.

Estendo o meu agradecimento aos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, pela sua disponibilidade e colaboração indispensáveis durante a fase de recolha de dados, bem como a todos os profissionais que participaram nesta investigação, partilhando generosamente as suas experiências e desafios.

Sou também profundamente grato aos meus familiares e amigos pelo apoio constante e pela compreensão demonstrada nos momentos em que a dedicação ao estudo exigiu maior empenho e sacrifício.

Agradecer à colega de aventura neste mestrado e amiga Patrícia Rainha, pelo seu apoio incondicional, pelos conselhos valiosos, pela ajuda constante e pela caminhada que trilhámos juntos.

Por fim, agradeço à minha esposa, pelo companheirismo, apoio e disponibilidade que demonstrou ao longo de toda esta jornada e que sempre acreditou em mim.

Siglas

AT - Assistente Técnico

CSP - Cuidados de Saúde Primários

Enf. - Enfermeiro

M - Médico

SAP - Serviço de Atendimento Permanente

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SUB - Serviço de Urgência Básico

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE - União Europeia

ULSAC - Unidade Local de Saúde Alentejo Central

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade Saúde Pública

Resumo

O crescimento significativo da imigração em Portugal, impulsionada por diversos fatores como conflitos, crises económicas e procura de melhores condições de vida, tem colocado desafios acrescidos ao sistema de saúde, particularmente no que respeita à prestação de cuidados por profissionais que atuam junto de populações cultural e linguisticamente diversas. Esta investigação centra-se nas perceções dos profissionais de saúde relativamente às barreiras que enfrentam no desempenho das suas funções junto de utentes imigrantes, realçando o impacto destas dificuldades na sua segurança profissional e na qualidade dos cuidados prestados. Este estudo tem como objetivo identificar e analisar as principais barreiras percebidas pelos profissionais de saúde, da área de cuidados de saúde primários da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, na prestação de cuidados de saúde a imigrantes. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal, de natureza mista, que envolveu a recolha e análise sistemática de dados relativos às dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde e às estratégias por estes adotadas para as ultrapassar. Da análise foram identificadas múltiplas barreiras, linguísticas, culturais, administrativas e legais, que comprometem a prestação de cuidados seguros, eficazes e equitativos pelos profissionais de saúde. Simultaneamente, destacaram-se práticas e estratégias focadas na capacitação profissional e na adaptação organizacional, que se revelam essenciais para a superação destes desafios. A reflexão crítica e contínua acerca da prática clínica revela-se fundamental para garantir uma prestação de cuidados inclusiva, segura e de elevada qualidade, capaz de responder eficazmente às necessidades dos profissionais de saúde que prestam cuidados a imigrantes.

Palavras-chave: imigração, cuidados de saúde primários, profissionais de saúde, barreiras na prestação de cuidados de saúde, estratégias de adaptação.

Abstrat

The significant increase in immigration to Portugal, driven by factors such as conflicts, economic crises, and the search for better living conditions, has posed increasing challenges to the healthcare system, particularly in the provision of care to culturally and linguistically diverse populations. This study focuses on healthcare professionals' perceptions of the barriers they encounter when providing care to immigrant patients, highlighting the impact of these challenges on their professional safety and the quality of care delivered. It aims to identify and analyze the main barriers perceived by healthcare professionals working in primary healthcare within the Local Health Unit of Alentejo Central when providing care to immigrants. This is a descriptive, exploratory, and cross-sectional mixed-methods study involving the systematic collection and analysis of data on perceived difficulties and the strategies adopted to overcome them. The analysis identified multiple barrier, linguistic, cultural, administrative, and lega, that compromise the delivery of safe, effective, and equitable care. At the same time, practices and strategies focused on professional training and organizational adaptation were highlighted as essential to overcoming these challenges. Continuous critical reflection on clinical practice is fundamental to ensuring inclusive, safe, and high-quality care, capable of effectively responding to the needs of healthcare professionals providing care to immigrant populations.

Keywords: *immigration, primary health care, health professionals, barriers to health care delivery, adaptation strategies.*

Índice	
Agradecimentos	iii
Siglas	iv
Resumo	v
Abstrat	vi
Lista de Tabelas	x
Lista de Figuras	xii
Introdução	1
1. Revisão da Literatura	4
1.1 Migração e Saúde	4
1.2 Portugal em Números	6
1.3 Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde	7
1.4 Caracterização Legal do Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Imigrantes	7
1.5 Políticas de Saúde para Imigrantes	8
1.6 Barreiras Enfrentadas pelos Profissionais de Saúde na Prestação de Cuidados a Imigrantes .	9
2. Enquadramento Institucional e Demográfico do Estudo	12
2.1 Unidade Local de Saúde do Alentejo Central	12
2.2 Missão, Visão e Valores	12
2.3 População Alvo	13
2.4 Recursos Humanos	14
3. Questão de investigação e Objetivos	15
3.1 Questões de Investigação	15

3.2	Objetivos do Estudo	15
4.	Procedimentos Metodológicos	17
4.1.	Tipo de Pesquisa	17
4.2.	Instrumentos de Colheita de Dados	18
4.2.1	Questionário	18
4.2.2	Entrevistas semiestruturadas	19
4.2.3	Procedimentos Utilizados na Elaboração e Aplicação do Questionário e das Entrevistas	19
4.3	População e Amostra	23
4.4	Hipóteses do Estudo.....	24
4.5	Procedimentos de Análise dos Dados	26
4.6	Considerações Éticas.....	27
5.	Análise dos Resultados	28
5.1	Análise Quantitativa dos Resultados.....	28
5.2	Análise Qualitativa dos Resultados	60
6.	Discussão dos Resultados	70
6.1	Enquadramento Geral e Triangulação dos Resultados	70
6.2	Perceção do Estado de Saúde e Padrões de Utilização dos Serviços.....	73
6.3	Condições de Saúde Percecionadas e Especificidades por Categoria Profissional	75
6.4	Preparação dos Profissionais e Conhecimento dos Direitos dos Utentes Imigrantes	76
6.5	Estratégias de Aquisição de Conhecimento e Fragilidades Institucionais	78
6.6	Barreiras Percecionadas e Impacto na Prática Clínica	79
6.7	Barreiras Linguísticas, Culturais, Religiosas e Legais.....	80

6.8 Estratégias Utilizadas e Propostas de Melhoria.....	82
7. Conclusões.....	84
Referências.....	88
Apêndice.....	97
Apêndice A.....	98
Apêndice B.....	109
Apêndice C.....	114
Anexo A.....	116

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Distribuição por Categoria Profissional, Sexo, Idade, Nível de Escolaridade e Unidade Funcional	29
Tabela 2. Distribuição das Categorias Profissionais da Amostra por Sexo, Idade, Escolaridade, Unidade Funcional e Tempo de Exercício Profissional	31
Tabela 3. Nacionalidades mais Representativas dos Imigrantes que Recorrem aos Cuidados de Saúde Primários da ULSAC	34
Tabela 4. Perceção dos Profissionais de Saúde acerca da Utilização dos Serviços de Saúde pela População Nativa e População Imigrante.....	37
Tabela 5. Perceções dos Grupos Profissionais Sobre a Utilização dos Serviços de Saúde pela População Nativa e Imigrante.....	38
Tabela 6. Perceção do Nível de Preparação para Prestar Cuidados a Imigrantes em Função do Nível de Escolaridade dos Profissionais	43
Tabela 7. Síntese dos Testes Estatísticos e Verificação das Hipóteses de Investigação	54
Tabela 8. Análise Qualitativa Sobre a Forma como as Barreiras Percecionadas Influenciam a Prestação de Cuidados de Saúde	55
Tabela 9. Estratégias Utilizadas pelos Profissionais para Ultrapassar as Barreiras Percecionadas na Prestação de Cuidados a Imigrantes	56
Tabela 10. Estratégias Facilitadoras da Prestação de Cuidados de Saúde a Imigrantes	57
Tabela 11. Estratégias Facilitadoras da Prestação de Cuidados de Saúde a Imigrante: Distribuição por Categoria Profissional.....	58
Tabela 12. Caracterização Demográfica e Profissional dos Participantes nas Entrevistas	61
Tabela 13. Perceções dos Profissionais Sobre as Barreiras Linguísticas no Atendimento a Utentes Imigrantes.....	62
Tabela 14. Perceções dos Profissionais Sobre as Barreiras Culturais no Atendimento a Utentes Imigrantes.....	63

Tabela 15. Percepções dos Profissionais Sobre o Desconhecimento das Leis no Atendimento a Utentes Imigrantes	64
Tabela 16. Estratégias Informais Utilizadas pelos Profissionais de Saúde no Atendimento a Utentes Imigrantes	65
Tabela 17. Materiais Visuais e Gestuais	66
Tabela 18. Facilitadores Informais	66
Tabela 19. Adaptação Cultural.....	67
Tabela 20. Formação Contínua	67
Tabela 21. Implementação de Mecanismos Institucionais Formais	68
Tabela 22. Percepções de Insegurança dos Profissionais na Prestação de Cuidados Associadas às Barreiras Percecionadas	69

Lista de Figuras

Figura 1. Área de abrangência da ULSAC.....	13
Figura 2. Contato com Utentes Imigrantes por Categoria Profissional.....	32
Figura 3. Percepção da Frequência de Utentes Imigrantes nos Serviços de Saúde da ULSAC	33
Figura 4. Percepção do Nível Médio de Saúde da População Nativa que Frequenta os CSP da ULSAC	35
Figura 5. Percepção do Nível Médio de Saúde da População Imigrante que Frequenta os CSP da ULSAC	36
Figura 6. Percepção dos Profissionais de Saúde Sobre as Doenças mais Prevalentes Entre os Imigrantes que Recorrem aos CSP Da ULSAC.....	39
Figura 7. Percepção Sobre as Doenças mais Prevalentes entre Imigrantes por Categoria Profissional	40
Figura 8. Percepção dos Profissionais de Saúde Relativamente ao seu Nível de Preparação para Prestar Cuidados à População Imigrante.....	41
Figura 9. Percepção do Nível de Preparação para Prestar Cuidados a Imigrantes, por Categoria Profissional.....	42
Figura 10. A Associação Entre o Nível de Conhecimento sobre o Grau de Cobertura dos Cuidados de Saúde e Direitos dos Imigrantes por Categoria Profissional.....	44
Figura 11. Formas de Aquisição de Conhecimento Sobre os Direitos dos Imigrantes no Acesso aos Cuidados de Saúde	45
Figura 12. Forma de Aquisição de Conhecimentos Sobre os Direitos dos Imigrantes aos Cuidados de Saúde por Categoria Profissional	46
Figura 13. Percepção da Existência de Barreiras na Prestação de Cuidados de Saúde a Utentes Imigrantes	47
Figura 14. Barreiras Autopercebidas pelos Profissionais de Saúde na Prestação de Cuidados a Utentes Imigrantes	48
Figura 15. Barreiras Autopercebidas pelos Profissionais de Saúde no Atendimento a Utentes Imigrantes, Discriminadas por Categoria Profissional.....	49

Figura 16. Percepção da Influência das Barreiras na Prestação de Cuidados	50
Figura 17. Associação Entre a Categoria Profissional da Amostra e a Percepção da Influência das Barreiras na Prestação de Cuidados.....	51
Figura 18. Associação Entre o Nível de Escolaridade dos Participantes e a Percepção da Influência das Barreiras na Prestação de Cuidados a Utentes Imigrantes.....	52
Figura 19. Associação Entre o Tempo de Exercício Profissional e a Percepção da Influência das Barreiras na Prestação de Cuidados a Utentes Imigrantes	53
Figura 20. Utilidade do Questionário	60

Introdução

A intensificação dos fluxos migratórios e a crescente diversidade cultural colocam desafios acrescidos aos sistemas de saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade, segurança e eficácia dos cuidados prestados. Neste contexto, os profissionais de saúde confrontam-se com múltiplas barreiras que dificultam a sua prática clínica. O presente estudo assume particular relevância ao aprofundar a compreensão dessas dificuldades, tendo como objetivo identificar e analisar as principais barreiras percecionadas pelos profissionais da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central na prestação de cuidados à população imigrante.

Os resultados evidenciam que a prestação de cuidados a utentes imigrantes é condicionada por barreiras linguísticas, culturais e legais, agravadas pelo desconhecimento da legislação e pela insuficiente formação em competências culturais e comunicação intercultural. Estes obstáculos comprometem o acesso e a continuidade dos cuidados, fragilizam a relação terapêutica e geram sentimentos de frustração e insegurança entre os profissionais de saúde, em consonância com a evidência descrita na literatura (Vitale et al., 2022; Serre-Delcor et al., 2021; Dias et al., 2018).

Os dados obtidos confirmam a relevância do estudo e convergem com a literatura ao demonstrar que a crescente diversidade sociocultural exige respostas estruturadas e ajustadas às necessidades dos profissionais de saúde (Brun-Rambaud et al., 2023; Ahmadinia et al., 2021). Neste sentido, torna-se fundamental implementar intervenções organizadas, designadamente a formação contínua, a disponibilização de intérpretes qualificados, o desenvolvimento de materiais informativos culturalmente adaptados e a criação de circuitos de referência específicos, tal como recomendado em estudos anteriores (Serre-Delcor et al., 2022; Robertshaw et al., 2017).

No plano das contribuições, este estudo constitui um contributo relevante para o aprofundamento do conhecimento sobre os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde em contextos multiculturais. Ao dar voz aos profissionais, oferece uma perspetiva fundamentada sobre os constrangimentos vivenciados na prática clínica e apresenta recomendações ajustadas à realidade

dos cuidados de saúde primários. Deste modo, reforça a necessidade de políticas públicas integradas e de formação contínua como pilares de uma resposta eficaz (Entidade Reguladora da Saúde, 2025).

Apesar da relevância dos resultados, importa reconhecer algumas limitações. A delimitação geográfica da amostra e a sua natureza não probabilística limitam a generalização dos resultados, atendendo à especificidade sociogeográfica do Alentejo Central. Acresce a natureza autorreportada dos dados, suscetível a enviesamentos de perceção, bem como a ausência da perspetiva dos utentes imigrantes, o que restringe uma compreensão mais abrangente do fenómeno estudado. Adicionalmente, a reduzida percentagem de profissionais com formação específica limitou a análise do impacto dessa formação na prática clínica. Ainda assim, estas limitações não comprometem a relevância dos achados, antes reforçam a necessidade de investigações futuras com amostras mais diversificadas e abordagens metodológicas complementares.

Em termos de implicações práticas, os resultados evidenciam a necessidade de respostas mais estruturadas e sistemáticas, uma vez que as barreiras identificadas interferem diretamente na prestação e continuidade dos cuidados. Assim, torna-se essencial reforçar a formação dos profissionais em competências linguísticas, culturais e jurídicas, implementar serviços de tradução presencial ou digital, desenvolver materiais informativos acessíveis e criar circuitos específicos de referenciação, particularmente em áreas sensíveis como a saúde mental (Peñuela-O'Brien et al., 2023). Paralelamente, recomenda-se o investimento em ações de literacia em saúde dirigidas à população imigrante, com vista à promoção do acesso, da compreensão e da adesão aos cuidados (Padilla, 2013; World Health Organization, 2018).

O estudo evidencia ainda a necessidade de aprofundar futuras linhas de investigação que contribuam para a melhoria contínua da prática clínica, abrangendo diferentes níveis de cuidados, nomeadamente os cuidados de saúde primários e hospitalares. Tal permitirá identificar de forma sistemática os principais constrangimentos e, em articulação com a gestão estratégica das instituições, desenvolver respostas sustentadas e ajustadas às necessidades dos profissionais e das populações.

Com base nos resultados obtidos, propõem-se recomendações dirigidas à Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, incluindo o reforço da formação contínua dos profissionais, a integração de intérpretes qualificados, a disponibilização de materiais informativos culturalmente adaptados e a criação de circuitos de referência articulados com os serviços sociais. Adicionalmente, recomenda-se o desenvolvimento de programas de literacia em saúde dirigidos à população imigrante, conforme sustentado na literatura (Serre-Delcor et al., 2022; Robertshaw et al., 2017).

Estas medidas visam não apenas ultrapassar as barreiras identificadas na prestação de cuidados, mas também consolidar uma abordagem institucional integrada, equitativa e sustentada, que vá além da iniciativa individual dos profissionais e promova a inclusão e a qualidade dos cuidados de saúde.

Em síntese, o estudo evidencia a necessidade de uma resposta sistémica e institucionalizada aos desafios decorrentes da diversidade cultural na prestação de cuidados de saúde. A promoção da equidade exige políticas públicas eficazes, formação contínua dos profissionais e estratégias organizacionais que assegurem práticas assistenciais seguras, inclusivas e de qualidade. Este trabalho constitui, assim, um contributo relevante para o avanço do conhecimento científico na área da saúde e imigração, oferecendo uma base sólida para futuras intervenções e investigação aplicada.

1. Revisão da Literatura

1.1 Migração e Saúde

Os fluxos migratórios representam um desafio significativo para a saúde pública global, com impacto nas dimensões económica, demográfica, cultural e sanitária das sociedades (Oliveira, 2023). Para além do aumento expressivo destes fluxos ao longo dos últimos anos, os padrões de imigração tornaram-se progressivamente mais complexos e diversificados.

A compreensão da relação entre imigração e saúde permite analisar o estado de saúde dos imigrantes, identificar as suas necessidades efetivas e compreender os determinantes que influenciam o acesso e a utilização dos serviços de saúde (Oliveira, 2023). Estes determinantes não se limitam a fatores diretamente relacionados com a saúde, abrangendo também estilos de vida, condições de vida e trabalho, situação socioeconómica e fatores culturais e ambientais (Padilla, 2013; Hossin, 2020). A interação destes elementos contribui para desigualdades em saúde, particularmente na utilização de serviços de promoção e prevenção, frequentemente menos acessíveis à população migrante (Padilla, 2013).

O estado de saúde dos imigrantes é influenciado pelo próprio processo migratório, incluindo fatores socioeconómicos, culturais e emocionais, tais como a adaptação à nova realidade, a separação familiar, o medo, as expectativas, a exclusão social e a discriminação (World Health Organization, 2018; Padilla, 2013; Ledoux et al., 2018). Estes fatores moldam as necessidades em saúde e determinam os cuidados, serviços e recursos necessários para uma resposta adequada (Padilla, 2013).

A nível europeu, os principais problemas de saúde identificados na população imigrante incluem perturbações mentais, distúrbios do sono, doenças crónicas — nomeadamente cardiovasculares e respiratórias — e patologias musculoesqueléticas (Riza et al., 2020; Lebano et al., 2020). O género constitui igualmente um determinante relevante, verificando-se maior vulnerabilidade das mulheres, sobretudo em contextos culturais específicos e em situações relacionadas com saúde reprodutiva, violência ou práticas culturais nocivas (Padilla, 2013).

Em Portugal, a crescente diversidade cultural, associada a uma população etnicamente heterogénea, representa um desafio adicional para o sistema de saúde. Estudos indicam que os imigrantes apresentam, em geral, um melhor estado de saúde do que a população nativa, tendência observada também noutros países europeus (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022; Oliveira, 2023). Esta diferença poderá estar associada à estrutura etária mais jovem da população imigrante (Oliveira, 2023).

Apesar disso, verifica-se um aumento da prevalência de doenças crónicas em ambos os grupos, atingindo, em 2022, 45,1% entre os nativos e 39,8% entre os imigrantes (Oliveira, 2023). As patologias mais prevalentes incluem hipertensão arterial, depressão, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e enfarte do miocárdio (Oliveira & Gomes, 2018).

Para além das diferenças no perfil de saúde, os imigrantes apresentam padrões distintos de utilização dos serviços de saúde. Observa-se, frequentemente, uma subutilização dos serviços de promoção e prevenção e uma maior procura dos serviços de urgência (Padilla, 2013). Este padrão pode estar associado ao desconhecimento dos direitos em saúde e às dificuldades de acesso aos cuidados de saúde primários (Credé et al., 2018).

Em Portugal, os imigrantes recorrem menos aos serviços de saúde e apresentam menor utilização de consultas de medicina geral e familiar e de especialidade, comparativamente à população nativa (Oliveira, 2023). Entre os fatores explicativos destacam-se barreiras linguísticas e culturais, desconhecimento da legislação e insuficiente preparação das instituições e dos profissionais de saúde (Ledoux et al., 2018; Casquilho-Martins & Ferreira, 2022). Estas limitações contribuem para o agravamento das desigualdades em saúde, reforçando a necessidade de intervenções que promovam o acesso equitativo aos cuidados.

Neste contexto, compreender a relação entre migração e saúde é fundamental para identificar determinantes, avaliar necessidades e preparar os sistemas de saúde para respostas eficazes e culturalmente adequadas (International Organization for Migration, 2013).

1.2 Portugal em Números

A análise dos dados migratórios é essencial para compreender a evolução demográfica dos países, permitindo identificar tendências populacionais e a estrutura da população (Oliveira, 2023).

A evolução da população imigrante deve ser analisada de forma integrada, considerando fatores como os contextos económicos e sociais de Portugal e dos países de origem, “a evolução legislativa, as relações históricas e culturais, os impactos da operacionalização de políticas de imigração e fenómenos com implicações à escala continental ou global, como conflitos armados, desastres ambientais ou pandemias” (Agência para a Integração, Migrações e Asilo, 2025, p. 2).

Portugal ocupa a décima oitava posição entre os 27 Estados-membros da União Europeia com maior número de estrangeiros residentes (Oliveira, 2023). A população estrangeira residente tem registado um crescimento significativo nos últimos anos, atingindo 1.543.697 cidadãos estrangeiros a 31 de dezembro de 2024 (Agência para a Integração, Migrações e Asilo, 2025).

As nacionalidades mais representativas incluem Brasil, Índia, Angola, Ucrânia, Cabo Verde, Nepal, Bangladesh, Reino Unido e Guiné-Bissau (Agência para a Integração, Migrações e Asilo, 2025). Os cidadãos brasileiros constituem o grupo mais numeroso, representando cerca de 31,4% do total de estrangeiros residentes.

Relativamente à distribuição por género, observa-se uma ligeira predominância masculina (56,1%) face à feminina (43,9%). A população imigrante caracteriza-se ainda por uma estrutura etária jovem, sendo que 85,5% se encontra em idade potencialmente ativa, com destaque para o grupo dos 18 aos 34 anos (Agência para a Integração, Migrações e Asilo, 2025).

A distribuição geográfica revela uma forte concentração nos distritos de Lisboa, Faro, Setúbal e Porto, que, em conjunto, acolhem 71,3% da população estrangeira residente, embora se verifique crescimento em todos os distritos (Agência para a Integração, Migrações e Asilo, 2025).

Estes dados evidenciam o impacto crescente da imigração em Portugal e reforçam a necessidade de políticas públicas adequadas que promovam a integração nos domínios social, económico e da saúde (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022).

1.3 Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde

A saúde da população imigrante, bem como o acesso e a utilização dos serviços de saúde, constituem áreas prioritárias nas agendas políticas e organizacionais, sendo reconhecidas como determinantes fundamentais para a integração social, a equidade e a garantia dos direitos humanos (Oliveira, 2023; World Health Organization, 2018; Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

A Organização Mundial da Saúde estabelece quatro princípios essenciais para a promoção da saúde entre populações migrantes: garantir o direito à saúde, reduzir as desigualdades no acesso e nos resultados em saúde, diminuir a morbilidade e mortalidade e mitigar os impactos negativos do processo migratório (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

Neste contexto, torna-se fundamental promover a literacia em saúde, capacitar os profissionais de saúde e assegurar o conhecimento dos enquadramentos legais e políticos que regulam o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde (Ledoux et al., 2018; Padilla, 2013).

1.4 Caracterização Legal do Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Imigrantes

Portugal é frequentemente reconhecido como um dos países europeus com políticas mais inclusivas no domínio da integração de imigrantes (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022). A Constituição da República Portuguesa consagra o direito universal à proteção da saúde (artigo 64.º), bem como o princípio da igualdade, estabelecendo que os estrangeiros e apátridas que se encontrem ou residam em Portugal gozam dos mesmos direitos e estão sujeitos aos mesmos deveres que os cidadãos nacionais (artigo 15.º) (Assembleia da República, 1976).

A Lei n.º 93/2017 reforça este enquadramento, estabelecendo o regime jurídico da prevenção e combate à discriminação com base na origem racial e étnica, nacionalidade ou território de origem (Assembleia da República, 2017).

O acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) é regulado por diversos instrumentos legais, destacando-se a Lei de Bases da Saúde (Assembleia da República, 2019), o Despacho n.º 25 360/2001 do Ministério da Saúde (2001) e a Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD/2009 da Direção-Geral da Saúde (2009). Estes diplomas consagram princípios fundamentais como a universalidade, equidade,

tendencial gratuidade, qualidade, proximidade e não discriminação no acesso aos cuidados de saúde.

A Lei de Bases (art. 21, ponto 2), considera beneficiários os cidadãos com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporária em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes, com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável (p. 62).

O Despacho n.º 25 360/2001, de 12 de Setembro, que respeita os princípios constitucionais da igualdade, da não discriminação e da equiparação de direitos e deveres entre nacionais e estrangeiros, reforça a obrigação de disponibilizar cuidados de saúde a todos os que deles necessitem, sem distinção económica, social ou cultural (Ministério da Saúde, 2001).

Adicionalmente, diplomas como o Decreto-Lei n.º 67/2004, a Portaria n.º 995/2004 e os Despachos n.º 10 944/2020 e n.º 4473-A/2021 reforçam a necessidade de respostas inclusivas e equitativas por parte das instituições de saúde (Presidência do Conselho de Ministros, 2004, 2020, 2021).

Este enquadramento legal evidencia o compromisso do Estado português na garantia do direito à saúde para todos, incluindo a população imigrante, promovendo a igualdade de acesso e a não discriminação.

1.5 Políticas de Saúde para Imigrantes

Portugal tem vindo a desenvolver políticas públicas orientadas para a integração da população imigrante, com particular enfoque na área da saúde. O Plano Estratégico para as Migrações 2015–2020, constituiu um marco relevante, estabelecendo medidas específicas para promover o acesso aos cuidados de saúde e a integração dos imigrantes (Presidência do Conselho de Ministros, 2015).

Este plano definiu como prioridades a clarificação do enquadramento legal do acesso ao SNS, a disponibilização de informação acessível, a promoção da mediação intercultural e a formação dos

profissionais de saúde para responder às necessidades específicas desta população (Presidência do Conselho de Ministros, 2015).

O compromisso de Portugal foi reforçado com a adesão ao Pacto Global para as Migrações (Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019), que promove migrações seguras, ordenadas e regulares, incluindo o acesso à saúde, educação e proteção social (Presidência do Conselho de Ministros, 2019).

A nível europeu, o Plano de Ação para a Integração e Inclusão 2021–2027 destaca a saúde como área prioritária, promovendo o acesso equitativo aos cuidados, o conhecimento dos direitos e a formação intercultural dos profissionais de saúde (Comissão Europeia, 2020).

Mais recentemente, o Plano de Ação para as Migrações 2024 reforça a integração dos imigrantes no sistema de saúde, propondo medidas como a melhoria do acesso ao SNS, a disponibilização de serviços de tradução, a produção de materiais informativos em várias línguas e a formação dos profissionais (Presidência do Conselho de Ministros, 2024).

Apesar deste enquadramento político robusto, persistem desigualdades e barreiras no acesso efetivo aos serviços de saúde por parte da população imigrante (Padilla, 2013; Casquilho-Martins & Ferreira, 2022; Oliveira, 2023).

1.6 Barreiras Enfrentadas pelos Profissionais de Saúde na Prestação de Cuidados a Imigrantes

O acesso dos imigrantes aos serviços de saúde é condicionado por múltiplas barreiras, que podem ser classificadas como internas, externas e de autoexclusão (Padilla, 2013). Estas incluem fatores económicos, culturais, administrativos e institucionais, bem como o desconhecimento da legislação, a falta de recursos de tradução e a limitada sensibilidade cultural dos profissionais de saúde.

De forma consistente, a literatura identifica as barreiras linguísticas, socioculturais e estruturais como fatores determinantes das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (Delilovic et al., 2018; Ahmadinia et al., 2021).

Neste contexto, o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde deve ser analisado de forma abrangente, considerando também os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados a esta população. Tal como identificado na literatura, estas dificuldades decorrem de diferenças linguísticas, culturais e religiosas, desconhecimento do enquadramento legal que regulamenta a integração e o acesso aos serviços, bem como limitações no encaminhamento para recursos de saúde e apoio social adequados (Brun-Rambaud et al., 2023; Vitale et al., 2022; Ahmadinia et al., 2021; Serre-Delcor et al., 2021; Dias et al., 2018; Ndumbi et al., 2018).

A barreira linguística destaca-se como uma das principais dificuldades na prestação de cuidados. A comunicação é essencial para a avaliação clínica, diagnóstico, definição terapêutica e continuidade dos cuidados, sendo frequentemente comprometida pela ausência de domínio da língua por parte dos utentes imigrantes (Vitale et al., 2022; Serre-Delcor et al., 2021; Kuan et al., 2020; Delamuta et al., 2020).

A comunicação eficaz constitui um elemento central na prática clínica, permitindo a construção de uma relação terapêutica baseada na confiança e na segurança. Esta competência revela-se essencial para a qualidade dos cuidados, ao facilitar a compreensão dos problemas de saúde, promover a adesão aos regimes terapêuticos, incentivar a adoção de comportamentos saudáveis, estimular a participação ativa dos utentes e garantir a continuidade dos cuidados prestados. Pelo contrário, a sua ausência pode comprometer significativamente todo o processo assistencial (Ramos, 2020). Neste enquadramento, as barreiras linguísticas surgem como um obstáculo relevante, estando associadas a sentimentos de frustração, ansiedade e insegurança por parte dos profissionais de saúde (Macedo et al., 2024).

As barreiras culturais e religiosas constituem igualmente desafios relevantes, podendo influenciar a perceção da saúde e da doença, a aceitação de diagnósticos e a adesão aos tratamentos (Barreto et al., 2019; Dias et al., 2018; Robertshaw et al., 2017). A ausência de sensibilidade cultural pode comprometer a relação terapêutica e a qualidade dos cuidados prestados.

O desconhecimento das práticas culturais e religiosas pode ainda gerar constrangimentos na prestação de cuidados, dificultando o estabelecimento do diagnóstico e a adequação das intervenções terapêuticas (Vitale et al., 2022; Rodrigues & Dias, 2012).

Neste contexto, a literatura evidencia que diferenças culturais e religiosas, nomeadamente no que respeita a normas de intimidade e exposição corporal em mulheres provenientes de determinados contextos socioculturais, podem gerar constrangimentos na prestação de cuidados. Estas situações tendem a provocar desconforto tanto nos profissionais de saúde como nas utentes, podendo dificultar a realização de exames físicos, comprometer a comunicação e, em alguns casos, conduzir à recusa de cuidados ou à omissão de informação clínica relevante (Fonseca & Silva, 2010; Priebe et al., 2011).

Adicionalmente, o desconhecimento dos serviços disponíveis e dos mecanismos de encaminhamento constitui uma limitação significativa, comprometendo a continuidade dos cuidados e a integração dos utentes no sistema de saúde (Dias et al., 2018; Robertshaw et al., 2017).

A falta de conhecimento, por parte dos profissionais, da legislação que regula o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, representa igualmente uma barreira relevante, dificultando o acesso aos cuidados e o adequado encaminhamento dos utentes imigrantes (Dias et al., 2018).

Em suma, os profissionais de saúde enfrentam desafios complexos na prestação de cuidados à população migrante, que podem gerar insegurança e comprometer o processo assistencial, desde a avaliação clínica e o estabelecimento do diagnóstico até à definição de intervenções terapêuticas e ao encaminhamento adequado. Estas dificuldades afetam a continuidade dos cuidados, a qualidade dos mesmos e o acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, torna-se essencial compreender estas barreiras, de modo a desenvolver estratégias que promovam cuidados mais equitativos, seguros e culturalmente adequados.

2. Enquadramento Institucional e Demográfico do Estudo

2.1 Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

A Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC) resulta da integração funcional e organizacional dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e dos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), assegurando a prestação de cuidados de saúde à população residente na sua área de influência direta e indireta, correspondente ao distrito de Évora.

A ULSAC assume-se como uma estrutura fundamental do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na região do Alentejo Central, desempenhando um papel estratégico na garantia do acesso equitativo a cuidados de saúde diferenciados e adequados às necessidades da população que serve.

2.2 Missão, Visão e Valores

A Unidade Local de Saúde do Alentejo Central tem como missão a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares à população da sua área de influência, orientando-se por princípios de excelência, diferenciação, adequação e tempestividade dos cuidados prestados.

No que respeita à visão, a ULSAC pretende afirmar-se como uma organização de referência, reconhecida pelos cidadãos, profissionais e entidades parceiras pela qualidade dos cuidados, pelo rigor técnico-científico, pela eficiência na gestão de recursos, pela humanização dos serviços e pelo envolvimento com a comunidade.

A sua atuação assenta num conjunto de valores fundamentais, nomeadamente:

- respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos;
- excelência técnica;
- cultura de qualidade e rigor;
- acessibilidade e equidade;
- trabalho em equipa;
- ética, integridade e transparência;
- inovação.

2.3 População Alvo

A área de abrangência direta da ULSAC corresponde ao distrito de Évora (Figura 1), integrando catorze concelhos: Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa.

Figura 1

Área de abrangência da ULSAC



Fonte: Unidade Local de Saúde Alentejo Central 2025.

De acordo com os dados dos Censos 2021, o distrito de Évora apresentava 152 444 habitantes residentes. No entanto, estimativas mais recentes indicam que, em 2023, a população residente ascendia a cerca de 153 475 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2024).

Relativamente à população de nacionalidade estrangeira, dados de 2024 apontam para a existência de aproximadamente 11 754 residentes estrangeiros regularizados no distrito de Évora, com maior concentração no concelho de Évora (Agência para a Integração, Migrações e Asilo, 2025).

Esta componente demográfica assume crescente relevância no contexto regional, contribuindo para a diversidade populacional e influenciando as dinâmicas de acesso, procura e utilização dos cuidados de saúde na área de abrangência da ULSAC.

2.4 Recursos Humanos

Os recursos humanos constituem um elemento central na prestação de cuidados de saúde de qualidade, desempenhando um papel determinante na concretização da missão e dos objetivos estratégicos da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central.

De acordo com os dados disponíveis, encontravam-se a exercer funções nos Cuidados de Saúde Primários da ULSAC um total de 469 profissionais, distribuídos pelas seguintes categorias: 209 enfermeiros, 140 médicos, 112 assistentes técnicos, 9 assistentes operacionais e 30 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (Administração Central do Sistema de Saúde, 2025).

Estes profissionais encontram-se integrados em diferentes unidades funcionais, nomeadamente Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Serviços de Urgência Básica e Serviços de Atendimento Permanente (SUB/SAP) e Unidade de Saúde Pública, assegurando uma resposta integrada, multidisciplinar e orientada para as necessidades da população.

Considerando o objetivo do presente estudo, a população-alvo corresponde a 461 profissionais de saúde, pertencentes às categorias diretamente envolvidas na prestação de cuidados e nos processos assistenciais em análise. A taxa de resposta obtida foi de 37,6%, correspondendo à proporção de profissionais da ULSAC que participaram no estudo.

3. Questão de investigação e Objetivos

3.1 Questões de Investigação

Segundo Fortin (1999, p. 101), a questão de investigação corresponde a “um enunciado interrogativo, escrito no presente, que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”. Neste sentido, a formulação das questões de investigação assume um papel central no processo científico, na medida em que delimita o foco do estudo, orienta a seleção metodológica e contribui para estruturar a análise dos dados.

Tendo por base a revisão da literatura realizada, bem como as dificuldades identificadas no âmbito da prestação de cuidados de saúde a utentes imigrantes, foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Quais são as principais barreiras linguísticas, culturais, administrativas e legais percebidas pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados a utentes imigrantes?
- Que estratégias podem contribuir para otimizar a prática dos profissionais de saúde face às barreiras identificadas na prestação de cuidados a utentes imigrantes?

A formulação destas questões permitiu enquadrar o estudo de forma coerente com o problema de investigação, assegurando a articulação entre o referencial teórico, os objetivos definidos, os instrumentos de recolha de dados e a análise subsequente dos resultados.

3.2 Objetivos do Estudo

De acordo com Fortin (1999, p. 100), “o objectivo do estudo harmoniza-se com o grau de avanço dos conhecimentos e escreve-se em termos que indicam o tipo de investigação a empreender”. Para além disso, os objetivos devem explicitar a população-alvo e as variáveis em análise, definindo a direção e o enfoque da investigação.

Atendendo ao aumento dos fluxos migratórios em Portugal e aos desafios que a crescente diversidade sociocultural coloca aos profissionais de saúde, particularmente no contexto dos cuidados de saúde primários, foi definido o seguinte objetivo geral:

Identificar e analisar as principais barreiras percecionadas pelos profissionais de saúde, da área dos Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC) na prestação de cuidados de saúde a utentes imigrantes.

Com o intuito de tornar a investigação mais precisa e operacional, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar e caracterizar as barreiras percecionadas pelos profissionais de saúde que condicionam a prestação de cuidados a utentes imigrantes;
- Analisar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para ultrapassar as barreiras identificadas, destacando boas práticas e oportunidades de melhoria;
- Avaliar a perceção dos profissionais relativamente à sua preparação para prestar cuidados a utentes imigrantes, bem como o seu conhecimento acerca dos direitos destes utentes no acesso aos cuidados de saúde;
- Desenvolver propostas baseadas na evidência obtida, com vista ao reforço da formação dos profissionais de saúde;
- Contribuir para a definição de medidas organizacionais e de políticas públicas orientadas para a melhoria da prestação de cuidados de saúde em contextos multiculturais.

A definição destes objetivos permitiu assegurar maior coerência entre o problema em estudo, as hipóteses formuladas, os instrumentos de recolha de dados e a discussão dos resultados.

4. Procedimentos Metodológicos

Neste capítulo apresenta-se o percurso metodológico que sustentou a presente investigação. São descritos o tipo de estudo, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos adotados na sua construção e aplicação, a população e a amostra, as hipóteses formuladas, os procedimentos de análise dos dados e as considerações éticas inerentes ao processo de investigação.

4.1. Tipo de Pesquisa

Tendo em conta a natureza do problema em estudo e os objetivos definidos, esta investigação assume um carácter descritivo, exploratório e transversal, enquadrando-se numa abordagem metodológica mista.

O estudo descritivo permite observar, caracterizar e interpretar fenómenos tal como estes se manifestam na realidade, possibilitando a análise das características de um determinado grupo e das relações entre variáveis relevantes (Fortin, 1999; Carmo & Ferreira, 1998; Vilelas, 2009). No caso concreto deste estudo, esta componente permitiu descrever as perceções dos profissionais de saúde relativamente às barreiras sentidas na prestação de cuidados a utentes imigrantes.

A vertente exploratória revelou-se igualmente adequada, na medida em que possibilita uma compreensão mais aprofundada de fenómenos ainda insuficientemente estudados em contextos específicos, contribuindo para a delimitação do problema, a formulação de hipóteses e a identificação de variáveis para futuras investigações (Vilelas, 2009). Esta opção metodológica justifica-se pela necessidade de compreender, de forma contextualizada, os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários da ULSAC no atendimento à população imigrante.

O estudo assume ainda natureza transversal, uma vez que a recolha de dados ocorreu num único momento temporal, sem acompanhamento longitudinal dos participantes (Vilelas, 2009).

A opção por uma metodologia mista fundamenta-se na possibilidade de integrar abordagens quantitativas e qualitativas, conforme preconizado por Creswell (2010). A combinação destes métodos permitiu recolher, por um lado, dados quantitativos sobre as perceções dos profissionais relativamente às barreiras, ao nível de preparação e ao conhecimento dos direitos dos utentes

imigrantes e, por outro, aprofundar qualitativamente as experiências, dificuldades e estratégias adotadas pelos participantes. Esta triangulação metodológica reforça a robustez da investigação, reduz a subjetividade interpretativa e permite uma compreensão mais ampla e rigorosa do fenómeno em estudo (Carmo & Ferreira, 1998; Vilelas, 2009).

A componente quantitativa permitiu recolher dados estruturados sobre variáveis sociodemográficas e profissionais, bem como sobre as perceções dos profissionais relativamente às barreiras e estratégias na prestação de cuidados. A componente qualitativa, por sua vez, possibilitou explorar em profundidade as experiências e os significados atribuídos pelos profissionais ao fenómeno em análise, permitindo compreender de forma mais detalhada a adaptação da prática clínica em contextos culturais diversos.

4.2. Instrumentos de Colheita de Dados

A seleção dos instrumentos de recolha de dados foi orientada pela natureza do fenómeno em estudo, pelos objetivos definidos e pelas variáveis que se pretendia analisar. Como referem Fortin (1999) e Vilelas (2009), a escolha dos instrumentos deve assegurar a recolha de informação pertinente e adequada à resposta às questões de investigação.

4.2.1 Questionário

Para a componente quantitativa foi elaborado um questionário com base no instrumento desenvolvido por Serre-Delcor et al. (2021), no estudo intitulado *A Cross-Sectional Survey on Professionals to Assess Health Needs of Newly Arrived Migrants in Spain*. A escolha deste instrumento deveu-se à sua pertinência temática e à adequação ao objeto de estudo, tendo posteriormente sido adaptado ao contexto português.

O questionário constitui um instrumento estruturado de recolha de dados que permite obter informação relativa a factos, opiniões, atitudes e comportamentos, favorecendo a sistematização e organização dos dados recolhidos (Fortin, 1999; Carmo & Ferreira, 1998). Segundo Vilelas (2009, p. 288), o questionário visa “obter, de maneira sistemática e ordenada, a informação, acerca da população que se estuda, das variáveis que são objecto do estudo”.

Atendendo à necessidade de recolher informação de forma rápida, alargada e anónima, optou-se pela aplicação de um questionário de autopreenchimento (Apêndice A), constituído por 30 questões, incluindo perguntas fechadas, questões em escala e perguntas abertas. O questionário encontra-se organizado em duas partes: a primeira diz respeito à caracterização profissional dos participantes; a segunda centra-se na perceção dos profissionais sobre barreiras, problemas e dificuldades na prestação de cuidados de saúde a utentes imigrantes.

4.2.2 Entrevistas semiestruturadas

Para a componente qualitativa recorreu-se à realização de entrevistas semiestruturadas. De acordo com Carmo e Ferreira (1998), a entrevista constitui um instrumento privilegiado para aprofundar a partilha de informação entre investigador e participante, permitindo compreender com maior profundidade o fenómeno em análise.

A entrevista semiestruturada conjuga um grau de estruturação prévia com flexibilidade na condução do discurso. O investigador segue um guião previamente definido, mas pode ajustar a ordem ou aprofundar temas emergentes, favorecendo uma exploração mais rica das experiências e significados atribuídos pelos participantes (Vilelas, 2009; Marconi & Lakatos, 2003).

O guião da entrevista (Apêndice B) foi elaborado com base na literatura e no estudo de Camedda e Righi (2024). Tal como o questionário, encontra-se organizado em duas partes: a primeira relativa à caracterização profissional dos entrevistados; a segunda centrada nas suas experiências e perceções sobre a prestação de cuidados a utentes imigrantes. Esta secção inclui dez perguntas abertas, permitindo aprofundar as barreiras sentidas, as estratégias utilizadas e as propostas de melhoria identificadas pelos participantes.

4.2.3 Procedimentos Utilizados na Elaboração e Aplicação do Questionário e das Entrevistas

Com o objetivo de garantir a validade e a fiabilidade do instrumento quantitativo, foram adotados vários procedimentos metodológicos, designadamente a tradução e retroversão do questionário, a revisão crítica do conteúdo e a realização de um pré-teste.

No que respeita à tradução, foi contactada uma profissional bilingue para proceder à tradução do instrumento do inglês para português. Numa fase posterior, outra profissional bilingue realizou a retroversão de português para inglês, permitindo avaliar a fidelidade semântica do conteúdo face ao instrumento original. Após estas etapas, o questionário foi revisto pelo investigador e pela orientadora da dissertação, com o objetivo de assegurar a precisão linguística e a adequação conceptual das formulações utilizadas.

O questionário foi concebido de forma equilibrada quanto à sua extensão, tendo-se estimado um tempo médio de preenchimento de aproximadamente 10 minutos. Posteriormente, procedeu-se à revisão das questões à luz dos objetivos do estudo, assegurando a inclusão dos temas essenciais ao problema em análise.

Uma vez que o instrumento original havia sido desenvolvido noutro contexto nacional, tornou-se necessário proceder à sua adaptação à realidade portuguesa. Nesse âmbito, foram reformuladas algumas questões e alteradas cinco perguntas, com o objetivo de aumentar a clareza, a pertinência e a adequação do conteúdo ao contexto nacional.

As alterações introduzidas foram as seguintes:

- Pergunta 11: inclusão das nacionalidades mais representativas da população imigrante em Portugal;
- Pergunta 14: reformulação da avaliação do nível médio de saúde da população imigrante, sem distinção por nacionalidade;
- Perguntas 15 e 16: separação da avaliação da utilização dos serviços de saúde pela população nativa e pela população imigrante, permitindo análise diferenciada;
- Pergunta 20: reformulação das categorias de resposta relativas ao conhecimento dos direitos dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde;
- Pergunta 30: reformulação da questão sobre a utilidade do questionário, centrando-a na compreensão das dificuldades sentidas pelos próprios profissionais.

Para além destas adaptações, foram acrescentadas novas questões, com base na literatura e nos objetivos específicos do estudo, visando aprofundar dimensões como a preparação dos profissionais, as barreiras sentidas, o impacto dessas barreiras no acesso e na prestação de cuidados e as estratégias utilizadas para as ultrapassar. Estas questões adicionais foram as perguntas 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27 e 28.

A inclusão destas questões permitiu operacionalizar de forma mais clara as dimensões identificadas na revisão da literatura, nomeadamente barreiras linguísticas, culturais, legais e organizacionais, bem como variáveis relacionadas com a preparação dos profissionais e com as estratégias de resposta adotadas.

Com o objetivo de uniformizar o preenchimento e reduzir ambiguidades, todas as questões foram acompanhadas de instruções claras e revistas quanto à sua inteligibilidade.

Pré-teste

Com vista a testar a clareza, pertinência e aplicabilidade do questionário, foi realizado um pré-teste com uma amostra por conveniência composta por seis profissionais de saúde: dois assistentes técnicos, dois enfermeiros e dois médicos. Antes da sua realização, foi elaborado um termo de consentimento informado específico, no qual foi omitida a identificação da instituição onde o estudo viria a ser desenvolvido.

Os participantes foram previamente contactados por telefone para aferir a sua disponibilidade e, posteriormente, convidados por correio eletrónico a preencher o questionário e a apresentar sugestões de melhoria. O pré-teste decorreu nas duas últimas semanas de fevereiro de 2025, após aprovação do estudo pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética da ULSAC (Anexo A).

A análise dos resultados do pré-teste permitiu introduzir pequenos ajustes linguísticos, reformular uma questão cuja redação se revelou pouco clara e excluir uma questão considerada ambígua, redundante e suscetível de induzir erros de interpretação, relativa à experiência prévia na

prestação de cuidados a imigrantes. De um modo geral, os participantes consideraram o estudo pertinente, atual e de elevado interesse.

O pré-teste permitiu ainda avaliar a ordem das perguntas, o encadeamento temático, a adequação das opções de resposta, a necessidade de inclusão de perguntas abertas e a duração do preenchimento.

Aplicação do questionário

O questionário foi disponibilizado na plataforma Google Forms e distribuído pelo Departamento de Marketing da ULSAC, através de correio eletrónico, aos profissionais abrangidos pelo estudo. Na mensagem de envio foi incluída uma breve apresentação do investigador, a explicação dos objetivos do estudo e a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados.

O link de acesso ao questionário foi disponibilizado no dia 4 de abril de 2025 e permaneceu ativo durante um mês, findo o qual se procedeu à análise dos dados recolhidos.

Realização das entrevistas

No âmbito da componente qualitativa, foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas, correspondentes a uma subamostra dos participantes do estudo. A seleção dos entrevistados obedeceu a uma amostragem intencional, procurando garantir a representação das diferentes categorias profissionais em proporção aproximada à verificada nas respostas ao questionário.

Antes da realização das entrevistas, foi elaborado um termo de consentimento informado contendo a identificação do investigador, os objetivos do estudo e as garantias de confidencialidade, anonimato e participação voluntária.

Os participantes foram contactados por correio eletrónico e, após manifestação de interesse, foram acordados a data, a hora e o local das entrevistas. Estas decorreram ao longo de três semanas, em função da disponibilidade dos entrevistados. A recolha de dados foi realizada com recurso a gravação áudio, seguida de transcrição integral, assegurando uma sistematização rigorosa da informação recolhida.

Por razões de confidencialidade e proteção de dados, toda a informação recolhida através do questionário e das entrevistas ficou sob responsabilidade exclusiva do investigador, sendo armazenada em computador pessoal protegido por palavra-passe. Os dados serão eliminados no prazo máximo de um ano após a submissão da dissertação.

4.3 População e Amostra

Segundo Fortin (1999), a população-alvo corresponde ao conjunto de indivíduos que reúnem os critérios de seleção definidos para o estudo, enquanto a amostra constitui um subconjunto dessa população, selecionado para recolha e análise dos dados.

Considerando a problemática em estudo e os objetivos definidos, a população-alvo da investigação foi constituída por profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários da ULSAC, nomeadamente assistentes técnicos, enfermeiros e médicos.

A inclusão dos participantes obedeceu aos seguintes critérios de elegibilidade cumulativos:

- exercício de funções nos Cuidados de Saúde Primários da instituição em estudo;
- integração numa das categorias profissionais previamente definidas, independentemente do vínculo contratual ou do tempo de serviço.

Foram excluídos todos os profissionais que não cumpriam estes critérios. Integraram o estudo profissionais de diferentes unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários da ULSAC, incluindo Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Familiar, Unidade de Saúde Pública, Serviços de Atendimento Permanente e Serviço de Urgência Básico.

Os questionários foram enviados por correio eletrónico a todos os profissionais abrangidos, através do Departamento de Marketing da ULSAC.

A amostra final foi, assim, constituída por 173 participantes, dos quais 43 eram assistentes técnicos, 91 enfermeiros e 39 médicos. De acordo com os dados acerca do número de profissionais dos CSP da ULSAC, a taxa de resposta foi de aproximadamente **40,2%**.

Apesar de se tratar de uma amostra não probabilística, os dados recolhidos permitiram obter informação relevante e diversificada sobre o fenómeno em análise, sendo posteriormente complementados pela componente qualitativa.

4.4 Hipóteses do Estudo

As hipóteses de investigação foram formuladas com base na revisão da literatura e nos objetivos específicos definidos, procurando testar relações entre variáveis sociodemográficas e profissionais e as perceções dos participantes relativamente à prestação de cuidados a utentes imigrantes.

As variáveis independentes consideradas incluem, entre outras, a categoria profissional, o nível de escolaridade e o tempo de exercício profissional. As variáveis dependentes correspondem às perceções dos profissionais relativamente à utilização dos serviços de saúde, ao nível médio de saúde da população imigrante, ao seu grau de preparação, ao conhecimento dos direitos dos utentes imigrantes e à perceção das barreiras na prestação de cuidados.

Foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1 – Os profissionais de saúde percecionam que a população nativa recorre com maior frequência aos serviços de saúde do que a população imigrante.

- H0: Não existem diferenças significativas na perceção da frequência de utilização dos serviços de saúde entre a população nativa e a população imigrante.
- H1: Os profissionais de saúde percecionam que a população nativa recorre com maior frequência aos serviços de saúde do que a população imigrante.

H2 – A perceção dos profissionais de saúde sobre o nível médio de saúde da população imigrante é inferior à perceção que têm relativamente à população nativa.

- H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a perceção dos profissionais sobre o nível médio de saúde da população imigrante e da população nativa.
- H1: A perceção dos profissionais de saúde sobre o nível médio de saúde da população imigrante é inferior à perceção que têm relativamente à população nativa.

H3 – O nível de escolaridade dos profissionais de saúde influencia a perceção quanto à sua preparação para prestar cuidados de saúde a pessoas imigrantes.

- H0: Não existe relação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade dos participantes e a perceção da sua preparação para prestar cuidados a pessoas imigrantes.
- H1: Existe relação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade dos participantes e a perceção da sua preparação para prestar cuidados a pessoas imigrantes.

H4 – A categoria profissional dos participantes influencia significativamente o nível de conhecimento sobre os direitos dos utentes imigrantes no acesso aos cuidados de saúde.

- H0: A categoria profissional não influencia significativamente o nível de conhecimento sobre os direitos dos utentes imigrantes no acesso aos cuidados de saúde.
- H1: A categoria profissional influencia significativamente o nível de conhecimento sobre os direitos dos utentes imigrantes no acesso aos cuidados de saúde.

H5 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as várias categorias profissionais relativamente à perceção das barreiras experienciadas na prestação de cuidados de saúde.

- H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as várias categorias profissionais relativamente à perceção das barreiras experienciadas na prestação de cuidados de saúde.
- H1: Existem diferenças estatisticamente significativas entre as várias categorias profissionais relativamente à perceção das barreiras experienciadas na prestação de cuidados de saúde.

H6 – Os profissionais com maior tempo de exercício profissional percebem menos barreiras na prestação de cuidados de saúde do que os profissionais com menor tempo de exercício profissional.

- H0: Não existem diferenças significativas na perceção das barreiras na prestação de cuidados de saúde entre profissionais com diferentes tempos de exercício profissional.

- H1: Os profissionais com maior tempo de exercício profissional percebem significativamente menos barreiras na prestação de cuidados de saúde do que os profissionais com menor tempo de exercício profissional.

4.5 Procedimentos de Análise dos Dados

O tratamento e a análise dos dados quantitativos recolhidos através do questionário foram efetuados com recurso ao programa IBM SPSS Statistics, versão 21.0.

Numa primeira fase, procedeu-se à análise descritiva dos dados, utilizando frequências absolutas e relativas, bem como medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com a natureza das variáveis em análise. Conforme refere Vilelas (2009), a estatística descritiva consiste na recolha, organização e apresentação de dados numéricos através de instrumentos adequados, como tabelas, gráficos e indicadores estatísticos.

A apresentação dos resultados quantitativos foi realizada recorrendo a tabelas e gráficos, de forma a facilitar a sua leitura e interpretação.

Numa segunda fase, procedeu-se à análise inferencial com o objetivo de testar as hipóteses formuladas e analisar associações entre variáveis. Para esse efeito, foram utilizados testes estatísticos adequados à natureza das variáveis e à distribuição dos dados, nomeadamente testes de associação e testes não paramétricos, considerando-se um nível de significância de $p < 0,05$.

No que respeita aos dados qualitativos obtidos através das entrevistas, recorreu-se à análise de conteúdo. Segundo Vala (1986, p. 104), esta técnica permite “a desmontagem de um discurso e a produção de um novo discurso através de um processo de localização e atribuição de traços de significação”. A aplicação desta técnica possibilitou organizar, categorizar e interpretar de forma sistemática os conteúdos recolhidos, contribuindo para uma leitura mais aprofundada e fundamentada das experiências e percepções dos participantes.

A articulação entre a análise quantitativa e qualitativa permitiu reforçar a consistência interpretativa do estudo e aprofundar a compreensão do fenómeno em análise.

4.6 Considerações Éticas

Ao longo de todo o processo de investigação foram assegurados os princípios éticos inerentes à investigação científica em saúde.

Numa fase inicial, foi solicitada autorização à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da instituição onde o estudo foi desenvolvido, tendo sido submetido para apreciação um projeto de investigação contendo os objetivos, a metodologia e os procedimentos previstos.

Tanto o questionário, disponibilizado através do Google Forms, como o guião da entrevista integraram um formulário de consentimento informado (Apêndice C), no qual eram explicitados os objetivos do estudo, os procedimentos de recolha de dados, o carácter voluntário da participação e as garantias de anonimato e confidencialidade.

O consentimento informado assumiu particular relevância, na medida em que assegura que a participação decorre de forma livre, esclarecida e consciente. Simultaneamente, a garantia do anonimato e da confidencialidade visou proteger os participantes de qualquer exposição ou prejuízo decorrente da sua participação no estudo.

Foram igualmente respeitados os direitos dos participantes em matéria de proteção de dados pessoais, sendo assegurada a utilização ética e responsável de toda a informação recolhida. Estas medidas tiveram como finalidade proteger a integridade, a privacidade e a dignidade dos participantes, garantindo que os dados fossem utilizados exclusivamente para os fins científicos previstos na presente investigação.

5. Análise dos Resultados

5.1 Análise Quantitativa dos Resultados

A amostra do presente estudo é constituída por 173 profissionais de saúde pertencentes aos Cuidados de Saúde Primários da ULSAC, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais: assistentes técnicos (n=43), enfermeiros (n=91) e médicos (n=39).

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra encontram-se apresentados na Tabela 1. Da análise da mesma verificou-se uma predominância do sexo feminino (82,7%; n=143). A faixa etária mais representativa situa-se entre os 40 e os 49 anos (32,9%; n = 57), seguida da faixa dos 50 aos 59 anos (30,6%; n = 53). Quanto à escolaridade, observa-se um elevado nível de qualificação académica, 42,8% (n=74) participantes detentores de grau de mestrado e 32,9% (n=57) com licenciatura; apenas 22,5% (n=41) apresentam ensino secundário ou inferior.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, predomina o grupo com mais de 30 anos de serviço (31,2%; n = 54), seguido dos participantes com 21 a 30 anos de experiência (27,7%; n = 48).

Quanto ao local de exercício, a maioria trabalha em Unidades de Saúde Familiar (56,1%; n = 97), seguida das Unidades de Cuidados na Comunidade (17,9%; n = 31) e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (16,8%; n = 29). As Unidades de Atendimento Permanente/Serviços de Urgência Básica e as Unidades de Saúde Pública as menos representadas.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Distribuição por Categoria Profissional, Sexo, Idade, Nível de Escolaridade e Unidade Funcional

Variáveis	Designação	N	%
Profissão	Assistente técnico	43	24,9%
	Enfermeiro	91	52,6%
	Médico	39	22,5%
Sexo	Feminino	143	82,7%
	Masculino	30	17,3%
Idade	Entre 20 - 29 anos	7	4,0%
	Entre 30 - 39 anos	32	18,5%
	Entre 40 - 49 anos	57	32,9%
	Entre 50 - 59 anos	53	30,6%
	Entre 60 - 69 anos	24	13,9%
Escolaridade	9º ano	1	0,6%
	12º ano	40	23,1%
	Licenciatura	57	32,9%
	Mestrado	74	42,8%
	Doutoramento	1	0,6%
Tempo de exercício profissional	Menos de 5 anos	20	11,6%
	Entre 5 e 10 anos	21	12,1%
	Entre 11 e 20 anos	30	17,3%
	Entre 21 e 30 anos	48	27,7%
	Mais de 30 anos	54	31,2%
Unidade Funcional	UCSP	29	16,8%
	UCC	31	17,9%
	USF	97	56,1%
	USP	4	2,3%
	SAP/BUB	12	6,9%

A análise da Tabela 2 referente à distribuição das diferentes categorias profissionais da amostra, segundo sexo, idade, nível de escolaridade, tempo de exercício profissional e unidade funcional, evidencia uma predominância clara do sexo feminino em todas as profissões representadas. A distribuição etária por profissão revela perfis distintos: os assistentes técnicos concentram-se maioritariamente nas faixas etárias entre os 50–59 anos (n=17) e 60–69 anos (n=11). Entre os enfermeiros, a distribuição é mais equilibrada, destacando-se as faixas dos 40–49 anos (n=37) e 50–59 anos (n=34). Já os médicos apresentam um perfil mais jovem, com maior proporção de profissionais nas faixas dos 30–39 anos (n=17) e 40–49 anos (n=9).

Relativamente ao nível de escolaridade, verificam-se diferenças claras entre as categorias profissionais. Nos assistentes técnicos, a maioria (n=40) possui ensino secundário (12.º ano). Entre os enfermeiros, a maioria tem formação pós-graduada, destacando-se 47 com mestrado e 43 com licenciatura. Nos médicos, 27 possuem mestrado e 12 têm licenciatura. Quanto ao tempo de exercício profissional, os assistentes técnicos concentram-se nas faixas mais longas de serviço, com 19 profissionais com mais de 30 anos e 11 entre 21 e 30 anos. Os enfermeiros distribuem-se principalmente entre 21 e 30 anos (n=34) e acima de 30 anos (n=29). Entre os médicos, a maioria tem entre 5 e 10 anos de experiência (16), seguindo-se os que têm menos de 5 anos (n=7) e entre 11 e 20 anos (n=7).

A unidade funcional onde desempenham funções variou: assistentes técnicos mais em USF (n=23) e UCSP (n=13); enfermeiros distribuídos por USF (n=44), UCC (n=27), UCSP (n=11), SAP/SUB (n=6), USP (n=3); médicos maioritariamente em USF (n=30), com presenças menores em UCSP (n=5), SAP/SUB (n=3) e USP (n=1), sem registos em UCC.

A amostra demonstra uma heterogeneidade marcante tanto na distribuição intergeracional quanto nos níveis de qualificação académica entre os diferentes grupos profissionais, refletindo a diversidade funcional e formativa dos Cuidados de Saúde Primários.

Tabela 2

Distribuição das Categorias Profissionais da Amostra por Sexo, Idade, Escolaridade, Unidade Funcional e Tempo de Exercício Profissional

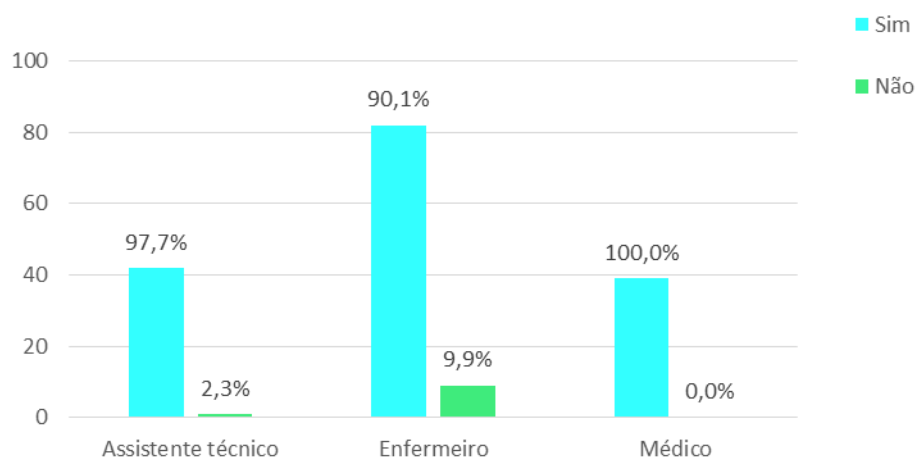
Variáveis	Designação	Assistente técnico	Enfermeiro	Médico
Sexo	Masculino	6	7	17
	Feminino	37	84	22
Idade	entre 20 – 29 anos	0	2	5
	entre 30 – 39 anos	4	11	17
	entre 40 – 49 anos	11	37	9
	entre 50-59 anos	17	34	2
	entre 60 – 69 anos	11	7	6
Escolaridade	9º ano	1	0	0
	12º ano	40	0	0
	Licenciatura	2	43	12
	Mestrado	0	47	27
	Doutoramento	0	1	0
Tempo de exercício profissional	Menos de 5 anos	11	2	7
	Entre 5 e 10 anos	0	5	16
	Entre 11 e 20 anos	2	21	7
	Entre 21 e 30 anos	11	34	3
	Mais de 30 anos	19	29	6
Unidade Funcional	UCSP	13	11	5
	UCC	4	27	0
	USF	23	44	30
	USP	0	3	1
	SAP/SUB	3	6	3

A variável referente ao contacto profissional com utentes imigrantes revela uma realidade amplamente presente nos CSP. Do total da amostra, 94,2% (n=163) indicaram ter contacto regular com utentes imigrantes, enquanto apenas 5,8% (n=9) afirmaram não manter esse tipo de contacto. Esta tendência verifica-se de forma transversal no contato com utentes imigrantes por categoria

profissional (Figura 2): entre os assistentes técnicos, 97,7% (n=42) reportam contacto com imigrantes; entre os enfermeiros, 90,1% (n=82); e, no caso dos médicos, a totalidade dos respondentes (100%) indicou essa experiência.

Figura 2

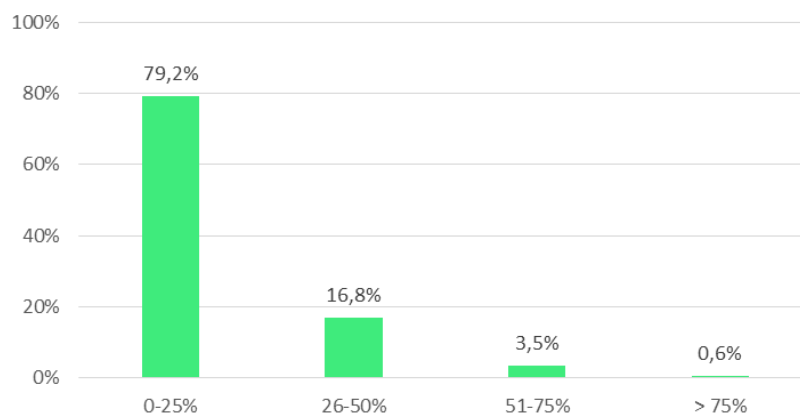
Contato com Utentes Imigrantes por Categoria Profissional



No que respeita à percepção da frequência de utentes imigrantes nos serviços de saúde (Figura 3), 79,2% (n=137) dos profissionais inquiridos estimam que até 25% dos utentes da sua unidade pertencem a esta população, o que revela uma percepção generalizada de baixa frequência de imigrantes nos Cuidados de Saúde Primários. Apenas 0,6% (n=1) referiu que mais de 75% dos utentes da sua unidade são imigrantes, evidenciando a raridade desta realidade no contexto da amostra.

Figura 3

Percepção da Frequência de Utentes Imigrantes nos Serviços de Saúde da ULSAC



O teste do Qui-quadrado não revelou uma associação estatisticamente significativa entre a profissão e a percepção da percentagem de utentes imigrantes que frequentam as unidades de saúde ($p=0,06$). Assim, não se pode afirmar que exista uma relação estatisticamente comprovada entre estas variáveis com base nos dados disponíveis.

A análise da Tabela 3 permite identificar as nacionalidades mais representativas dos imigrantes que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários da ULSAC, evidenciando que as mais frequentes são, por ordem decrescente, a brasileira, a nepalesa, a indiana e as provenientes de países africanos de língua portuguesa, nomeadamente Angola, Cabo Verde e Guiné-Bissau.

Tabela 3

Nacionalidades mais Representativas dos Imigrantes que Recorrem aos Cuidados de Saúde Primários da ULSAC

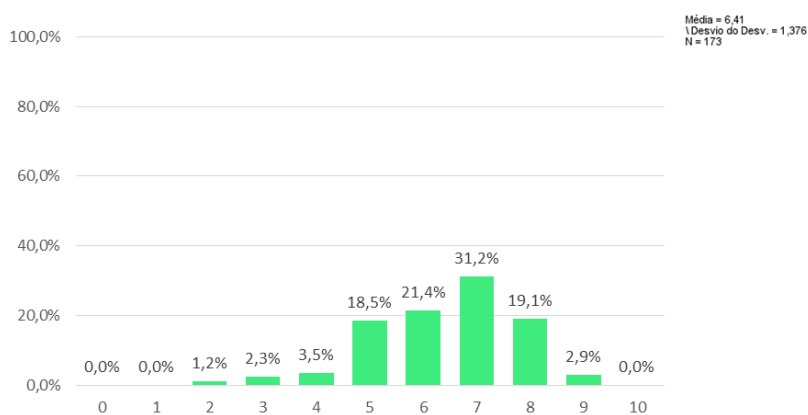
Nacionalidades	N	%	% de casos
Brasileira	157	30,5%	94,0%
Nepalesa	95	18,5%	56,9%
Indiana	62	12,1%	37,1%
Cabo-verdiana	56	10,9%	33,5%
Angolana	55	10,7%	32,9%
Chinesa	44	8,6%	26,3%
Guineense	28	5,4%	16,8%
Britânica	7	1,4%	4,2%
Italiana	4	0,8%	2,4%
Francesa	3	0,6%	1,8%
Japonesa	3	0,6%	1,8%
Total	514	100,0%	307,8%

Nota. A questão permitia múltiplas respostas, pelo que o total de respostas (n=514) excede o número de participantes (n=173). As percentagens referem-se ao total de respostas, e a coluna “% de casos” indica a proporção relativa ao número de participantes.

Relativamente à perceção do nível médio de saúde da população nativa que frequenta os CSP da ULSAC (Figura 4), verifica-se que os resultados se concentram predominantemente entre os valores 5 e 8 , numa escala de 0 a 10, com destaque para as pontuações 6 e 7, numa média de 6,41. Estes achados indicam que a maioria dos profissionais avalia o estado de saúde da população geral como situando-se entre o razoável e o bom.

Figura 4

Perceção do Nível Médio de Saúde da População Nativa que Frequenta os CSP da ULSAC

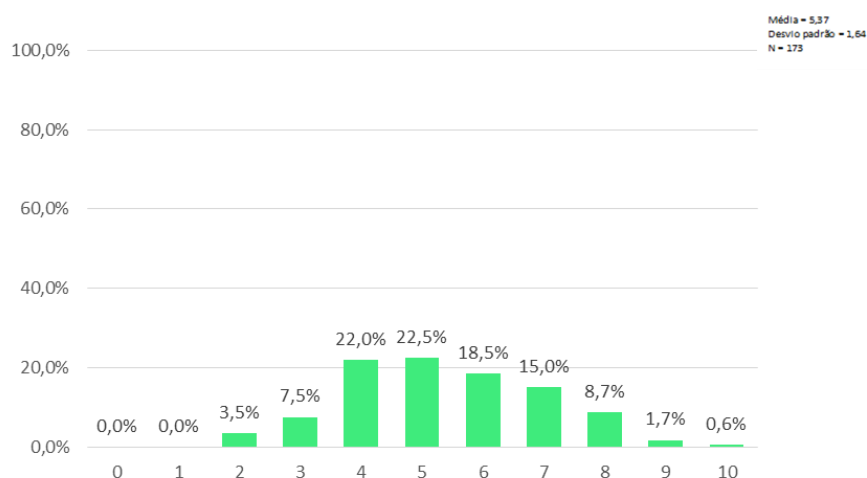


Foi realizada uma análise de variância (ANOVA), precedida da verificação da homogeneidade de variâncias entre grupos, com o objetivo de comparar a percepção do estado de saúde da população entre categorias profissionais. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,020$), indicando que a profissão influencia a percepção do estado de saúde dos utentes nativos. O teste post hoc de Tukey permitiu identificar que os enfermeiros percecionam o estado de saúde da população nativa de forma significativamente menos favorável do que os médicos ($p=0,019$). As percepções dos assistentes técnicos não diferiram significativamente das dos restantes grupos.

Relativamente à percepção do nível médio de saúde da população imigrante que frequenta os CSP da ULSAC (Figura 5), observa-se uma maior concentração de respostas nos valores 4 (22,0%; $n=38$), 5 (22,5%; $n=39$) e 6 (18,5%; $n=32$), que, em conjunto, representam 63% do total. Apenas 11% dos participantes atribuíram valores elevados (entre 8 e 10). Estes resultados sugerem que a maioria dos profissionais perceciona o estado de saúde da população imigrante como razoável ou ligeiramente inferior ao da população nativa.

Figura 5

Percepção do Nível Médio de Saúde da População Imigrante que Frequenta os CSP da ULSAC



Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) com o objetivo de avaliar se existiam diferenças estatisticamente significativas na percepção do nível médio de saúde da população imigrante entre os distintos grupos profissionais. Os resultados indicaram um efeito significativo do grupo profissional sobre esta percepção ($p=0,032$), sugerindo que a categoria profissional influencia a avaliação que os participantes fazem do estado de saúde da população imigrante.

A análise post hoc, realizada com o teste de Tukey, permitiu identificar uma diferença estatisticamente significativa entre enfermeiros e médicos ($p=0,029$), sendo que os enfermeiros atribuíram avaliações significativamente mais baixas ao estado de saúde da população imigrante. As comparações entre assistentes técnicos e os restantes grupos não revelaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Estes resultados sugerem que os enfermeiros apresentam uma percepção mais crítica do estado de saúde da população imigrante, em consonância com a percepção manifestada relativamente ao estado de saúde da população nativa.

Relativamente à percepção dos profissionais de saúde acerca da utilização dos serviços de saúde pela população nativa e população imigrante (Tabela 4), os dados revelam que a maioria dos profissionais de saúde (50,9%; $n=88$) considera que a população nativa faz uma utilização excessiva

dos serviços de saúde, enquanto 44,5% (n=77) percebem essa utilização como adequada e apenas 4,6% (n=8) como insuficiente. No que respeita à população imigrante, os mesmos dados revelam uma distribuição mais equilibrada: 40,5% (n=70) avaliam a utilização como adequada, 31,2% (n=54) como excessiva e 28,3% (n=49) como reduzida. Este contraste sugere que os profissionais de saúde apresentam uma percepção mais consolidada e consensual relativamente à população nativa, ao passo que, no caso da população imigrante, as opiniões se mostram mais dispersas, refletindo uma maior complexidade na avaliação dos seus padrões de utilização dos serviços de saúde.

Tabela 4

Percepção dos Profissionais de Saúde acerca da Utilização dos Serviços de Saúde pela População Nativa e População Imigrante

	População nativa		População imigrante	
	N	%	N	%
Pouca utilização	8	4,6	49	28,3
Utilização adequada	77	44,5	70	40,5
Utilização excessiva	88	50,9	54	31,2
Total	173	100%	173	100%

Os resultados da aplicação do teste do Qui-quadrado, acerca da percepção da utilização dos serviços de saúde segundo o grupo profissional da amostra, revelaram associações estatisticamente significativas tanto no caso da população nativa ($p=0,003$) como da população imigrante ($p=0,001$), indicando que a categoria profissional dos inquiridos exerce uma influência significativa sobre estas percepções.

A Tabela 5 representa as percepções dos grupos profissionais sobre a utilização dos serviços de saúde pela população nativa e imigrante. Os assistentes técnicos apresentam percepções semelhantes

para ambos os grupos populacionais, predominando a ideia de uma utilização adequada dos serviços de saúde (58,1% para nativos; 55,8% para imigrantes). Entre os enfermeiros, observa-se maior variabilidade: relativamente aos nativos, as opiniões dividem-se entre utilização adequada e excessiva, enquanto no caso dos imigrantes destaca-se a perceção de subutilização. Verifica-se entre os médicos uma perceção predominantemente orientada para a utilização excessiva dos serviços de saúde pela população nativa (76,9%), em oposição a uma distribuição mais heterogénea das perceções relativamente à população imigrante, caracterizada por uma coexistência de utilização excessiva (51,3%) e reduzida (25,6%).

Tabela 5

Perceções dos Grupos Profissionais Sobre a Utilização dos Serviços de Saúde pela População Nativa e Imigrante

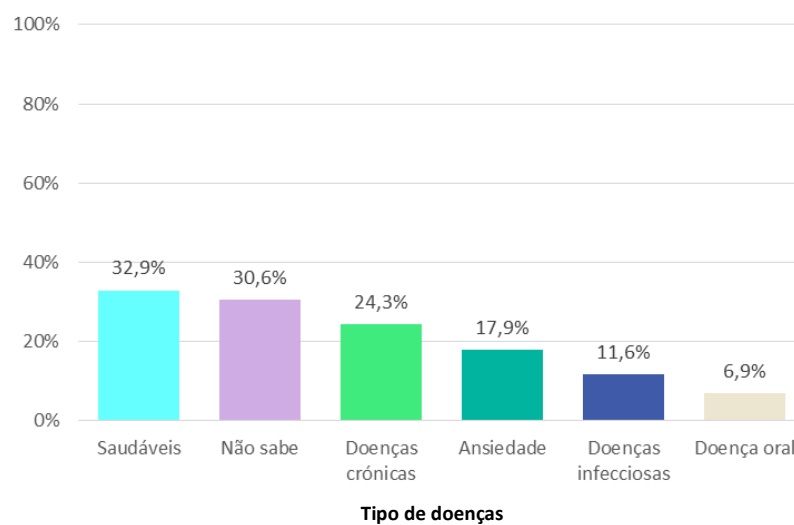
Categoria Profissional	Perceção de utilização	Nativos		Imigrantes	
		N	%	N	%
Assistente técnico	Pouca utilização	2	4,7%	6	14,0%
	Utilização adequada	25	58,1%	24	55,8%
	Utilização excessiva	16	37,2%	13	30,2%
Enfermeiro	Pouca utilização	6	6,6%	33	36,3%
	Utilização adequada	43	47,3%	37	40,7%
	Utilização excessiva	42	46,2%	21	23,1%
Médico	Pouca utilização	0	0%	10	25,6%
	Utilização adequada	9	23,1%	9	23,1%
	Utilização excessiva	30	76,9%	20	51,3%

Relativamente à perceção dos profissionais de saúde sobre as doenças mais prevalentes entre os imigrantes que recorrem aos CSP da ULSAC (Figura 6), a categoria mais frequentemente referida foi “Saudáveis” (32,9%; n=57). De forma igualmente expressiva, 30,6% (n=53) dos participantes

referiram “não sabe”. Entre as patologias identificadas, destacam-se as doenças crónicas (24,3%; n=42), seguidas da ansiedade (17,9%; n=31).

Figura 6

Perceção dos Profissionais de Saúde Sobre as Doenças mais Prevalentes Entre os Imigrantes que Recorrem aos CSP Da ULSAC



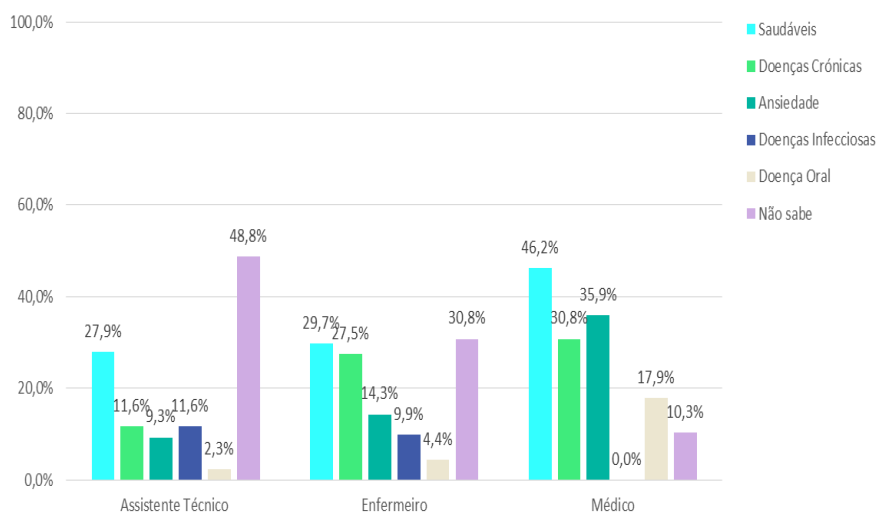
Nota: A questão permitia múltiplas respostas, pelo que o número total de respostas (n=215) excede o número de participantes (n=173). As percentagens referem-se ao total de respostas selecionadas.

Quanto à distribuição das perceções sobre as doenças mais prevalentes entre imigrantes por categoria profissional (Figura 7), identificam-se diferenças significativas. Nos assistentes técnicos, a categoria "Não sabe" apresenta a maior frequência (48,8%;n=21), seguindo-se a perceção de que a população imigrante é maioritariamente saudável (27,9%;n=12). Entre os enfermeiros observa-se uma distribuição mais equilibrada das respostas, embora a categoria "Não sabe" continue a apresentar a maior frequência (30,8%; n=28), muito próxima da categoria "Saudáveis" (29,7%; n=27). No campo das patologias, destacam a existência de doenças crónicas (27,5%; n=25) e ansiedade (14,3%; n=13). Nos médicos, a categoria mais frequente corresponde à perceção de que os imigrantes são saudáveis (46,2%; n=18). No que respeita ao tipo de doença, consideram que os mesmos sofrem de ansiedade (35,9%; n=14) e doenças crónicas (30,8%; n= 12). Este grupo apresenta ainda as maiores frequências

relativas para a doença oral (17,9%; n=7) e para as doenças infecciosas (15,4%; n=6), sendo também o que regista a menor proporção de respostas na categoria "Não sabe" (10,3%; n=4).

Figura 7

Perceção Sobre as Doenças mais Prevalentes entre Imigrantes por Categoria Profissional

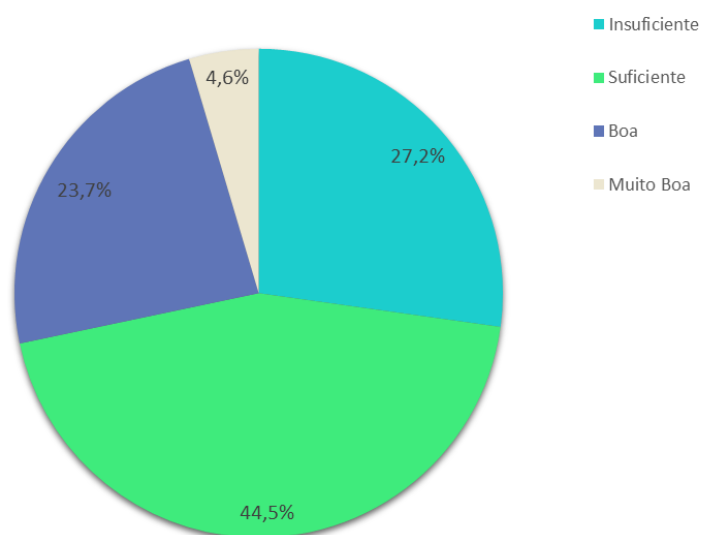


Nota. A questão permitia múltiplas respostas, pelo que o número total de respostas (n=215) excede o número de participantes (n=173). Os valores apresentados correspondem ao número de vezes que cada doença foi selecionada por cada grupo profissional.

A perceção dos profissionais de saúde relativamente ao seu nível de preparação para prestar cuidados à população imigrante (Figura 8) revela uma distribuição assimétrica. A maioria dos participantes considera a sua preparação suficiente (44,5%, n = 77), mas uma proporção significativa classifica-a como insuficiente (27,2%, n = 47). Apenas uma minoria considera possuir uma preparação boa (23,7%, n = 41) ou muito boa (4,6%, n = 8).

Figura 8

Percepção dos Profissionais de Saúde Relativamente ao seu Nível de Preparação para Prestar Cuidados à População Imigrante

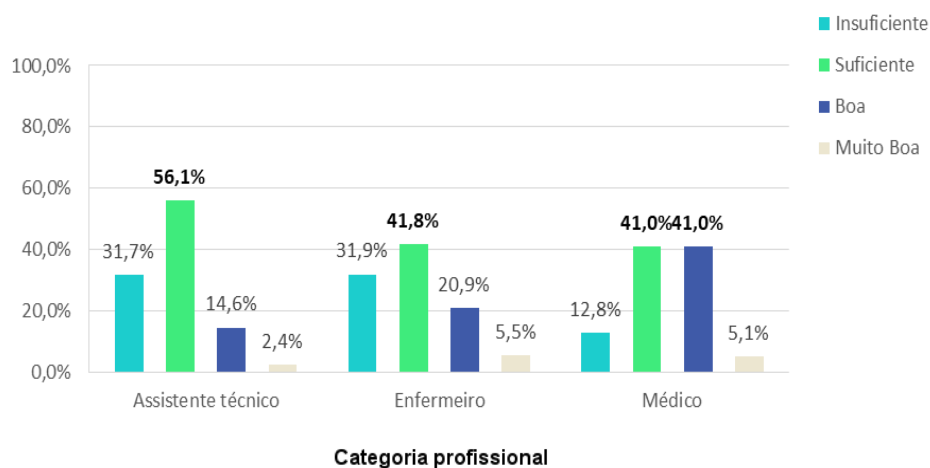


O teste do Qui-quadrado de Pearson evidenciou uma associação marginalmente significativa entre a categoria profissional dos inquiridos e a percepção da sua preparação para prestar cuidados a utentes imigrantes ($p=0,051$), apontando para potenciais diferenças de percepção entre grupos profissionais.

A análise da percepção do nível de preparação para prestar cuidados a imigrante evidencia diferenças entre as categorias profissionais (Figura 9). Nos assistentes técnicos predomina a percepção de preparação "Suficiente" (56,1%), embora 31,7% a considerem "Insuficiente". Entre os enfermeiros observa-se uma distribuição mais equilibrada, com maior frequência da categoria "Suficiente" (41,8%), seguida de "Insuficiente" (31,9%) e "Boa" (20,9%). Nos médicos, as categorias "Suficiente" e "Boa" apresentam igual expressão (41,0%), sendo este o grupo que regista a menor proporção de respostas na categoria "Insuficiente" (12,8%). A classificação "Muito Boa" apresenta valores reduzidos em todos os grupos profissionais.

Figura 9

Percepção do Nível de Preparação para Prestar Cuidados a Imigrantes, por Categoria Profissional



O teste do Qui-quadrado indicou uma associação estatisticamente significativa entre o nível de preparação para cuidar e o nível de escolaridade dos profissionais ($p=0,003$), embora o teste de Associação Linear não tenha revelado uma tendência linear significativa ($p=0,179$).

Da análise da Tabela 6, que evidencia a percepção do nível de preparação para a prestação de cuidados a imigrantes em função do nível de escolaridade dos profissionais, constata-se que os indivíduos detentores de mestrado apresentam percepções globalmente mais favoráveis, com predominância das categorias “suficiente” e “boa” relativamente à sua preparação para cuidar de utentes imigrantes. Este resultado sugere a existência de uma possível associação positiva entre níveis mais elevados de escolaridade e uma maior percepção de competência na prestação de cuidados a esta população. Por sua vez, os profissionais com habilitações ao nível do ensino secundário (12.º ano) tendem a classificar a sua preparação maioritariamente como suficiente. Importa ainda salientar que os subgrupos correspondentes ao doutoramento e ao 9.º ano não permitiram a realização de inferências estatísticas robustas, em virtude da sua reduzida representatividade na amostra.

Tabela 6

Percepção do Nível de Preparação para Prestar Cuidados a Imigrantes em Função do Nível de Escolaridade dos Profissionais

Escolaridade	Preparação para prestar cuidados a imigrantes			
	Insuficiente	Suficiente	Boa	Muito boa
9º ano	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
12º ano	6,4%	12,7%	3,5%	0,6%
Licenciatura	9,8%	11,6%	9,3%	2,3%
Mestrado	10,4%	20,2%	11,0%	1,2%
Doutoramento	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
Total	27,2%	44,5%	23,7%	4,6%

Os dados recolhidos revelam uma lacuna significativa na formação específica dos profissionais de saúde relativamente à prestação de cuidados dirigidos à população imigrante. A maioria dos profissionais de saúde inquiridos (96,5%; n=167) indica não ter recebido qualquer formação específica para a prestação de cuidados à população imigrante. Apenas 3,5% (n=6) referem ter tido acesso a esse tipo de formação: 3 enfermeiros, 2 médicos e 1 assistente técnico.

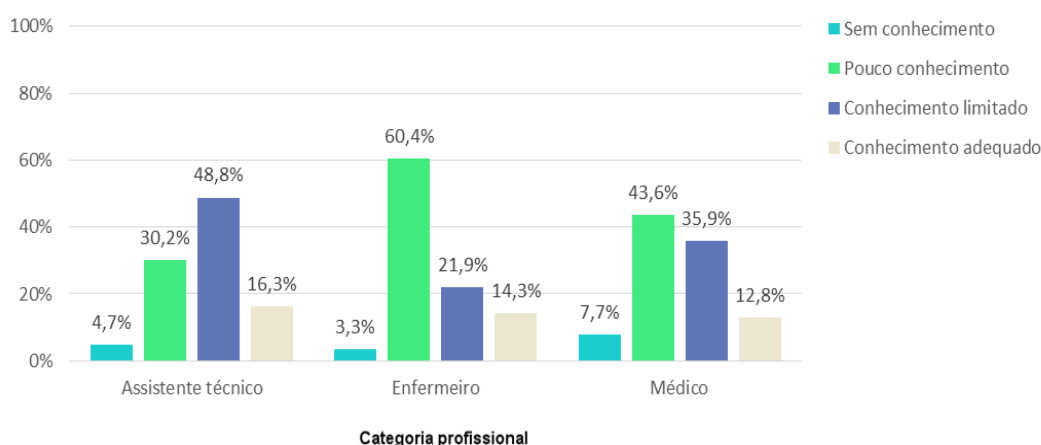
No que concerne ao conhecimento relativo ao grau de cobertura dos cuidados de saúde e aos direitos dos imigrantes, os resultados evidenciam um nível globalmente insuficiente entre os profissionais. Com efeito, apenas 14,5% (n=25) referem possuir um conhecimento adequado, enquanto a maioria indica lacunas significativas: 49,1% (n=85) reportam ter pouco conhecimento e 31,8% (n=55) classificam-no como limitado. Acresce que 4,6% (n=8) admitem não deter qualquer conhecimento sobre esta matéria.

A análise da associação entre o nível de conhecimento sobre o grau de cobertura dos cuidados de saúde e os direitos dos imigrantes e a categoria profissional (Figura 10) revelou-se estatisticamente significativa ($p=0,030$). Entre os assistentes técnicos, predomina a percepção de conhecimento limitado (48,8%) ou pouco (30,2%). No grupo dos enfermeiros, é premente a caracterização de pouco conhecimento (60,4%), seguida de conhecimento limitado (21,4%). Apenas 14,3% classificam o seu

conhecimento como adequado. Por sua vez, entre os médicos, observa-se uma distribuição mais equilibrada das respostas, com 43,6% a indicarem pouco conhecimento, 35,9% conhecimento limitado e 12,8% conhecimento adequado.

Figura 10

A Associação Entre o Nível de Conhecimento sobre o Grau de Cobertura dos Cuidados de Saúde e Direitos dos Imigrantes por Categoria Profissional

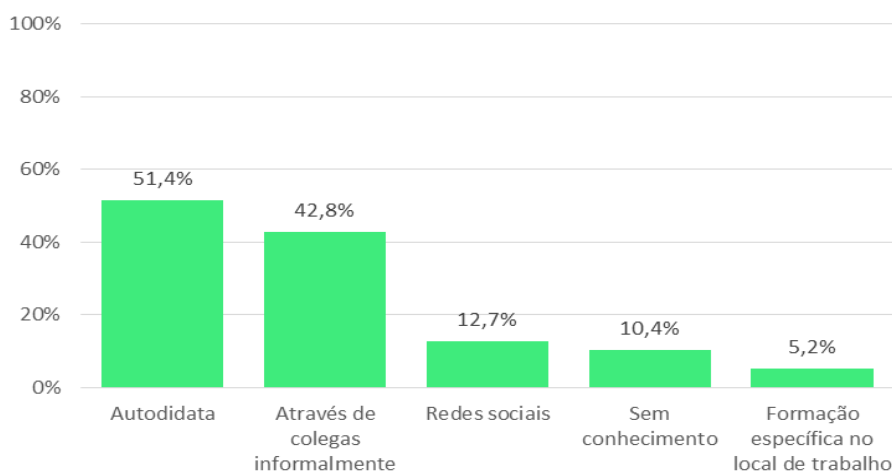


Foi realizado o teste de Kruskal-Wallis com o intuito de avaliar eventuais diferenças significativas no nível de conhecimento sobre o grau de cobertura dos cuidados de saúde e dos direitos dos imigrantes entre três categorias profissionais. Os resultados não revelaram uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,058$), apontando para uma possível tendência de variação entre os grupos. A análise dos postos médios sugere que os assistentes técnicos apresentam um conhecimento ligeiramente superior (100,93), em comparação com os médicos (86,65) e os enfermeiros (80,57), indicando uma maior autoavaliação do seu conhecimento relativamente aos direitos de saúde da população imigrante, possivelmente relacionada com as funções inerentes à sua categoria profissional.

Os dados apresentados na Figura 11, relativos às formas de aquisição de conhecimento sobre os direitos dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde, verifica-se que a aprendizagem autodidata constitui a principal fonte de conhecimento, sendo referida por 51,4% (n=89) dos profissionais, seguida da partilha informal de informação entre colegas, mencionada por 42,8% (n=74). Adicionalmente, 12,7% (n=22) dos participantes identificam as redes sociais como meio de aprendizagem, enquanto 10,4% (n=18) referem não possuir qualquer conhecimento sobre este tema. Por outro lado, apenas uma minoria 5,2% (n=9) reporta ter recebido formação específica no contexto laboral.

Figura 11

Formas de Aquisição de Conhecimento Sobre os Direitos dos Imigrantes no Acesso aos Cuidados de Saúde



Nota. Esta pergunta permitia múltiplas respostas, pelo que o total de respostas (n=212) é superior ao número de participantes (n=173).

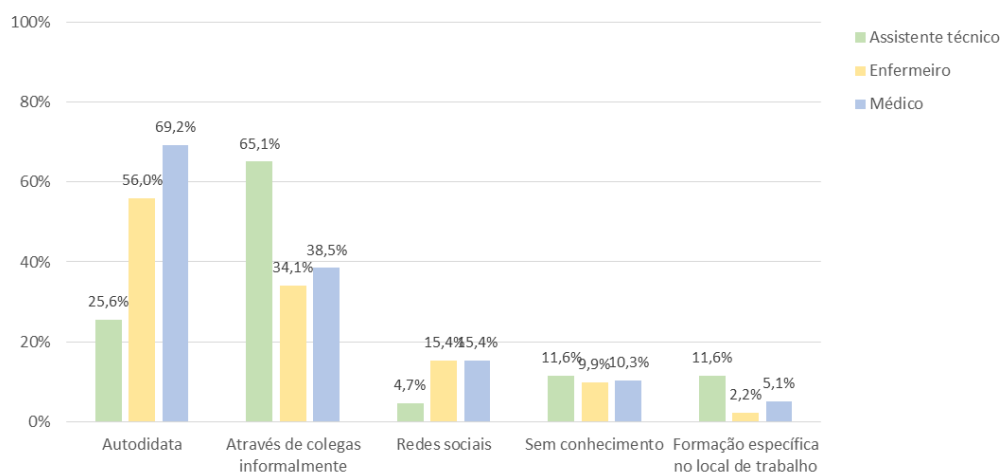
O teste do Qui-quadrado de Pearson evidenciou uma associação estatisticamente significativa entre a categoria profissional dos participantes e a forma de aquisição de conhecimento ($p=0,004$), o que indica que as estratégias utilizadas variam em função do grupo profissional.

A análise da Figura 12, que apresenta as formas de aquisição de conhecimento sobre os direitos dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde em função da categoria profissional,

evidencia diferenças nas modalidades privilegiadas entre os diversos grupos. Os assistentes técnicos indicam maioritariamente a partilha informal de conhecimento entre colegas como principal fonte (65,1%), seguida da aprendizagem autodidata (25,6%). Entre os enfermeiros, predomina a aprendizagem autodidata (56,0%), sendo esta complementada pela partilha informal (34,0%) e, em menor proporção, pela utilização de redes sociais (15,4%). Por sua vez, os médicos apresentam uma distribuição semelhante, com predominância da aprendizagem autodidata (69,2%), seguida da partilha informal entre colegas (38,5%).

Figura 12

Forma de Aquisição de Conhecimentos Sobre os Direitos dos Imigrantes aos Cuidados de Saúde por Categoria Profissional



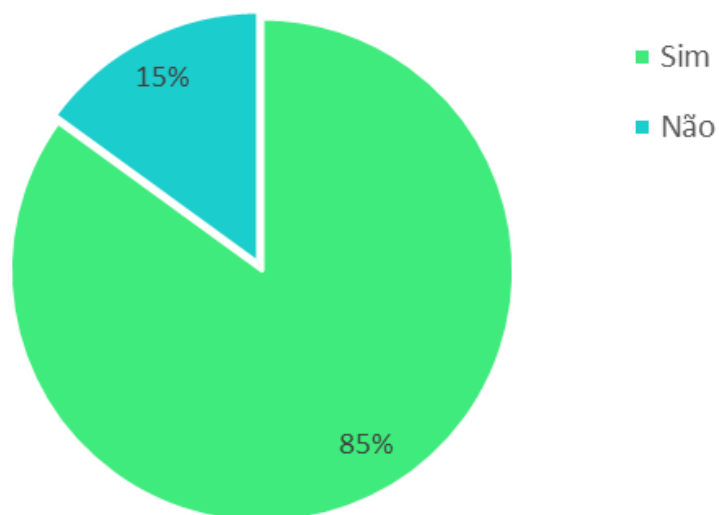
Nota. A questão permitia múltiplas respostas. O número total de respostas (n=212) excede o número de participantes (n=173). Os valores apresentados correspondem ao número de vezes que cada tipo de formação foi selecionado por cada grupo profissional.

Em termos gerais, a aprendizagem autodidata constitui o método mais frequente de aquisição de conhecimento entre médicos e enfermeiros, enquanto os assistentes técnicos tendem a privilegiar a formação informal com colegas.

Relativamente à percepção da existência de barreiras na prestação de cuidados de saúde a utentes imigrantes (Figura 13), os dados obtidos evidenciam que uma maioria expressiva dos profissionais de saúde inquiridos, 85,0% (n=147), reportou já ter enfrentado desafios associados à prestação de cuidados a imigrantes. Por outro lado, 15,0% (n=26) referiram não ter experienciado situações dessa natureza.

Figura 13

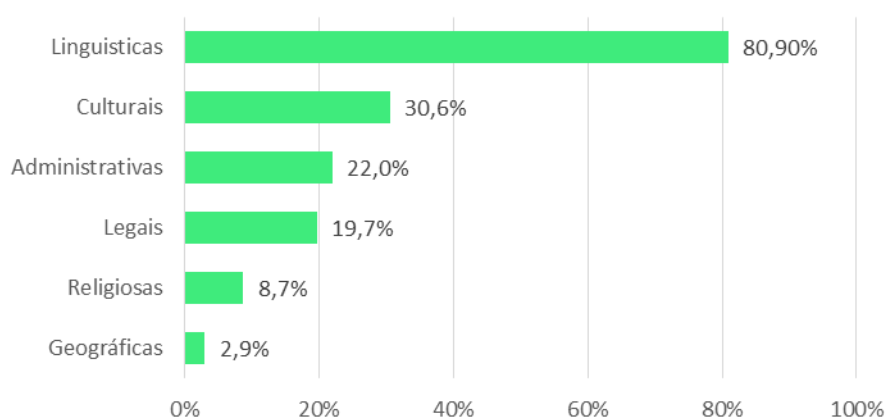
Percepção da Existência de Barreiras na Prestação de Cuidados de Saúde a Utentes Imigrantes



A análise das barreiras autopercebidas pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados a utentes imigrantes (Figura 14) evidencia que as dificuldades linguísticas 80,9% (n=140) se destacam com elevada percentagem, seguida das culturais 30,6% (n=53). As barreiras de natureza administrativa (n=38; 22,0%) e legal (n=34; 19,7%) apresentam igualmente expressão relevante. Em contraste, as barreiras religiosas e geográficas registam frequências residuais.

Figura 14

Barreiras Autopercebidas pelos Profissionais de Saúde na Prestação de Cuidados a Utentes Imigrantes



Nota. A questão permitia múltiplas respostas. O número total de respostas (n=285) excede o número de participantes (n=173). As percentagens apresentadas referem-se ao total de respostas seleccionadas.

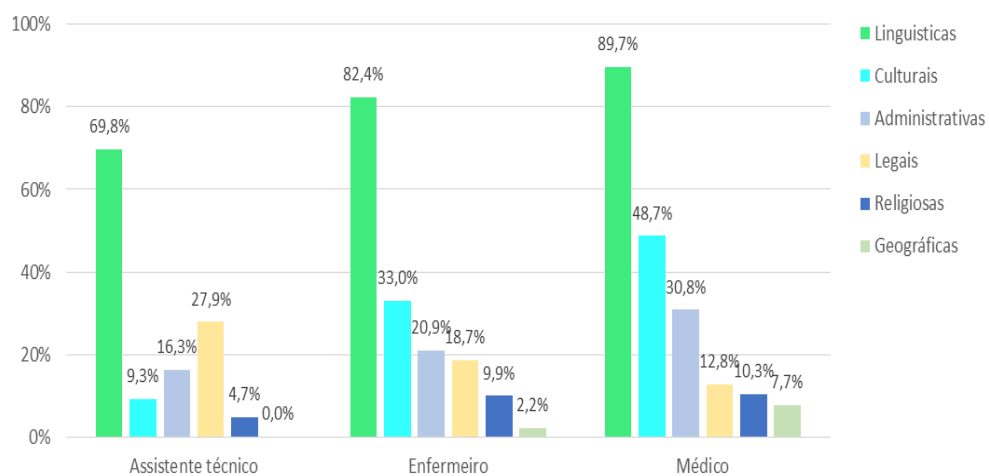
A aplicação do teste do Qui-quadrado, relativo à percepção das barreiras autopercebidas pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados a utentes imigrantes de acordo com a categoria profissional dos participantes, revelou diferenças estatisticamente significativas apenas no que respeita às barreiras de natureza cultural ($p < 0,001$), indicando que a percepção deste tipo de barreira varia de forma significativa entre os grupos analisados. As barreiras linguísticas ($p=0,062$) e geográficas ($p=0,098$) apresentaram tendência para significância, enquanto as barreiras administrativas, legais e religiosas não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas.

A Figura 15 ilustra as barreiras autopercebidas pelos profissionais de saúde no atendimento a utentes imigrantes, discriminadas por categoria profissional. As barreiras linguísticas foram as mais frequentemente referidas por todos os grupos, sendo especialmente salientadas por médicos (89,7%; n=35) e enfermeiros (82,4%; n=75). No que respeita às barreiras culturais, destacaram-se novamente médicos (48,9%; n=19) e os enfermeiros (33,0%; n=30). Por sua vez, os assistentes técnicos evidenciaram, em maior proporção que os restantes grupos, dificuldades de natureza legal (27,9%;

n=12). Os médicos correspondem à categoria profissional que mais reportam a existência de barreiras administrativas na sua prática (30,8%; n=12).

Figura 15

Barreiras Autopercebidas pelos Profissionais de Saúde no Atendimento a Utentes Imigrantes, Discriminadas por Categoria Profissional



Nota. Esta pergunta permitia múltiplas respostas, pelo que cada participante podia assinalar mais do que uma dificuldade (n=283). Assim, o total de respostas é superior ao número de participantes (n=173). Os valores apresentados correspondem ao número de vezes que cada barreira foi selecionado por cada grupo profissional.

Relativamente à percepção sobre a influência das barreiras identificadas no acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, a maioria dos profissionais (53,2%; n=92) considera que essas dificuldades condicionam efetivamente o acesso. Contudo, uma proporção significativa (46,8%; n=81) não partilha dessa percepção. A análise estatística através do teste do qui-quadrado de Pearson não demonstrou associação estatisticamente significativa entre a categoria profissional e esta percepção ($p=0,129$), sugerindo uma consistência relativa entre os diferentes grupos profissionais.

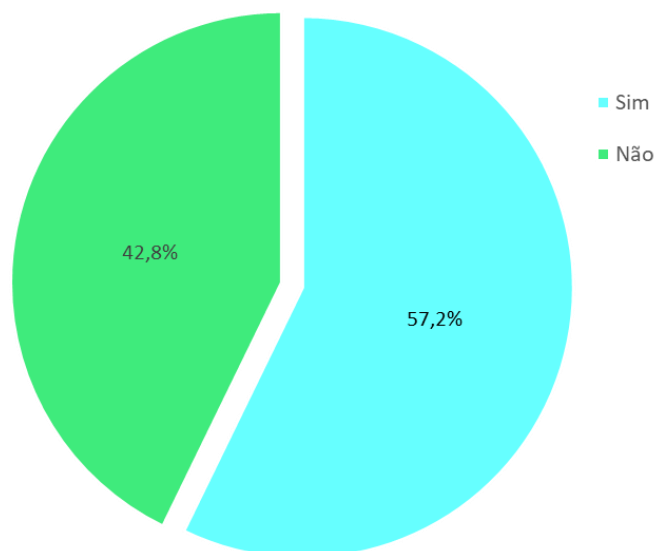
A análise qualitativa, relativa às dificuldades que podem limitar o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde, evidencia a existência de múltiplas barreiras interligadas. Entre estas, destaca-se de forma particularmente expressiva a barreira linguística. Seguem-se, em termos de relevância e frequência, as barreiras de natureza administrativa e legal, bem como as de ordem cultural e aquelas relacionadas com a baixa literacia em saúde.

Os resultados apresentados evidenciam uma divisão de opiniões quanto ao impacto das barreiras no acesso aos cuidados, servindo de base para a análise subsequente da sua influência na prestação de cuidados, que constitui o foco central deste estudo.

No que se refere à perceção da influência das barreiras na prestação de cuidados (Figura 16), verifica-se que a maioria dos inquiridos, 57,2% (n=99), reconhece a interferência destes obstáculos na sua prática clínica, ao passo que 42,8% (n=74) não identificam impacto direto.

Figura 16

Perceção da Influência das Barreiras na Prestação de Cuidados

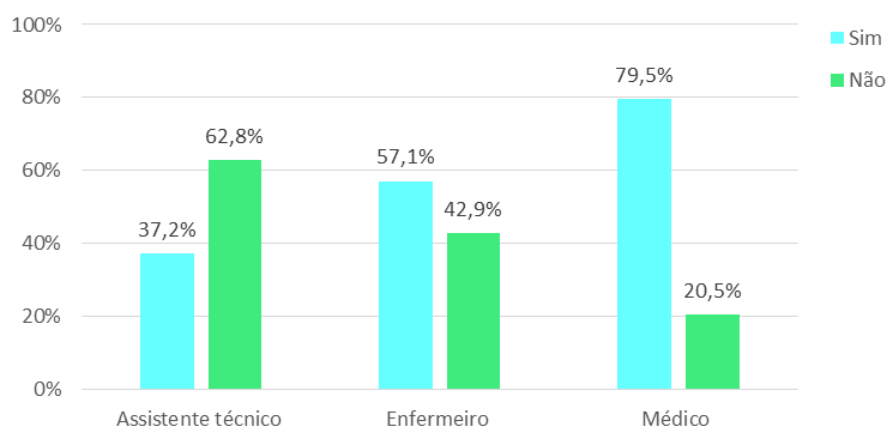


A associação entre a categoria profissional da amostra e a perceção da influência das barreiras na prestação de cuidados (Figura 17) revelou-se estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Os médicos foram o grupo que mais reconheceu o impacto das barreiras na prática clínica (79,5%; n=31), seguidos

pelos enfermeiros (57,1%; n=52). Em contraste, a maioria dos assistentes técnicos (62,8%; n=27) não considerou que estas barreiras exerçam influência relevante na sua atividade profissional.

Figura 17

Associação Entre a Categoria Profissional da Amostra e a Perceção da Influência das Barreiras na Prestação de Cuidados

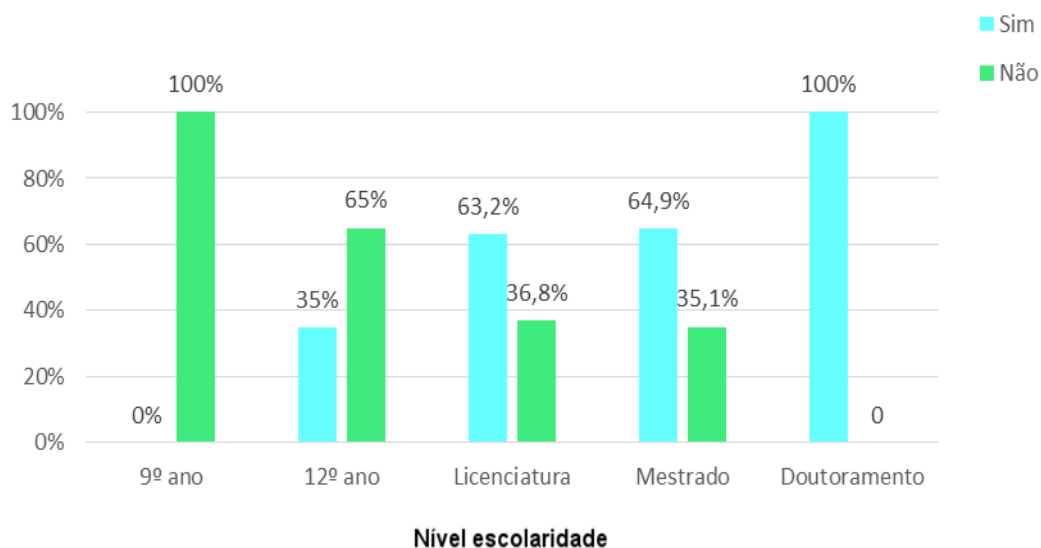


Adicionalmente, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade dos participantes e a percepção da influência das barreiras na prestação de cuidados ($p=0,013$), sugerindo que a formação académica molda a valorização destas dificuldades. De igual modo, o tempo de exercício profissional revelou-se significativamente associado a esta variável ($p=0,006$), indicando que a experiência acumulada influencia o modo como o impacto de tais obstáculos é reconhecido.

Neste contexto, as Figuras 18 e 19 apresentam a distribuição das respostas em função, respetivamente, do nível de escolaridade e do tempo de exercício profissional, permitindo uma leitura mais detalhada destas associações.

Figura 18

Associação Entre o Nível de Escolaridade dos Participantes e a Percepção da Influência das Barreiras na Prestação de Cuidados a Utentes Imigrantes

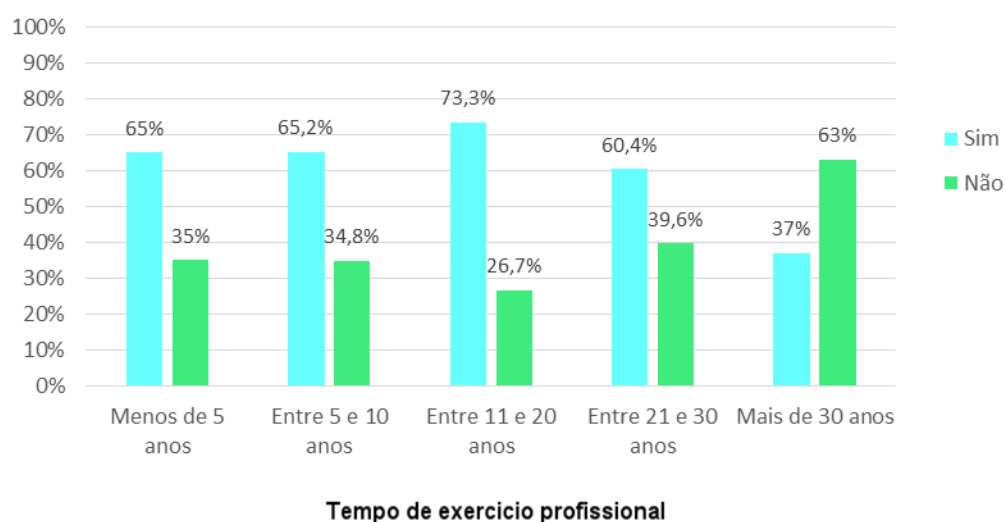


A figura 18 evidencia que os participantes com níveis de escolaridade mais elevados, nomeadamente licenciatura e mestrado, apresentam uma maior proporção de respostas afirmativas quanto à influência das barreiras na prestação de cuidados (63,2% e 64,9%, respetivamente). Em contraste, entre os profissionais com escolaridade ao nível do 12.º ano, prevalece o não reconhecimento das barreiras como influenciadoras da prestação de cuidados, com 65,0% a mencionarem essa questão.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, a Figura 19 mostra uma tendência de reconhecimento da influência das barreiras em todos os grupos, invertendo-se esta tendência nos profissionais com mais de 30 anos de serviço, onde se observa uma maior proporção de respostas que não reconhecem essa influência (63,0%).

Figura 19

Associação Entre o Tempo de Exercício Profissional e a Percepção da Influência das Barreiras na Prestação de Cuidados a Utentes Imigrantes



A Tabela 7 sintetiza os resultados dos testes estatísticos realizados para verificar as hipóteses de investigação, indicando o tipo de teste aplicado, os valores de significância (p -value) e a decisão de corroboração. De forma geral, a maioria das hipóteses foi corroborada, evidenciando relações estatisticamente significativas entre variáveis sociodemográficas e as percepções dos profissionais. Destaca-se que apenas a hipótese H4 não apresentou significância estatística ($p > 0,05$), sugerindo ausência de associação entre a categoria profissional e o conhecimento dos direitos dos imigrantes. Os restantes resultados apontam para diferenças e associações relevantes, particularmente ao nível da escolaridade, experiência profissional e percepção de barreiras.

Tabela 7*Síntese dos Testes Estatísticos e Verificação das Hipóteses de Investigação*

Hipótese	Descrição	Teste Estatístico	p-value	Resultado	Interpretação
H1	Os profissionais percecionam maior utilização dos serviços pela população nativa do que pela população imigrante	Estatística descritiva / comparação de frequências		Corroborada	A distribuição das respostas evidencia uma perceção consistente de maior utilização dos serviços pela população nativa
H2	A perceção do nível de saúde da população imigrante é inferior à da população nativa	Teste de comparação de médias (não paramétrico*)	—	Corroborada	Verificam-se diferenças sistemáticas nas avaliações atribuídas aos dois grupos
H3	O nível de escolaridade influencia a perceção de preparação	Teste de Kruskal-Wallis	0,003	Corroborada	Existe associação estatisticamente significativa entre escolaridade e perceção de preparação
H4	A categoria profissional influencia o conhecimento dos direitos dos imigrantes	Teste de Kruskal-Wallis	0,058	Não corroborada	Não se verificou associação estatisticamente significativa
H5	Existem diferenças entre categorias profissionais na perceção das barreiras	Teste de Kruskal-Wallis / Qui-quadrado	< 0,001	Corroborada	A perceção das barreiras varia significativamente entre profissões
H6	Profissionais com mais experiência percecionam menos barreiras	Teste de associação (Kruskal-Wallis)	0,003	Corroborada	Existe relação entre tempo de serviço e perceção das barreiras

A análise qualitativa das respostas, sobre a forma como as barreiras percecionadas influenciam a prestação de cuidados (Tabela 8), evidencia que as mesmas são multidimensionais, incluindo obstáculos de natureza linguística, cultural, administrativa e educativa, que comprometem

a comunicação, a compreensão das necessidades dos utentes e a adesão aos tratamentos, impactando negativamente na qualidade e eficácia dos cuidados prestados.

Tabela 8

Análise Qualitativa Sobre a Forma como as Barreiras Percecionadas Influenciam a Prestação de Cuidados de Saúde

Barreiras	Descrição	Exemplos dos profissionais de saúde
Linguísticas	Principal barreira identificadas pelos profissionais. Dificulta a comunicação verbal, compreensão das queixas e explicação do plano terapêutico.	<p>“Não se consegue exprimir o que se quer dizer”</p> <p>“Não conseguem explicar os sintomas”</p> <p>“Maior dificuldade para explicar procedimentos e administrar terapêutica”</p> <p>“Dificuldade em realizar ensinamentos principalmente ao nível da saúde infantil e saúde materna”</p> <p>“Dificulta o acompanhamento”</p> <p>“Não falam português, sendo difícil a continuidade dos cuidados”</p>
Culturais	Diferenças nos hábitos, crenças e perceções da saúde que dificultam a adesão e aceitação dos cuidados.	<p>“Recusa de terapêuticas adequadas por questões culturais”</p> <p>“Diferentes formas de viver a saúde”</p> <p>“A cultura ser diferente da nossa e por vezes ser difícil a negociação em certos cuidados.”</p>
Administrativas e Legais	Obstáculos burocráticos como a ausência de documentação legal ou a não inscrição no SNS, que limitam o acesso efetivo aos cuidados e criam situações irregulares no seguimento clínico.	<p>“Sem inscrição completa no SNS, um recém-nascido não pode ser inscrito devidamente”</p> <p>“Ficam impedidos de ter cuidados de saúde”</p> <p>“A comunicação em inglês insuficiente e a documentação ser insuficiente”</p> <p>“Sem médico de família.</p>
Limitações na Educação para a Saúde	Dificuldade em realizar ensinamentos, esclarecer dúvidas e transmitir informações de forma clara.	<p>“Realização de ensinamentos e explicação de dúvidas”</p> <p>“É difícil compreender se a mensagem foi bem entendida”</p> <p>“Dificuldade em passar estratégias de educação em saúde”</p>
Impacto na Qualidade dos Cuidados	Consequências das barreiras na continuidade, eficácia e segurança do cuidado prestado.	<p>“Comprometimento da terapêutica”</p> <p>“Durante a pandemia, utentes imigrantes não foram adequadamente acompanhados”</p>

Quanto às estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para ultrapassar as barreiras na prestação de cuidados a imigrantes (Tabela 9), destaca-se o uso frequente de tecnologias digitais de tradução automática, como o Google Tradutor e outras aplicações móveis de tradução automática, complementadas por comunicação não-verbal e recurso a colegas ou familiares bilingues. A adaptação da comunicação, através de discurso pausado, simplificado, perguntas fechadas e validação constante da compreensão, assim como a utilização de materiais escritos em línguas estrangeiras, são práticas recorrentes. Das respostas analisadas verifica-se, ainda, preocupação na sensibilização cultural e no conhecimento dos hábitos e costumes dos utentes, o que permite ajustar a prestação de cuidados de forma mais eficaz e respeitadora das especificidades culturais.

Tabela 9

Estratégias Utilizadas pelos Profissionais para Ultrapassar as Barreiras Percecionadas na Prestação de Cuidados a Imigrantes

Estratégias	Descrição	Exemplos dos profissionais de saúde
Tecnologias digitais de tradução	Uso de ferramentas digitais para apoio à tradução e comunicação.	Google Tradutor, Aplicações móveis e Tradutores eletrónicos
Apoio interpessoal	Colaboração entre profissionais para facilitar a comunicação.	Pedidos de ajuda a colegas, familiares e intérpretes
Adaptação comunicacional	Simplificação da linguagem e validação da compreensão.	Linguagem pausada e perguntas fechadas.
Materiais multilíngues	Utilização de recursos escritos e visuais em várias línguas.	Folhetos e flyers informativos
Outras estratégias	Medidas complementares para facilitar a comunicação.	Uso de imagens, desenhos e aumento do tempo de consulta

A identificação das estratégias facilitadoras da prestação de cuidados de saúde a imigrantes (Tabela 10) revela uma diversidade de respostas (total de respostas=602), apontando para a

necessidade de intervenções multifacetadas, com ênfase na formação intercultural dos profissionais de saúde, na formação específica dirigida aos imigrantes sobre o funcionamento do sistema de saúde e na disponibilização de tradutores ou agentes comunitários de saúde. Em contraste, medidas como a criação de circuitos de referência específicos para a saúde mental e a oferta de cursos de línguas para profissionais foram menos referidas.

Tabela 10

Estratégias Facilitadoras da Prestação de Cuidados de Saúde a Imigrantes

Estratégias Facilitadoras	N	%
Tradutores	95	54,9%
Formação dos profissionais sobre competências interculturais em matéria de saúde	100	57,8%
Formação específica para imigrantes sobre a utilização do sistema de saúde	97	56,1%
Workshops/atividades de educação e promoção da saúde para a população imigrante	76	43,9%
Formação sobre os decretos que regulamentam o acesso dos imigrantes ao sistema de saúde	70	40,5%
Circuitos de referência específicos para a saúde mental	20	11,6%
Aplicações móveis/internet com sistemas de tradução automática	86	49,7%
Cursos de idiomas para profissionais de saúde	58	33,5%

Nota. A questão permitia múltiplas respostas; por isso, o total de respostas (n=602) é superior ao número de participantes (n=173).

A Tabela 11 apresenta as estratégias facilitadoras da prestação de cuidados de saúde a imigrantes, distribuídas por categoria profissional.

Tabela 11

Estratégias Facilitadoras da Prestação de Cuidados de Saúde a Imigrante: Distribuição por Categoria Profissional

Estratégias facilitadoras	Assistente técnico	Enfermeiro	Médico
Tradutores	41,9%	52,7%	74,4%
Formação dos profissionais sobre competências interculturais em matéria de saúde	53,5%	60,4%	56,4%
Formação específica para imigrantes sobre a utilização do sistema de saúde	46,5%	56,0%	66,7%
Workshops/atividades de educação e promoção da saúde para a população imigrante	25,6%	46,2%	58,9%
Formação sobre os decretos que regulamentam o acesso dos imigrantes ao sistema de saúde	39,5%	41,8%	38,5%
Circuitos de referência específicos para a saúde mental	9,3%	15,4%	5,1%
Aplicações móveis/internet com sistemas de tradução automática	32,6%	54,9%	56,4%
Cursos de idiomas para profissionais de saúde	30,2%	40,7%	20,5%

Nota. A questão permitia múltiplas respostas; por isso, o número total de respostas (n=602) excede o número de participantes (n=173). Os valores apresentados correspondem ao número de vezes que cada estratégia foi selecionada por cada grupo profissional

A análise das estratégias consideradas facilitadoras da prestação de cuidados de saúde à população imigrante evidencia um conjunto de prioridades comuns entre os diferentes grupos profissionais. A formação dos profissionais em competências interculturais e a formação específica para imigrantes sobre a utilização do sistema de saúde destacam-se entre as estratégias mais valorizadas por assistentes técnicos, enfermeiros e médicos. A disponibilização de tradutores é igualmente uma medida amplamente reconhecida, embora com maior expressão entre os médicos (74,4%; n=29), comparativamente aos enfermeiros (52,7%; n=48) e aos assistentes técnicos (41,9%; n=18).

Relativamente às especificidades de cada grupo, importa notar que, para os assistentes técnicos, as ações de formação (quer sobre competências interculturais, quer sobre a utilização do sistema de saúde) são as medidas com maior consenso. Por sua vez, os enfermeiros distinguem-se pela elevada valorização da utilização de aplicações móveis ou internet com sistemas de tradução automática (54,9%; n=50), enquanto os médicos atribuem maior importância aos workshops ou atividades de educação e promoção da saúde dirigidos à população imigrante (58,9%; n=23).

Por sua vez, os cursos de idiomas para profissionais de saúde registam maior expressão entre os enfermeiros (40,7%; n=37), seguidos dos assistentes técnicos (30,2%; n=13) e dos médicos (20,5%; n=8).

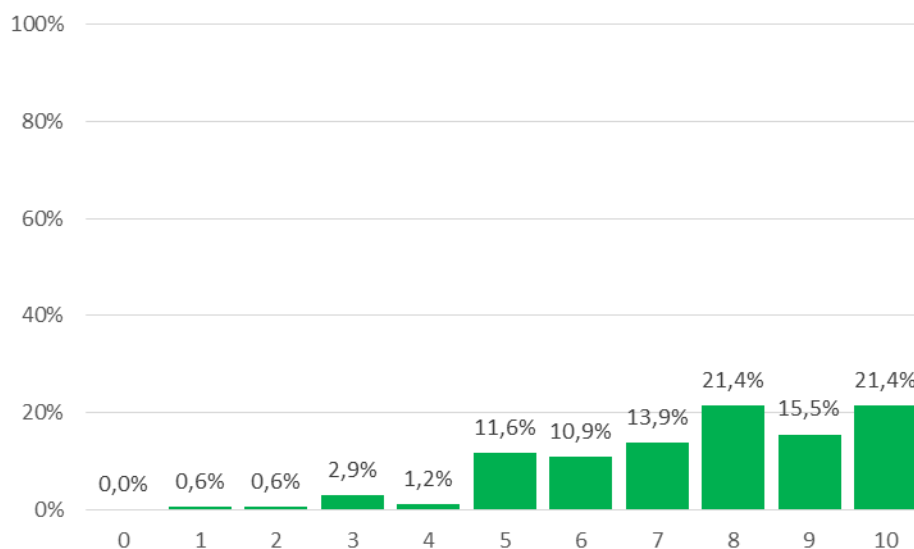
Os circuitos de referência específicos para a saúde mental constituem a estratégia menos assinalada de forma transversal, com valores compreendidos entre os 5,1% (médicos) e os 15,4% (enfermeiros).

A Figura 20 apresenta a distribuição das respostas obtidas relativas a utilidade do instrumento de colheita de dados na identificação e compreensão das barreiras, dificuldades e problemas associados à prestação de cuidados à população imigrante. Os resultados revelam uma apreciação amplamente favorável com 21,4% dos profissionais a considerarem um avaliação 8 e 10. Quando agregadas as respostas com pontuação 8, 9 e 10, totalizam-se 101 respostas, o que corresponde a 58,4% do total (n=173), reforçando a perceção positiva quanto ao contributo do instrumento para o aprofundamento do conhecimento sobre os desafios na prestação de cuidados a utentes imigrantes.

Em contraste, apenas uma proporção residual dos participantes 5,3% (n=9) atribuiu notas entre 1 e 4, o que indica que uma minoria considera o questionário pouco útil ou irrelevante. As avaliações intermédias (notas 5, 6 e 7) representam 36,4% das respostas (n=63), sugerindo que uma parte significativa dos profissionais considera o questionário moderadamente útil.

Figura 20

Utilidade do Questionário



Em suma, os dados evidenciam que o questionário é, no geral, considerado um instrumento pertinente e eficaz para a identificação e compreensão das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população imigrante. Esta percepção positiva reforça a validade do estudo e legitima a abordagem metodológica adotada, fornecendo uma base sólida para a análise subsequente das barreiras e facilitadores na prestação dos cuidados.

5.2 Análise Qualitativa dos Resultados

No âmbito da componente qualitativa deste estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 13 profissionais de saúde, da área dos CSP da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, com o propósito de explorar as suas percepções relativamente às barreiras experienciadas na prestação de cuidados a utentes imigrantes. A amostra incluiu três assistentes técnicos, seis enfermeiros e quatro médicos, maioritariamente do sexo feminino (n=12). Seis participantes possuem mais de 30 anos de experiência profissional e os grupos etários mais representados situam-se entre os 50-59 e os 30-39 anos. A unidade funcional mais representativa foi a USF (n=9). A Tabela 12 sintetiza as características sociodemográficas e profissionais dos participantes nas entrevistas.

Tabela 12*Caraterização Demográfica e Profissional dos Participantes nas Entrevistas*

		N	%
Profissão	Assistente técnico	3	23,1%
	Enfermeiro	6	46,2%
	Médico	4	30,8%
Sexo	Feminino	12	92,3%
	Masculino	1	7,7%
Idade	Entre 20 - 29 anos	2	15,4%
	Entre 30 - 39 anos	3	23,1%
	Entre 40 - 49 anos	1	7,7%
	Entre 50 - 59 anos	5	38,5%
	Entre 60 - 69 anos	2	15,4%
Escolaridade	12º ano	3	23,1%
	Licenciatura	2	15,4%
	Mestrado	8	61,5%
Tempo de exercício profissional	Menos de 5 anos	2	15,4%
	Entre 5 e 10 anos	3	23,1%
	Entre 11 e 20 anos	1	7,7%
	Entre 21 e 30 anos	1	7,7%
	Mais de 30 anos	6	46,2%
Unidade Funcional	UCSP	4	30,8%
	USF	9	69,2%

A análise qualitativa dos dados baseou-se em excertos de entrevistas realizadas a profissionais de saúde, os quais foram transcritos de forma literal, preservando a linguagem original dos participantes. De forma a garantir o anonimato e a confidencialidade, os participantes foram codificados como AT – assistente técnico, Enf. – enfermeiro e M – médico.

A definição das categorias analíticas foi previamente orientada por três constructos centrais: (1) barreiras percebidas na prestação de cuidados a utentes imigrantes; (2) estratégias adotadas para

colmatar essas barreiras; e (3) propostas de melhoria sugeridas pelos profissionais. A codificação dos dados foi realizada com base em unidades de registo temáticas, privilegiando a identificação de padrões de convergência e de contrastes entre os diferentes grupos profissionais.

Os excertos apresentados ao longo deste capítulo ilustram as principais perceções dos profissionais relativamente às barreiras, dificuldades e experiências na prestação de cuidados de saúde à população imigrante.

1) Barreiras percebidas na prestação de cuidados a utentes imigrantes

As barreiras linguísticas foram unanimemente identificadas pelos participantes como o principal obstáculo no atendimento a utentes imigrantes. A ausência de conhecimento em outras línguas, aliada às limitações na tradução, compromete a comunicação verbal e escrita, dificultando a transmissão de informações essenciais, a compreensão mútua e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados. Este constrangimento afeta tanto a interpretação, por parte dos utentes, de procedimentos e orientações clínicas, como a compreensão, por parte dos profissionais, das necessidades e expectativas dos imigrantes, como se pode identificar na Tabela 13.

Tabela 13

Perceções dos Profissionais Sobre as Barreiras Linguísticas no Atendimento a Utesntes Imigrantes

Excerto	Participante
<i>“Por vezes, não consigo falar a língua deles. Se falámos em inglês arranham-se umas coisas, mas muito pouco.”</i>	AT1
<i>“...muitos dos utentes não falam a língua portuguesa...e muitos deles falam e não escrevem, logo nem se consegue utilizar meios para fazer a tradução.”</i>	AT2
<i>“...não se consegue transmitir às pessoas de forma clara aquilo que elas devem seguir... os exemplos, as indicações, os ensinamentos... e as pessoas não entendem, e nós não conseguimos exprimir ou expressar de forma que elas o consigam entender.”</i>	Enf.3

Tabela 13*Percepções dos Profissionais Sobre as Barreiras Linguísticas no Atendimento a Utentes Imigrantes**(continuação)*

Excerto	Participante
<i>"...os utentes imigrantes não aceitem muito bem os tratamentos, porque não nos entendem..."</i>	Enf.4
<i>"[...] se não houver uma clara comunicação pode ser muito fácil fazer um diagnóstico errado ou não estarmos a tratar o real problema da pessoa."</i>	M1
<i>"Perceber as queixas dos utentes. Essa acho que é a principal dificuldade. [...] Depois conseguir também transmitir o plano de tratamento de uma forma que seja perceptível para o utente e que ele possa esclarecer as dúvidas"</i>	M3

As barreiras culturais, embora referidas com menor frequência do que as linguísticas, assumem particular relevância no discurso dos enfermeiros, nomeadamente nas áreas de saúde materna, infantil, vacinação e educação para a saúde. As diferenças culturais foram apontadas como fontes de mal-entendidos, resistência ou adesão parcial aos cuidados propostos, refletindo divergências nas crenças, valores e práticas de saúde entre profissionais e utentes imigrantes (Tabela 14).

Tabela 14*Percepções dos Profissionais Sobre as Barreiras Culturais no Atendimento a Utentes Imigrantes*

Excerto	Participante
<i>"Alguns não olham nos olhos, ou não querem ser atendidos por mulheres. Depende muito da origem deles."</i>	AT1
<i>"...os homens já têm um constrangimento muito grande. E de início não reagem bem a serem atendidos [...] por uma médica do sexo feminino, como por uma enfermeira do sexo feminino."</i>	AT2
<i>"... a própria realização do rastreio do cancro do colo do útero... às vezes não é bem percebida nem aceite por essas culturas."</i>	Enf.2
<i>"Por vezes é difícil com os bebés, a introdução da alimentação...por vezes é um pouco difícil tentarmos que o façam de forma adequada para nós."</i>	Enf.4

Tabela 14*Percepções dos Profissionais Sobre as Barreiras Culturais no Atendimento a Utentes Imigrantes**(continuação)*

Excerto	Participante
<i>“Em quem faz o ramadão, que não quer ingerir nada durante o dia, desde que o sol nasce até que o sol se põe, temos que dar a volta à questão e fazer a toma, se for de 12 em 12, mais no horário noturno.”</i>	Enf.5
<i>“...certos procedimentos ou certos tipos de conversas que para nós são normais, podem muitas vezes fazer com que essas pessoas, devido à sua religião, se sintam um pouco ofendidas.”</i>	M1
<i>“...quando explico certos cuidados que envolvem tocar no corpo ou mostrar partes íntimas, mesmo nas consultas. Alguns utentes recusam por motivos culturais ou religiosos.”</i>	M2

Vários participantes referiram dificuldades relacionadas com o conhecimento da legislação que regula o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, bem como com a sua aplicabilidade prática. A constante atualização do enquadramento legal, aliada à escassa divulgação de informação acessível, foi identificada como um obstáculo à correta inscrição dos utentes imigrantes nos serviços e à continuidade dos cuidados de saúde (Tabela 15)

Tabela 15*Percepções dos Profissionais Sobre o Desconhecimento das Leis no Atendimento a Utentes Imigrantes*

Excerto	Participante
<i>“...as leis estão a ser atualizadas quase que diariamente e essa informação não nos chega e o que nós por vezes pensamos que está em vigor, já não está.”</i>	AT2
<i>“Eles não sabem que têm direito a certos cuidados. E nós às vezes também não sabemos o que lhes podemos oferecer. Não temos formação sobre isso.”</i>	Enf.5
<i>“...não há uma norma clara. Então, cada um interpreta como pode. Isso não é bom nem para nós nem para eles.”</i>	Enf.6
<i>“A nível legal, há um desconhecimento geral....não sabemos bem os limites do que podemos ou não fazer.”</i>	M2
<i>“Não temos acesso a informação legal atualizada. Muitas vezes é o utente que nos mostra o papel com a nova lei.”</i>	M4

2) Estratégias adotadas para colmatar essas barreiras

Face à barreira comunicacional persistente, os profissionais recorrem a um variado conjunto de estratégias informais (Tabela 16) com o objetivo de garantir uma comunicação funcional e, assim, mitigar as dificuldades identificadas. Predomina a utilização do Google Tradutor, tanto nos computadores da unidade como em dispositivos pessoais, sendo esta ferramenta frequentemente complementada com gestos, imagens ou desenhos para facilitar a transmissão de informação básica.

Tabela 16

Estratégias Informais Utilizadas pelos Profissionais de Saúde no Atendimento a Utentes Imigrantes

Excerto	Participante
<i>“Através do Google, por vez, é o mais eficiente.”</i>	AT1
<i>“Utilizamos o tradutor do telemóvel pessoal. Quando não é possível, recorremos a gestos ou mostramos o que é necessário.”</i>	AT2
<i>“Falamos inglês, falamos português, falamos porto-nepalês, falamos em gestos, usamos o Google Tradutor e é uma miscelânea de confusões.”</i>	Enf.1
<i>“...Google Tradutor no computador da unidade... proporcionar-lhes também o próprio Google Tradutor, ou pedir-lhes para acederem através do telemóvel... depois comunicarmos através de imagens, de gestos...”</i>	Enf.2
<i>“Mesmo com tradutores, às vezes não se percebe se a tradução foi correta. Já testei traduzir e depois inverter e aquilo já não fazia sentido.”</i>	Enf.6
<i>“Tento mostrar imagens. Houve uma vez que usei vídeos. E por vezes usamos Google Tradutor, mas demora muito.”</i>	M2
<i>“...utilizar sinaléticas, desenhos, anotações, por exemplo, no receituário para perceberem para que serve cada medicamento, códigos de cores, ocasionalmente.”</i>	M4

Para além do recurso à tecnologia, alguns profissionais referem ter desenvolvido materiais visuais de apoio, como modelos exemplificativos de documentos, imagens e listas simplificadas, com o objetivo de facilitar a explicação de processos administrativos e requisitos legais junto de utentes imigrantes. Estas encontram-se descritas na Tabela 17.

Tabela 17*Materiais Visuais e Gestuais*

Excerto	Participante
<i>“Tenho alguns documentos fictícios apenas para mostrar ao utente aquilo que ele necessita trazer... trazer. E eles conseguem, tirando fotografia a esses documentos, percebendo aquilo que precisam.”</i>	AT2
<i>“Faço desenhos, escrevo palavras simples, uso gestos. Ajuda, mas não resolve tudo.”</i>	Enf.3
<i>“Já tive de mostrar vídeos com imagens para ensinar uma técnica.”</i>	M2

Nas respostas dos profissionais, é frequente o recurso a outras pessoas, como colegas, familiares ou acompanhantes, que atuam como facilitadores informais de comunicação, ajudando a ultrapassar barreiras linguísticas e culturais (Tabela 18).

Tabela 18

Facilitadores Informais

Excerto	Participante
<i>“Já pedi ajuda a um colega que falava a mesma língua de um utente para tentar perceber melhor o que ele queria.”</i>	AT1
<i>“Quando temos dúvidas pedimos ao colega do lado que por acaso entende aquela língua, ou então a um familiar do utente.”</i>	AT3
<i>“Por vezes os acompanhantes ajudam, ou até colegas que falam outras línguas.”</i>	Enf.3
<i>“Às vezes vem com a esposa ou o filho e usamos esses familiares para traduzirem, embora saibamos que não é o ideal.”</i>	Enf.4
<i>“Às vezes já me aconteceu ligarmos alguém que fala as duas línguas e fazermos uma consulta...é o utente que escolhe a pessoa.”</i>	M1
<i>“Se houver algum familiar ou amigo que o utente tenha...pedir para falar com essa pessoa, seja por telefone ou em outro momento, pessoalmente.”</i>	M3

Vários profissionais destacaram a necessidade de adaptar o comportamento e a comunicação conforme o contexto cultural do utente, sobretudo em situações sensíveis relacionadas com género, saúde da mulher e práticas religiosas (Tabela 19).

Tabela 19*Adaptação Cultural*

Excerto	Participante
<i>"Com os homens muçulmanos é mais complicado. Temos de ser mais cuidadosas na forma de abordar."</i>	AT2
<i>"Tentamos perceber de onde vêm, como pensam, e ajustar a nossa linguagem, mesmo que não consigamos traduzir tudo."</i>	Enf.2
<i>"Eu tento sempre adaptar-me à cultura e à pessoa, à parte individual."</i>	Enf.5
<i>"Pergunto sempre se se sente confortável com o ambiente, com o facto de eu ser mulher, por exemplo."</i>	M1

3) Estratégias de Melhoria

Os participantes apresentaram diversas sugestões para fortalecer a capacidade das unidades de saúde no atendimento a populações imigrantes, que se concentram em três eixos principais: formação, mediação linguística e desenvolvimento de materiais adaptados.

A formação contínua foi unanimemente apontada como uma necessidade urgente, uma vez que os profissionais se sentem insuficientemente preparados para lidar com a diversidade cultural e linguística destes utentes, demonstrando interesse em adquirir competências nas áreas de línguas, comunicação intercultural e legislação aplicável (Tabela 20).

Tabela 20*Formação Contínua*

Excerto	Participante
<i>"...formação nunca é demais e seria, neste caso particular, muito importante."</i>	AT2
<i>"Devemos ter formações para estas áreas."</i>	AT3
<i>"...que as próprias unidades utilizassem ou fizessem formação aos seus funcionários sobre esta questão."</i>	Enf.2
<i>"...capacitação, através de alguma formação sobre leis, sobre a comunicação com os utentes imigrantes..."</i>	Enf.4
<i>"Deveríamos ter cursos de inglês. Pelo menos inglês. Isso devia ser uma prioridade."</i>	Enf.6

Outro ponto amplamente defendido foi a implementação de mecanismos institucionais formais, nomeadamente o acesso facilitado a intérpretes presenciais, linhas de apoio à tradução, tecnologias de tradução automática e materiais de apoio traduzidos em vários idiomas (Tabela 21).

Tabela 21

Implementação de Mecanismos Institucionais Formais

Excerto	Participante
<i>“Haver mais linhas de apoio a tradução, porque como digo, nem sempre a língua que o utente diz que fala realmente é compreensível. E foi-nos facultado uma linha que, na minha experiência, nunca a consegui contactar.”</i>	AT2
<i>“O que tornavam ótimo era se os nossos serviços arranjassem um tradutor.”</i>	Enf.1
<i>“...plataformas digitais ou alguma coisa onde conseguíssemos comunicar e aquilo traduzir em direto.”</i>	Enf.2
<i>“...tradutores, digamos assim, que em situações específicas pudessem ser contactados por nós para irem aos locais, às unidades.”</i>	Enf.3
<i>“Talvez melhorar também as ferramentas informáticas de auxílio à tradução.”</i>	M3
<i>“...folhetos informativos de acesso, fluxogramas de atendimento, procedimentos a ter em cada uma das situações, tivessem todas as línguas possíveis que nós tivéssemos de imigrantes em Portugal e estarem disponíveis.”</i>	M4

A persistência das barreiras linguísticas e culturais suscita nos profissionais uma sensação de insegurança relativamente à qualidade e eficácia dos cuidados prestados (Tabela 22), com muitos a relatar dúvidas quanto à correta compreensão das orientações pelos utentes e à adesão adequada aos tratamentos prescritos.

Tabela 22

Percepções de Insegurança dos Profissionais na Prestação de Cuidados Associadas às Barreiras Percecionadas

Excerto	Participante
<i>“Pode afetar a qualidade dos cuidados de saúde que lhes estão prestado...O acesso à unidade têm. Os cuidados de saúde podem não ser os melhores porque a gente pode não perceber tudo o que eles dizem.”</i>	Enf.1
<i>“Ficamos com a sensação clara que as pessoas não estão a entender rigorosamente nada daquilo que estamos a tentar transmitir.”</i>	Enf.2
<i>“...nalgumas situações conseguimos resolver o problema, noutras ficamos com a sensação clara que as pessoas não estão a entender rigorosamente nada daquilo que estamos a tentar transmitir. Mesmo com estas estratégias adotadas.”</i>	Enf.3
<i>“...Posso é não conseguir fazer-me entender...”</i>	Enf.4
<i>“...conseguir também transmitir o plano de tratamento de uma forma que seja perceptível para o utente e que ele possa esclarecer as dúvidas que tenha e que esteja confortável.”</i>	M3

Apesar do empenho demonstrado pelos profissionais, é evidente que as barreiras identificadas comprometem a qualidade dos cuidados prestados, gerando sentimentos persistentes de incerteza e insegurança na sua prática clínica. A ausência de condições adequadas para uma comunicação eficaz compromete diretamente a efetividade do diagnóstico, do plano terapêutico e a continuidade dos cuidados, impactando negativamente os resultados clínicos e a segurança dos profissionais e utentes.

6. Discussão dos Resultados

6.1 Enquadramento Geral e Triangulação dos Resultados

O principal objetivo da presente investigação consistiu em identificar e analisar as principais barreiras percebidas pelos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central na prestação de cuidados a utentes imigrantes. Para o efeito, procurou-se compreender, de forma aprofundada, as experiências e perspetivas de assistentes técnicos, enfermeiros e médicos, recorrendo a uma abordagem metodológica mista, assente na aplicação de um questionário e na realização de treze entrevistas semiestruturadas. Esta opção permitiu uma análise abrangente e triangulada da realidade em estudo, reforçando a consistência e a robustez dos resultados obtidos.

A triangulação dos dados quantitativos e qualitativos constituiu um elemento central da presente investigação, permitindo não apenas confirmar a consistência dos resultados obtidos por diferentes métodos, mas também aprofundar a compreensão do fenómeno em estudo. A convergência entre os dados recolhidos através do questionário e os discursos produzidos nas entrevistas evidenciou que as barreiras identificadas pelos profissionais de saúde não correspondem a perceções isoladas, mas a experiências concretas, reiteradas e transversalmente partilhadas.

Desde logo, os dados quantitativos evidenciaram uma elevada prevalência de barreiras na prestação de cuidados, com destaque para as barreiras linguísticas (80,9%) e culturais (30,6%). Esta tendência foi claramente reforçada pelos dados qualitativos, nos quais os profissionais descreveram dificuldades concretas na comunicação com utentes imigrantes, nomeadamente na recolha de informação clínica, na explicação de diagnósticos, na transmissão de orientações terapêuticas e na garantia da continuidade dos cuidados. A análise qualitativa permitiu, assim, aprofundar o significado destes resultados, mostrando que a barreira linguística não constitui apenas um obstáculo à comunicação, mas um fator crítico que compromete a segurança dos cuidados, a adesão terapêutica e a relação terapêutica, em consonância com a literatura (Vitale et al., 2022; Serre-Delcor et al., 2021).

Do mesmo modo, a percepção de impacto significativo destas barreiras na prática clínica, identificada por 57,2% dos participantes, foi corroborada pelos testemunhos recolhidos nas entrevistas, nos quais emergem sentimentos de frustração, insegurança e constrangimento profissional. Esta convergência entre os dois níveis de análise sugere que as barreiras têm não apenas uma dimensão operacional e técnica, mas também uma dimensão emocional e relacional, com implicações diretas no desempenho profissional e na qualidade dos cuidados prestados (Ramos, 2020; Macedo et al., 2024).

A triangulação permitiu ainda contextualizar outros resultados quantitativos. Por exemplo, a percepção diferenciada da utilização dos serviços de saúde entre população nativa e população imigrante foi enriquecida pelos dados qualitativos, que sugerem que a menor utilização dos cuidados primários pelos imigrantes pode estar associada a dificuldades no acesso, ao desconhecimento do funcionamento do sistema de saúde e à presença de barreiras linguísticas, culturais e administrativas, em linha com o descrito por Padilla (2013), Oliveira (2023), Dias et al. (2018) e Ledoux et al. (2018).

No que respeita à preparação dos profissionais, os dados quantitativos indicaram níveis intermédios de percepção de preparação, com associação estatisticamente significativa ao nível de escolaridade ($p=0,003$). A análise qualitativa aprofundou esta evidência ao mostrar que muitos profissionais, apesar de se considerarem razoavelmente preparados, manifestam insegurança quando confrontados com situações que exigem competências linguísticas, culturais e legais específicas. Assim, a triangulação demonstrou que a percepção de preparação nem sempre corresponde a competência efetiva, reforçando a necessidade de formação contínua estruturada (Vitale et al., 2022; Serre-Delcor et al., 2021).

Paralelamente, o défice de conhecimento dos direitos dos utentes imigrantes, evidenciado quantitativamente, foi claramente confirmado pelos discursos dos profissionais, que relataram incerteza relativamente à legislação e aos procedimentos de encaminhamento. Esta convergência reforça a existência de uma lacuna estrutural na formação e na disseminação de informação

institucional, com implicações diretas na orientação dos utentes, na continuidade dos cuidados e na segurança profissional (Dias et al., 2018; Robertshaw et al., 2017).

No que diz respeito às estratégias utilizadas para ultrapassar as barreiras, os dados quantitativos evidenciaram a predominância de abordagens informais, nomeadamente a aprendizagem autodidata (51,4%) e o apoio de colegas (42,8%). Esta tendência foi claramente aprofundada na análise qualitativa, onde os profissionais referiram o recurso frequente a ferramentas de tradução automática, à comunicação não-verbal e à mediação informal por terceiros. A triangulação destes dados permite concluir que, embora os profissionais demonstrem capacidade de adaptação e resiliência, as estratégias utilizadas são essencialmente reativas e não estruturadas, refletindo a ausência de suporte institucional adequado. Este aspeto assume particular relevância, na medida em que evidencia a necessidade de respostas organizacionais mais consistentes, orientadas para a padronização e melhoria da qualidade dos cuidados em contextos multiculturais (Serre-Delcor et al., 2021; Robertshaw et al., 2017).

Em síntese, a triangulação dos resultados permitiu não só confirmar a consistência dos achados, mas também enriquecer a sua interpretação, evidenciando a complexidade do fenómeno em estudo. A convergência entre dados quantitativos e qualitativos reforça a robustez da investigação e sustenta a necessidade de uma abordagem integrada, que combine formação, suporte institucional e políticas organizacionais adequadas, de modo a melhorar a prestação de cuidados de saúde a utentes imigrantes.

Os dados quantitativos evidenciaram ainda que o contacto com utentes imigrantes constitui uma realidade transversal à maioria dos profissionais e unidades funcionais, embora cerca de 80% dos inquiridos estimem que esta população represente até 25% dos utentes das respetivas unidades. Este resultado é consistente com os dados da Entidade Reguladora da Saúde, que identificam a prestação de cuidados a utentes imigrantes como uma realidade frequente em 46,5% das unidades funcionais e regular, com periodicidade diária ou semanal, em 75,4% dos casos (Entidade Reguladora da Saúde, 2025).

A consistência desta percepção entre os diferentes grupos profissionais sugere que a presença da população imigrante já integra, de forma estável, a atividade assistencial dos cuidados de saúde primários. As ligeiras variações observadas nos assistentes técnicos poderão ser explicadas pelo seu papel nos processos de acolhimento, inscrição e encaminhamento inicial, o que os coloca numa posição particularmente relevante no primeiro contacto com os utentes imigrantes.

Os resultados apontam ainda para o predomínio de utentes oriundos do Brasil, seguidos de nepaleses, indianos e cidadãos de países africanos de língua portuguesa, refletindo dinâmicas migratórias regionais específicas. Embora esta distribuição tenha sido percecionada de forma relativamente homogénea entre os diferentes grupos profissionais, diverge parcialmente dos dados nacionais apresentados por Agência para a Integração, Migrações e Asilo (2025), segundo os quais as nacionalidades mais representadas em Portugal incluem, para além do Brasil, Angola, Cabo Verde, Reino Unido, Índia, Itália, Guiné-Bissau, Nepal, China e Japão. Esta discrepância poderá ser explicada pela distribuição geográfica diferenciada das comunidades migrantes e pelo peso específico que determinados grupos assumem no contexto local da área de abrangência da ULSAC. Deste modo, os resultados reforçam a importância de considerar os contextos regionais e institucionais na definição de estratégias de resposta às necessidades da população imigrante.

6.2 Percepção do Estado de Saúde e Padrões de Utilização dos Serviços

No que respeita à percepção do estado de saúde da população imigrante, os resultados revelaram diferenças claras face à população nativa. A maioria dos profissionais (63%) atribuiu à população imigrante valores entre 4 e 6 numa escala de 0 a 10, sugerindo uma avaliação globalmente razoável, enquanto a população nativa foi percecionada como apresentando um estado de saúde mais favorável. Estes resultados permitem corroborar a hipótese H2, segundo a qual os profissionais de saúde percecionam o nível médio de saúde da população imigrante como inferior ao da população nativa.

Estes achados encontram-se em consonância com os resultados apresentados por Serre-Delcor et al. (2021), que apontam para uma percepção mais favorável do estado de saúde da população

nativa. No entanto, contrastam com a evidência nacional apresentada por Casquilho-Martins e Ferreira (2022) e Oliveira (2023), que sugerem um melhor estado de saúde entre os imigrantes em Portugal. Esta divergência poderá refletir fatores contextuais e subjetivos, nomeadamente o perfil clínico dos utentes atendidos, o tipo de contacto estabelecido pelos profissionais e as representações sociais associadas à população imigrante. Assim, a perceção dos profissionais parece não traduzir apenas uma leitura objetiva da realidade epidemiológica, mas também uma interpretação situada, influenciada pela experiência clínica e pelo contexto institucional em que se insere.

A análise dos padrões de utilização dos serviços de saúde mostrou igualmente diferenças relevantes entre população nativa e população imigrante. A população nativa foi maioritariamente caracterizada como sobreutilizadora, ao passo que, relativamente à população imigrante, se observou uma distribuição mais heterogénea: predomina o reconhecimento de utilização adequada (40,5%), seguida da utilização excessiva (31,2%) e 28,3% utilização reduzida. Estes resultados permitem corroborar a hipótese H1, indicando que os profissionais percecionam uma menor utilização dos serviços por parte da população imigrante.

Esta tendência é consistente com a literatura, que aponta para uma menor utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes, nomeadamente ao nível dos cuidados preventivos, consultas de medicina geral e familiar e rastreios (Oliveira, 2023; Graetz et al., 2017; Rosano et al., 2017; Barros & Santos, 2025). Paralelamente, vários estudos referem um maior recurso desta população aos serviços de urgência, frequentemente associado a dificuldades no acesso atempado aos cuidados primários, ao desconhecimento do funcionamento do sistema de saúde e à presença de barreiras linguísticas, culturais e administrativas (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022; Padilla, 2013; Acquadro-Pacera et al., 2024; Sarría-Santamera et al., 2016; Dias et al., 2018; Norredam et al., 2010).

Neste sentido, os resultados do presente estudo devem ser interpretados numa perspetiva multidimensional, tal como defendem Ahmadinia et al. (2021), Riza et al. (2020), World Health Organization (2018), Padilla (2013) e Ledoux et al. (2018), que sublinham o papel do processo migratório, da instabilidade social, das experiências de discriminação, da literacia em saúde e da

fragilidade das redes de apoio na configuração dos comportamentos de procura e utilização dos serviços. A análise sugere, portanto, que os padrões de utilização não podem ser compreendidos de forma isolada, devendo ser contextualizados à luz das condições estruturais e sociais que enquadram a experiência migratória.

6.3 Condições de Saúde Percecionadas e Especificidades por Categoria Profissional

Relativamente às condições de saúde da população imigrante, os profissionais inquiridos tendem a caracterizar estes utentes como geralmente saudáveis (32,9%), embora reconheçam simultaneamente a presença de doenças crónicas (24,3%) e de perturbações de ansiedade (17,9%). Estes dados traduzem a heterogeneidade dos perfis de saúde desta população e estão em consonância com estudos que identificam uma prevalência relevante de patologias crónicas, problemas de saúde mental e situações de vulnerabilidade associadas a dificuldades de integração social e económica (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022; Riza et al., 2020; Lebano et al., 2020; Padilla, 2013; Dias et al., 2018; Acquadro-Pacera et al., 2024; Theodosopoulos et al., 2024).

Contudo, a literatura revela alguma variabilidade nas representações profissionais sobre o estado de saúde dos imigrantes. Serre-Delcor et al. (2021), por exemplo, referem que 67% dos profissionais consideram esta população particularmente afetada por transtornos mentais, enquanto apenas 15% a classificam como geralmente saudável. Esta divergência reforça a ideia de que as perceções profissionais são influenciadas por fatores contextuais, incluindo o perfil sociodemográfico das populações acompanhadas, o tipo de serviços analisados e o grau de exposição dos profissionais a situações de vulnerabilidade.

No presente estudo, estas diferenças tornam-se mais claras quando se analisa a distribuição por grupo profissional. Médicos e os enfermeiros apresentam um conhecimento clínico muito mais detalhado e uma menor proporção de respostas "Não sabe" (10,3% e 30,8%, respetivamente), em claro contraste com os assistentes técnicos, onde esta representa 48,8%. Esta discrepância reflete o carácter predominantemente administrativo das funções dos assistentes técnicos, cujo contacto com o utente não envolve a avaliação do estado de saúde.

Por outro lado, o contacto direto em ambiente de consulta permite aos médicos e enfermeiros identificar que a população imigrante é, de uma forma geral, maioritariamente saudável. No campo das patologias, a natureza da interação também molda as perceções: os médicos tendem a identificar com maior incidência sintomas ansiosos (35,9%) e patologias específicas como a doença oral e infecciosas, o que pode estar relacionado com o tipo de queixas transmitidas nas consultas médicas. Já os enfermeiros mantêm uma valorização importante das doenças crónicas (27,5%), o que pode ser reflexo do seu envolvimento continuado em programas de vigilância, tratamentos e seguimento clínico.

Estes resultados validam a premissa de que as perceções relativas às condições de saúde não dependem apenas das características dos utentes, mas são fortemente influenciadas pela natureza do contacto estabelecido pelos diferentes grupos profissionais. Esta diversidade reforça a necessidade de abordagens diferenciadas e contextualizadas na organização e prestação dos cuidados.

6.4 Preparação dos Profissionais e Conhecimento dos Direitos dos Uteses Imigrantes

No domínio da preparação para prestar cuidados a utentes imigrantes, os resultados mostram que 44,5% dos profissionais se consideram suficientemente preparados, 27,2% insuficientemente preparados e apenas 28,3% bem ou muito bem preparados. Estes dados revelam uma perceção intermédia de preparação, sugerindo que a maioria dos profissionais reconhece possuir alguma capacidade de resposta, mas não se sente plenamente segura para atuar em contextos multiculturais.

A associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a perceção de preparação ($p=0,003$) permite corroborar a hipótese H3, evidenciando que o nível de escolaridade influencia a perceção quanto à preparação para prestar cuidados de saúde a utentes imigrantes. Este resultado sugere que a formação académica poderá contribuir para o desenvolvimento de recursos cognitivos e profissionais facilitadores da atuação em contextos culturalmente diversos. Contudo, esta associação deve ser interpretada com cautela, uma vez que não se observou uma tendência linear totalmente definida. Acresce que os assistentes técnicos concentram, em geral, níveis mais baixos de

escolaridade e exercem funções predominantemente administrativas, o que poderá justificar a menor perceção de preparação neste grupo.

Apesar disso, um dado particularmente relevante é o facto de apenas 3,5% dos profissionais terem referido possuir formação específica para cuidar de imigrantes. Esta lacuna confirma a insuficiência da oferta formativa nesta área e reforça os resultados de Vitale et al. (2022) e Serre-Delcor et al. (2021), que destacam a importância da formação em competências culturais, comunicação intercultural e promoção da equidade na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No que respeita ao conhecimento dos direitos dos utentes imigrantes, os resultados evidenciam igualmente uma fragilidade expressiva. Apenas 14,5% dos profissionais consideram possuir conhecimento adequado acerca dos direitos de acesso e utilização dos cuidados de saúde pelos imigrantes, enquanto 80,9% reportam níveis escassos ou limitados de conhecimento. Estes dados revelam uma lacuna estrutural na formação e sensibilização dos profissionais, com potenciais repercussões na orientação dos utentes, na continuidade dos cuidados e no encaminhamento para outros serviços ou instituições.

Estes resultados são consistentes com os dados apresentados por Dias et al. (2011), segundo os quais cerca de um terço dos profissionais admitia não conhecer a legislação relativa ao acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, bem como com os de Serre-Delcor et al. (2021), que identificaram insuficiência de conhecimento em 60,9% dos participantes.

Embora a hipótese H4 não tenha sido corroborada estatisticamente, uma vez que o teste de Kruskal-Wallis não revelou diferenças significativas entre categorias profissionais ($p=0,058$), observou-se uma tendência que merece atenção. Os médicos apresentaram uma distribuição mais equilibrada, enquanto enfermeiros e assistentes técnicos se concentraram nas categorias menos favoráveis. Curiosamente, os assistentes técnicos reportaram níveis ligeiramente superiores de conhecimento, o que poderá estar relacionado com o contacto direto com documentação legal e procedimentos administrativos no momento da inscrição dos utentes. Ainda que este padrão não permita confirmar

a hipótese em termos estatísticos, sugere a existência de diferenças funcionais relevantes que deverão ser consideradas em futuras investigações e na definição de estratégias formativas.

Por outro lado, o tempo de exercício profissional revelou associação significativa com o nível de conhecimento ($p=0,003$), com correlação positiva, ainda que fraca. Os profissionais com mais de 30 anos de experiência reportaram maior conhecimento, enquanto aqueles com menos de 5 anos evidenciaram maiores lacunas. Este resultado sugere que a experiência profissional acumulada contribui para uma maior familiaridade com os direitos dos imigrantes no âmbito da saúde.

6.5 Estratégias de Aquisição de Conhecimento e Fragilidades Institucionais

A análise das estratégias de aquisição de conhecimento revelou que a maioria dos profissionais recorre à aprendizagem autodidata (51,4%) ou à formação informal entre colegas (42,8%) como principais fontes de informação. A utilização das redes sociais como fonte de informação (12,7%) reforça esta leitura, mostrando que os profissionais procuram conteúdos fora dos canais formais. Além disso, 8,5% dos participantes indicaram não possuir qualquer conhecimento sobre o tema, o que sugere a inexistência de uma formação mínima obrigatória sobre direitos de acesso à saúde para populações imigrantes. Apenas 5,2% referiram formação no local de trabalho, o que evidencia uma ausência de resposta institucional estruturada.

As diferenças entre grupos profissionais foram estatisticamente significativas ($p=0,004$): os assistentes técnicos recorreram mais à formação informal entre colegas (65,1%), enquanto médicos (69,2%) e enfermeiros (56,0%) privilegiaram a aprendizagem autodidata. Estes padrões parecem refletir culturas profissionais distintas e diferentes formas de exposição às dificuldades sentidas na prática clínica.

Estes resultados evidenciam que a aquisição de conhecimento nesta área depende, em larga medida, da iniciativa individual e da transmissão informal entre pares, o que fragiliza a padronização das práticas e compromete a consistência da resposta organizacional. Em termos institucionais, esta realidade revela uma insuficiente valorização da formação em contextos multiculturais como componente estruturante da qualidade assistencial.

6.6 Barreiras Percecionadas e Impacto na Prática Clínica

Cerca de 85% dos profissionais relataram já ter experienciado dificuldades na prestação de cuidados a utentes imigrantes, identificando múltiplos obstáculos, nomeadamente barreiras linguísticas, culturais e religiosas, desconhecimento da legislação e dificuldades nos mecanismos de encaminhamento para serviços sociais e de apoio. Estes resultados convergem com a literatura, que identifica de forma consistente estes fatores como obstáculos relevantes na prática clínica em contextos multiculturais (Brun-Rambaud et al., 2023; Vitale et al., 2022; Ahmadinia et al., 2021; Serre-Delcor et al., 2021; Dias et al., 2018; Ndumbi et al., 2018; Robertshaw et al., 2017).

Relativamente ao impacto destas barreiras, 57,2% dos inquiridos consideraram que interferem significativamente na prática clínica, resultado reforçado pelos discursos dos participantes, nos quais emergem sentimentos de frustração, insegurança e constrangimento profissional. Esta convergência entre dados quantitativos e qualitativos sugere que as barreiras têm não apenas uma dimensão técnica, mas também uma dimensão relacional e emocional, afetando a confiança dos profissionais e a qualidade da intervenção clínica (Vitale et al., 2022; Serre-Delcor et al., 2021; Kuan et al., 2020; Delamuta et al., 2020; Suphanchaaimat et al., 2015; Ramos, 2020; Macedo et al., 2024; Camedda & Righi, 2024; Robertshaw et al., 2017).

A associação entre categoria profissional e perceção da influência das barreiras revelou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$), corroborando a hipótese H5. Os médicos foram o grupo que mais reconheceu o impacto das barreiras na prática clínica, seguidos pelos enfermeiros, o que poderá ser explicado pelo carácter mais direto e continuado do contacto assistencial. Em contraste, a maioria dos assistentes técnicos não considerou que estas barreiras exerçam influência relevante na sua atividade, o que se compreende à luz das suas funções predominantemente administrativas. Estes resultados evidenciam que a posição ocupada no processo assistencial influencia a perceção da intensidade e da relevância das barreiras, reforçando a necessidade de adaptar as estratégias de intervenção às especificidades de cada grupo profissional.

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa ($p=0,013$) entre a escolaridade dos profissionais e a percepção das barreiras com impacto na prestação de cuidados a imigrantes. Esta percepção tendeu a ser mais expressiva entre os profissionais com qualificações de nível superior, designadamente licenciados (63,2%) e mestres (64,9%). Importa, todavia, salvaguardar que os níveis de ensino correspondentes ao 9.º ano e ao doutoramento apresentam uma expressão residual na amostra ($n=1$, em ambos os casos), pelo que a análise isolada destes subgrupos deve ser interpretada com prudência, dada a vulnerabilidade a enviesamentos. Este resultado sugere que os profissionais com ensino superior poderão ter um olhar mais crítico e atento. É provável que a formação académica desenvolva uma maior sensibilidade para as diferenças culturais, tornando estes profissionais mais capazes de notar e apontar as dificuldades que impedem uma assistência justa e igualitária aos imigrantes.

Também a associação entre tempo de exercício profissional e percepção do impacto das barreiras se revelou significativa, confirmando a hipótese H6. Os profissionais com tempo de serviço entre os 11 e 20 anos mostraram maior sensibilidade às barreiras, em que 73,3% referiram que efetivamente as barreiras influenciam a prestação de cuidados. Por contraste, entre os profissionais com mais de 30 anos de experiência, apenas 37% reconheceram esse impacto. Este padrão sugere que a experiência acumulada poderá favorecer o desenvolvimento de estratégias adaptativas e uma maior familiaridade com os obstáculos encontrados, reduzindo a sua percepção de impacto.

6.7 Barreiras Linguísticas, Culturais, Religiosas e Legais

A barreira linguística destacou-se como a mais frequente e transversal, sendo referida por 80,9% dos profissionais. As entrevistas permitiram aprofundar este resultado, mostrando que esta dificuldade compromete todas as fases do processo assistencial, desde a integração dos utentes nos serviços até à continuidade do acompanhamento. Os testemunhos recolhidos evidenciam que a comunicação limitada gera frustração, insegurança e dificuldades na transmissão de orientações clínicas, corroborando os resultados de Vitale et al. (2022), Serre-Delcor et al. (2021), Kuan et al.

(2020), Delamuta et al. (2020), Suphanchaaimat et al. (2015), Ramos (2020), Macedo et al. (2024), Camedda e Righi (2024) e Robertshaw et al. (2017).

As barreiras culturais, identificadas por 30,6% dos profissionais, revelaram-se igualmente relevantes, sobretudo entre médicos e enfermeiros. As entrevistas demonstraram que estas dificuldades se manifestam em particular em questões relacionadas com o género, a exposição do corpo, a saúde da mulher, as práticas religiosas e a forma como a saúde e a doença são compreendidas pelos utentes. Estes resultados reforçam a ideia de que as barreiras culturais vão além de aspetos comportamentais visíveis, interferindo de forma profunda na comunicação, na aceitação dos cuidados, na adesão terapêutica e na relação terapêutica (Barreto et al., 2019; Dias et al., 2018; Robertshaw et al., 2020; Vitale et al., 2022; Rodrigues & Dias, 2012; Camedda & Righi, 2024).

De forma associada, a dimensão religiosa emergiu como um fator com impacto concreto na organização dos cuidados, na aceitação terapêutica e na continuidade dos tratamentos, tal como referido por Ahmadinia et al. (2021), Brun-Rambaud et al. (2023) e Serre-Delcor et al. (2021). Os discursos dos participantes mostram, no entanto, que muitos profissionais procuram adaptar a sua prática a estas especificidades, o que denota sensibilidade clínica e capacidade de ajustamento.

Outra barreira relevante prende-se com o desconhecimento da legislação e dos direitos dos utentes imigrantes. A análise qualitativa evidencia que os profissionais sentem dificuldade em acompanhar as alterações legislativas e em orientar adequadamente os utentes quanto aos seus direitos, reforçando os achados quantitativos e corroborando os estudos de Dias et al. (2018) e Robertshaw et al. (2017). Esta lacuna compromete o encaminhamento, a continuidade dos cuidados e a segurança dos profissionais na tomada de decisão.

A existência de barreiras transcende a dimensão técnica, manifestando-se em sentimentos de frustração e insegurança. Em consonância com Dias et al. (2018) e Vitale et al. (2022), conclui-se que estas barreiras assumem contornos relacionais e emocionais, que definem a própria segurança e confiança dos profissionais de saúde.

6.8 Estratégias Utilizadas e Propostas de Melhoria

No que se refere às estratégias utilizadas para ultrapassar as barreiras, os dados quantitativos e qualitativos revelam o recurso frequente a abordagens informais e adaptativas, como o uso de tecnologias de tradução automática, comunicação não-verbal, apoio de colegas e mediação por familiares ou acompanhantes. Esta realidade é consistente com a literatura, que descreve que o recurso a soluções informais reflete a proatividade dos profissionais de saúde frente às dificuldades encontradas, como resposta à ausência de suporte institucional adequado (Suphanchaimat et al., 2015; Robertshaw et al., 2017; Squires, 2018; Gaspar et al., 2020; Vandecasteele et al., 2024; Serre-Delcor et al., 2022).

A triangulação dos dados mostra, contudo, que estas estratégias, apesar de demonstrarem proatividade e capacidade adaptativa por parte dos profissionais, são essencialmente reativas e não estruturadas. A ausência de apoio institucional obriga os profissionais a improvisar soluções, o que pode comprometer a uniformidade, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

As propostas de melhoria identificadas pelos participantes convergem em três eixos principais: a formação contínua (em comunicação intercultural, línguas e legislação), a disponibilização de recursos de tradução e interpretação (presenciais ou digitais) e o desenvolvimento de materiais informativos culturalmente adaptados. Verificou-se um consenso entre as três categorias profissionais em torno destas prioridades, destacando-se a valorização da formação dos profissionais (57,8%), a capacitação da população imigrante sobre o funcionamento do sistema de saúde (56,1%) e a acessibilidade a tradutores ou intérpretes (54,9%). Estes achados encontram-se em estreita consonância com a literatura, que preconiza estas medidas como pilares fundamentais para a promoção da equidade e da qualidade dos cuidados em contextos multiculturais (Serre-Delcor et al., 2022; Robertshaw et al., 2017; Squires, 2018; Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2025).

Não obstante este consenso global, emergiram variações nas estratégias assinaladas consoante a categoria profissional, refletindo as competências e os desafios específicos de cada grupo na prática diária. Os assistentes técnicos privilegiaram a formação sobre os decretos-lei que

regulamentam o acesso da população imigrante aos serviços de saúde (39,5%). Este resultado compreende-se pela função administrativa e burocráticas das suas funções, as quais constituem a porta de entrada no sistema de saúde e exigem um domínio rigoroso do quadro legal para a integração e utilização dos serviços por estes utentes.

Em contrapartida, os enfermeiros e médicos focaram-se em soluções operacionais para mitigar as barreiras imediatas na prestação de cuidados, com particular relevo para a barreira linguística. Os enfermeiros destacaram a utilização de aplicações móveis ou plataformas digitais com sistemas de tradução automática (54,9%), dada a natureza contínua e imediata dos seus cuidados. Por sua vez, os médicos priorizaram a realização de workshops e atividades de educação e promoção da saúde direcionadas à população imigrante (58,9%), evidenciando uma orientação para a capacitação e literacia em saúde do utente.

Em suma, estes resultados sugerem a necessidade de uma resposta que, sendo organizada e abrangente, atenda também às particularidades de cada categoria profissional. Ou seja, mais do que uma estratégia única, os dados parecem indicar que o sucesso destas medidas depende da sua adaptação às dificuldades específicas sentidas por cada grupo na sua prática diária.

A convergência entre os dados quantitativos e qualitativos reforça a robustez das conclusões e evidencia a necessidade de uma resposta institucional mais estruturada, assente na formação contínua dos profissionais, na disponibilização de recursos de mediação linguística e cultural e na criação de estratégias organizacionais ajustadas à diversidade sociocultural da população atendida. Neste sentido, os resultados não só confirmam a relevância do fenómeno em estudo, como sustentam a necessidade de políticas públicas e institucionais orientadas para a promoção da equidade, da inclusão e da qualidade dos cuidados de saúde.

7. Conclusões

A intensificação dos fluxos migratórios e a crescente diversidade sociocultural colocam desafios acrescidos aos sistemas de saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade, segurança, acessibilidade e eficácia dos cuidados prestados. Neste contexto, os profissionais de saúde confrontam-se com obstáculos que condicionam a sua prática clínica e influenciam a resposta assistencial prestada à população imigrante. O presente estudo assumiu, por isso, particular relevância ao procurar identificar e analisar as principais barreiras percecionadas pelos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central na prestação de cuidados a utentes imigrantes.

Tendo por base o objetivo geral definido, pode concluir-se que o estudo permitiu identificar um conjunto de barreiras interdependentes de natureza linguística, cultural, religiosa, legal e organizacional, que condicionam a prestação de cuidados e afetam a sua qualidade e continuidade. Os resultados evidenciam que estas dificuldades não se traduzem apenas em constrangimentos operacionais, mas têm igualmente implicações clínicas, relacionais e emocionais, gerando sentimentos de frustração, insegurança e limitação entre os profissionais de saúde. Esta realidade encontra-se em consonância com a literatura, que identifica as barreiras linguísticas e culturais, o desconhecimento da legislação e as dificuldades de encaminhamento como obstáculos significativos na prestação de cuidados a populações migrantes (Vitale et al., 2022; Serre-Delcor et al., 2021; Dias et al., 2018; Robertshaw et al., 2017).

Os resultados obtidos permitiram ainda responder de forma consistente às questões de investigação formuladas. No que respeita à primeira questão, relativa às barreiras identificadas pelos profissionais, destacou-se a barreira linguística como a mais frequente, seguida das barreiras culturais, religiosas e legais. No que respeita à segunda questão, centrada nas estratégias capazes de otimizar a prática dos profissionais, os dados evidenciaram a relevância da formação contínua, da disponibilização de intérpretes, da criação de materiais informativos culturalmente adaptados e da definição de circuitos de referênciação mais claros e eficazes.

A análise dos resultados quantitativos permitiu igualmente confirmar várias das hipóteses formuladas. A hipótese H1 foi corroborada, uma vez que os profissionais percebem que a população nativa recorre com maior frequência aos serviços de saúde do que a população imigrante. A hipótese H2 foi igualmente corroborada, evidenciando-se uma percepção menos favorável do estado de saúde da população imigrante quando comparada com a população nativa, apesar de esta conclusão contrastar com alguns dados nacionais que apontam para um melhor estado de saúde dos imigrantes em Portugal (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022; Oliveira, 2023). Esta discrepância sugere que as percepções profissionais são influenciadas por fatores contextuais e pela natureza do contacto assistencial estabelecido.

A hipótese H3 foi também confirmada, verificando-se uma associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a percepção de preparação dos profissionais para prestar cuidados a utentes imigrantes. Este resultado reforça a importância da formação académica e profissional no desenvolvimento de competências adequadas à atuação em contextos multiculturais. Já a hipótese H4 não foi corroborada estatisticamente, não se tendo verificado uma associação significativa entre a categoria profissional e o conhecimento dos direitos dos utentes imigrantes. Ainda assim, os resultados evidenciaram uma fragilidade generalizada neste domínio, com apenas uma minoria dos profissionais a considerar possuir conhecimento adequado sobre a legislação e os direitos de acesso aos cuidados de saúde, em linha com os resultados de Dias et al. (2011) e Serre-Delcor et al. (2021).

Por sua vez, as hipóteses H5 e H6 foram corroboradas. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre categorias profissionais relativamente à percepção do impacto das barreiras na prestação de cuidados, sendo os médicos e os enfermeiros os grupos que mais reconheceram essa influência. Do mesmo modo, os profissionais com menor tempo de exercício profissional revelaram maior sensibilidade às barreiras, enquanto os mais experientes tenderam a perceber menor impacto, o que poderá refletir o desenvolvimento de estratégias adaptativas ao longo da experiência profissional.

A triangulação entre os resultados quantitativos e qualitativos reforçou a consistência das conclusões. Os dados qualitativos confirmaram as tendências identificadas no questionário e permitiram aprofundar o seu significado, evidenciando de forma mais clara o impacto das barreiras na prática clínica, na comunicação, na relação terapêutica e na continuidade dos cuidados. Esta convergência entre métodos permitiu compreender que as dificuldades sentidas pelos profissionais não se limitam a episódios pontuais, mas refletem uma realidade recorrente e estrutural, que exige respostas organizacionais mais consistentes.

No plano das contribuições, este estudo constitui um contributo relevante para o aprofundamento do conhecimento sobre os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde em contextos multiculturais, particularmente ao nível dos cuidados de saúde primários. Ao dar voz aos profissionais, permitiu aceder às dificuldades concretamente vivenciadas no quotidiano assistencial e identificar necessidades específicas de intervenção, contribuindo para uma melhor compreensão das exigências colocadas pela diversidade sociocultural à prática clínica. Deste modo, o trabalho reforça a necessidade de políticas públicas integradas e de formação contínua como eixos estruturantes de uma resposta eficaz e equitativa.

Em termos práticos, os resultados sustentam a necessidade de reforçar a formação dos profissionais em competências linguísticas, culturais, jurídicas e de comunicação intercultural, bem como de disponibilizar serviços de tradução presencial ou digital, materiais informativos acessíveis e culturalmente adaptados e circuitos específicos de referência, particularmente em áreas mais sensíveis, como a saúde mental. Recomenda-se igualmente o investimento em ações de literacia em saúde dirigidas à população imigrante, de modo a promover o acesso, a compreensão e a adesão aos cuidados, em consonância com a literatura que destaca a importância destas medidas na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Serre-Delcor et al., 2022; Robertshaw et al., 2017; Squires, 2018; Entidade Reguladora da Saúde, 2025).

Com base nos resultados obtidos, propõem-se recomendações dirigidas à Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, nomeadamente: o reforço da formação contínua dos profissionais; a

integração de intérpretes qualificados; a disponibilização de materiais informativos culturalmente adaptados; a criação de circuitos de referência articulados entre serviços de saúde e serviços sociais; e o desenvolvimento de programas de literacia em saúde dirigidos à população imigrante. Estas medidas visam não apenas ultrapassar as barreiras identificadas, mas também consolidar uma abordagem institucional integrada, equitativa e sustentada, que ultrapasse a iniciativa individual dos profissionais e promova a qualidade dos cuidados prestados.

Apesar da relevância dos resultados, importa reconhecer algumas limitações. O estudo foi desenvolvido numa única Unidade Local de Saúde, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, o que limita a generalização dos resultados a outras instituições ou contextos de prestação de cuidados. Acresce que, tratando-se de um estudo descritivo, exploratório e de natureza transversal, os resultados refletem a realidade observada no momento da recolha de dados, não permitindo estabelecer relações de causalidade nem inferir a sua evolução ao longo do tempo. Adicionalmente, importa notar a natureza autorreportada dos dados, suscetível a enviesamentos de perceção, bem como a ausência da perspetiva dos utentes imigrantes. Adicionalmente, a reduzida percentagem de profissionais com formação específica em cuidados a imigrantes limitou a exploração mais aprofundada do impacto dessa formação na prática clínica. Ainda assim, estas limitações não comprometem a relevância dos achados, pelo contrário, reforçam a necessidade de futuras investigações com amostras mais diversificadas, metodologias complementares e integração de múltiplas perspetivas.

Em síntese, o estudo evidencia que a prestação de cuidados a utentes imigrantes continua a ser condicionada por barreiras relevantes, com impacto direto na qualidade, segurança e continuidade dos cuidados. A promoção da equidade em saúde exige, por isso, uma resposta sistémica e institucionalizada, assente em políticas públicas eficazes, formação contínua e estratégias organizacionais ajustadas à diversidade sociocultural. Este trabalho constitui, assim, um contributo relevante para o avanço do conhecimento científico na área da saúde e imigração, oferecendo uma base sólida para futuras intervenções e para o desenvolvimento de investigação aplicada.

Referências

- Acquadro-Pacera, G., Valente, M., Facci, G., Molla Kiros, B., Della Corte, F., Barone-Adesi, F., Ragazzoni, L., & Trentin, M. (2024). Exploring differences in the utilization of the emergency department between migrant and non-migrant populations: a systematic review. *BMC public health*, 24(1), 963. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18472-3>
- Ahmadinia, H., Eriksson-Backa, K. e Nikou, S. (2022). Health-seeking behaviours of immigrants, asylum seekers and refugees in Europe: a systematic review of peer-reviewed articles. *Journal of Documentation*, 78/7, p 18-41. <https://doi.org/10.1108/JD-10-2020-0168>
- Agência para a Integração, Migrações e Asilo. (2025). *Relatório de Migrações e Asilo 2024*. <https://www.aima.gov.pt>
- Agência para a Integração, Migrações e Asilo. (2025). *Relatório de migrações e asilo 2024*. <https://aima.gov.pt/media/pages/documents/fec4d6a712-1760603125/relatorio-migracoes-e-asilo-2024.pdf>
- Alarcon F. J. (2022). The Migrant Crisis and Access to Health Care. *Delaware journal of public health*, 8(4), 20–25. <https://doi.org/10.32481/djph.2022.10.006>
- Assembleia da República. (1976, 10 de abril). *Constituição da República Portuguesa* (aprovada em Diário da República, 1.ª série, n.º 86, pp. 737–784). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1976/04/08600/07380775.pdf>
- Assembleia da República. (2017, 23 de agosto). *Lei n.º 93/2017: Regime jurídico da prevenção, da proibição e do combate à discriminação em razão da origem racial e étnica, cor, nacionalidade, ascendência e território de origem*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 161, pp. 4911–4919. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2017/08/16200/0491104915.pdf>
- Assembleia da República. (2019, 4 de setembro). *Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro: Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169, pp. 55–66. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

- Barreto, M. S., Nascimento, D. G., Magini, L. Y. Z., Oliveira, I. L., Vieira, V. C. L., & Marcon, S. S. (2019). Discurso de enfermeiros e médicos sobre a utilização do serviço de emergência por imigrantes. *Esc Anna Nery*, 23(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0003>
- Barros, P. P., & Santos, C. B. da C. (2025). *Além-fronteiras: Saúde mental e acesso a cuidados de saúde dos imigrantes em Portugal* (Notas informativas: análises do setor da saúde, n.º 09). Nova School of Business and Economics. <https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/2025/09.%20Migrantes.pdf>
- Brun-Rambaud, G., Alcouffe, L., Tareau, M. A., Adenis, A., & Vignier, N. (2023). Access to health care for migrants in French Guiana in 2022: a qualitative study of health care system actors. *Frontiers in public health*, 11, 1185341. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1185341>
- Camedda, C., & Righi, M. (2024). Experiences and Suggestions of Nurses Involved in Caring for Migrant Populations in Italy: A Qualitative Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(2), 275. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020275>
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para autoaprendizagem*. Universidade Aberta.
- Casquilho-Martins, I. & Ferreira, S. (2022). Migrants' Health Policies and Access to Health Care in Portugal within the European Framework. *Societies*, 12(2), 55. <https://doi.org/10.3390/soc1202005>
- Comissão Europeia. (2020, 24 de novembro). *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões: Plano de ação sobre a integração e a inclusão para 2021–2027 (COM(2020) 758 final)*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0758>
- Credé, S. H., Such, E., & Mason, S. (2018). International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 28(1), 61–73. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx057>

- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativo e misto* (3ª ed.). Artmed.
- Delamuta, K. G., Mendonça, F. F., Domingos, C. M., & Carvalho, M. N. (2020). Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), e00087019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087019>
- Delilovic, S., Kulane, A., Åsbring, N., Marttila, A., & Lönnroth, K. (2018). What value for whom? Provider perspectives on health examinations for asylum seekers in Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research*, 18(1), 601. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3422-1>
- Dias, S., Gama, A., Silva, A.C., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M., & Martins, M. R. (2018). *Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes . Observatório das Migrações*. <https://www.researchgate.net/publication/328227794>
- Direção-Geral da Saúde. (2009, 7 de maio). *Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD: Acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsdmd-de-07052009-pdf.aspx>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2025). *Acesso de imigrantes a cuidados de saúde primários*. Departamento de Estudos e Avaliação em Saúde; Departamento do Utente. Aprovado pelo Conselho de Administração em 07/03/2025. Porto, Portugal. <https://www.ers.pt>
- Fonseca, M. L. & Silva, S. (2010). *Saúde e imigração: Utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça?* (1.ª ed.). Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. https://www.researchgate.net/publication/259526956_Saude_e_Imigracao_Utentes_e_Ser_vicos_na_area_de_influencia_do_Centro_de_Saude_da_Graca
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Lusociência.
- Gaspar, A. M. C., Branco, C. B., Pedro, C. F. da S., Nunes, D. F., Alves, N. S. A., & Reis, A. (2020). As estratégias de enfermagem adotadas para ultrapassar as barreiras culturais e linguísticas com

- peessoas culturalmente diversas: Uma scoping review. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 215–222.
<http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Graetz, V., Rechel, B., Groot, W., Norredam, M., & Pavlova, M. (2017). Utilization of health care services by migrants in Europe-a systematic literature review. *British medical bulletin*, 121(1), 5–18. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldw057>
- Hossin M. Z. (2020). International migration and health: it is time to go beyond conventional theoretical frameworks. *BMJ Global Health*, 5(2), e001938. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001938>
- Kuan, A. S., Chen, T. J., & Lee, W. C. (2020). Barriers to health care services in migrants and potential strategies to improve accessibility: A qualitative analysis. *Journal of the Chinese Medical Association*, 83(1), 95–101. <https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000000224>
- International Organization for Migration. (2013). *World migration report 2013: Migrant well-being and development*. International Organization for Migration.
<https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2013>
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC public health*, 20(1), 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
- Ledoux, C., Pilot, E., Diaz, E., & Krafft, T. (2018). Migrants' access to healthcare services within the European Union: A content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. *Globalization and health*, 14(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0373-6>
- Macedo, M., Santos, V. E., Melo, J., Lima, M., Bispo, M., & Saraiva, C. (2024). Barreiras e facilitadores para comunicação efetiva entre profissionais de enfermagem e pacientes: Scoping review. *Advances in Nursing and Health*, 6(1), 1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/anh.2024v6.id47858>

- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª ed.). Atlas.
- Ministério da Saúde. (2001, 12 de dezembro). *Despacho n.º 25 360/2001. Diário da República, 2.ª série, n.º 286, pp. 20597–20598.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/25360-2001-3622857>
- Ndumbi, P., Del Romero, J., Pulido, F., Velasco Arribas, M., Drona, F., Blanco Ramos, J. R., García de Olalla, P., Ocaña, I., Belda-Ibañez, J., Del Amo, J., Álvarez-Del Arco, D., & aMASE Research Group (2018). Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain. *European journal of public health, 28*(3), 451–457. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx225>
- Norredam, M., Agyemang, C., Hoejbjerg Hansen, O. K., Petersen, J. H., Byberg, S., Krasnik, A., & Kunst, A. E. (2014). Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: Test of the “healthy migrant effect” hypothesis. *Tropical Medicine & International Health, 19*(8), 958–967. <https://doi.org/10.1111/tmi.12340>
- Oliveira, C. (2023). *Indicadores de integração de imigrantes: Relatório estatístico anual 2023* (1.ª ed., Imigração em Números – Relatórios Anuais 8). Observatório das Migrações, Alto Comissariado para as Migrações. <https://migrant-integration.ec.europa.eu/system/files/2023-12/Relatorio%20Estatistico%20Anual%20-%20Indicadores%20de%20Integracao%20de%20Imigrantes%202023.pdf>
- Oliveira, C. R. (Coord.), & Gomes, N. (2018). *Indicadores de integração de imigrantes 2018: Relatório estatístico anual*. Observatório das Migrações, Alto Comissariado para as Migrações, I.P. <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/346134/Indicadores+de+Integra%C3%A7%C3%A3o+de+Imigrantes+2018>
- Padila, B. (2013). Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *REMHU, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, 21*(40), 49-68. <https://remhu.csem.org.br/index.php/remhu/article/view/363>
- Peñuela-O'Brien, E., Wan, M. W., Edge, D., & Berry, K. (2023). Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative

systematic review. *Transcultural psychiatry*, 60(1), 176–198.

<https://doi.org/10.1177/13634615211067360>

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11, 187.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>

Presidência do Conselho de Ministros. (2004, 25 de março). *Decreto-Lei n.º 67/2004*. *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 72, pp. 1798. [https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/67-2004-211033)

[lei/67-2004-211033](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/67-2004-211033)

Presidência do Conselho de Ministros. (2004, 9 de agosto). *Portaria n.º 995/2004*. *Diário da República*, 1.ª série-B, n.º 186, pp. 5141–5143. [https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/995-](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/995-2004-515406)

[2004-515406](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/995-2004-515406)

Presidência do Conselho de Ministros. (2015, 20 de março). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015: Aprova o Plano Estratégico para as Migrações 2015–2020*. *Diário da República*, 1.º suplemento, 1.ª série, n.º 56, pp. 1654(2)–1654(24).

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/12-b-2015-66807913>

Presidência do Conselho de Ministros. (2019, 20 de agosto). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 158, pp. 45–54.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/141-2019-124044668>

Presidência do Conselho de Ministros, Administração Interna, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2020, 8 de novembro). *Despacho n.º 10 944/2020*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 217-A, pp. 3–4. [https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10944-2020-](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10944-2020-147933307)

[147933307](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10944-2020-147933307)

Presidência do Conselho de Ministros, Administração Interna, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2021, 30 de abril). *Despacho n.º 4473-A/2021*. *Diário da República*, 2.ª série,

1.º suplemento, n.º 84, pp. 2–3. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4473-a-2021-162570897>

Presidência do Conselho de Ministros. (2024). *Plano de ação para as migrações: Problemas, desafios, princípios e ações*. Junho de 2024. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBQAAAB%2BLCAAAAAAABAAzNDEysQAASnPtKQUAAAA%3D>

Ramos, N. (2020). Desafios globais contemporâneos da comunicação e da saúde das populações migrantes e refugiados. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación, ALAIC, USP*, 19(35), 38-49. <http://hdl.handle.net/10400.2/10554>

Riza, E., Karnaki, P., Gil-Salmerón, A., Zota, K., Ho, M., Petropoulou, M., Katsas, K., Garcés-Ferrer, J., & Linos, A. (2020). Determinants of Refugee and Migrant Health Status in 10 European Countries: The Mig-HealthCare Project. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6353. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176353>

Robertshaw, L., Dhesi, S., & Jones, L. L. (2017). Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*, 7(8), e015981. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015981>

Rodrigues, R., & Dias, S. (2012). Encontro com a diferença: A perspetiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. *Sociológico*, 63–72. <https://doi.org/10.4000/sociologico.583>

Rosano, A., Dauvrin, M., Buttigieg, S. C., Ronda, E., Tafforeau, J., Dias, S., & Migchelsen, M. (2017). Access to preventive health care services for migrants in five EU countries. *BMC Health Services Research*, 17, 588. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2549-9>

Sarría-Santamera, A., Hijas-Gómez, A. I., Carmona, R., & Gimeno-Feliú, L. A. (2016). A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public health reviews*, 37, 28. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3>

- Serre-Delcor, N., Oliveira, I., Moreno, R., Treviño, B., Hajdók, E., Esteban, E., Murias-Closas, A., Denial, A., & Evangelidou, S. (2021). A Cross-Sectional Survey on Professionals to Assess Health Needs of Newly Arrived Migrants in Spain. *Frontiers in public health*, 9, 667251. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.667251>
- Squires A. (2018). Strategies for overcoming language barriers in healthcare. *Nursing management*, 49(4), 20–27. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000531166.24481.15>
- Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC health services research*, 15, 390. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z>
- Theodosopoulos, L., Fradelos, E. C., Panagiotou, A., Drelioz, A., & Tzavella, F. (2024). Prestação de cuidados culturalmente competentes a migrantes por profissionais de saúde: Um aspeto crucial da prestação de cuidados culturalmente sensíveis. *Social Sciences*, 13(10), 530. <https://doi.org/10.3390/socsci13100530>
- Unidade Local de Saúde do Alentejo Central. (2025, 28 de novembro). *Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC)*. <https://www.ulsac.min-saude.pt/2025/11/28/unidade-local-de-saude-do-alentejo-central-ulsac/>
- Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, E.P.E. (2026, 15 de janeiro). *Área dos CSP da ULS Alentejo Central*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/944/40007/Pages/default.aspx>
- Vandecasteele, R., Robijn, L., Willems, S., De Maesschalck, S., & Stevens, P. A. J. (2024). Barriers and facilitators to culturally sensitive care in general practice: a reflexive thematic analysis. *BMC primary care*, 25(1), 381. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02630-y>
- Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. Em AS Silva & JM Pinto (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. xx-xx). Edições Afrontamento.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação - O processo de construção do conhecimento* (1ª ed.). Edições Sílabo
- Vitale, E., Lupo, R., Calabrò, A., Ilari, F., Lezzi, A., Zacchino, S., Vergori, S., Chetta, G., Latina, S., Benedetto, A., Lezzi, P., & Conte, L. (2022). Transcultural health: attitudes, perceptions,

knowledge of Italian nurses. An observational study. *Acta Bio-Medica*, 93(5), e2022306.

<https://doi.org/10.23750/abm.v93i5.13593>

World Health Organization. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO*

European Region: No public health without refugee and migrant health. World Health

Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/311347>

Apêndice

Apêndice A

Questionário de autopreenchimento aplicado aos profissionais

Barreiras e Desafios no Acesso à Saúde dos Imigrantes: Perceções dos Profissionais de Saúde na Unidade Local de Saúde Alentejo Central – Um estudo exploratório

Exmo./a Sr./a,

O meu nome é Nélio Rainho, sou Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação da Unidade Local de Saúde Alentejo Central (ULSAC), na Unidade de Saúde Familiar Salus e aluno do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde no Politécnico de Santarém, Escola Superior de Gestão e Tecnologia.

Encontro-me a desenvolver uma investigação intitulada “**Barreiras e Desafios no Acesso à Saúde dos Imigrantes: Perceções dos Profissionais de Saúde na Unidade Local de Saúde Alentejo Central – Um estudo exploratório**” e convido-o/a a participar neste estudo que tem como principal objetivo: Identificar as principais barreiras percebidas pelos profissionais de saúde, da área dos cuidados de saúde primários da ULSAC, na prestação de cuidados de saúde a imigrantes, com o intuito de propor estratégias a fim de melhorar o acesso e a qualidade do atendimento.

A investigação conta com o contributo da Professora Doutora Sandra Oliveira como orientadora.

O presente questionário destina-se exclusivamente a profissionais de saúde, especificamente assistentes técnicos, enfermeiros e médicos da ULSAC, a exercerem funções nos Cuidados de Saúde Primários da ULSAC. O preenchimento deste questionário demorará, aproximadamente, 10 minutos e não apresenta qualquer risco para os participantes.

O questionário encontra-se dividido em duas partes: a primeira permite a caracterização profissional dos participantes e a segunda avalia a perceção sobre as barreiras/problemas/dificuldades encontradas na prestação de cuidados a imigrantes.

A sua participação é voluntária e tem a liberdade de não responder ou de interromper a sua participação a qualquer momento, se assim o desejar. Todas as informações recolhidas serão utilizadas, exclusivamente, para o fim descrito neste estudo.

A sua privacidade, anonimato e a confidencialidade dos dados serão garantidos, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (Lei n.º 58/2019).

O presente **estudo está em conformidade com os princípios éticos**, tendo o parecer positivo da comissão de ética da ULSAC.

Caso tenha alguma questão relacionada a esta investigação, solicita-se o contacto com o investigador, Nélio Rainho, através do email: 230001621@esg.ipsantarem.pt.

Os resultados do estudo podem ser solicitados enviando um email para o investigador através do endereço eletrónico acima referido.

A sua colaboração será fundamental para o desenvolvimento deste estudo. Agradeço, desde já, pela disponibilidade e contributo.

Com os melhores cumprimentos,

Nélio Rainho

Declaração de Consentimento

Declaro que li e compreendi a informação acima apresentada. Estou informado(a) e esclarecido(a).

Declaro que presto o meu consentimento livre, e permito a utilização dos dados recolhidos, para os fins estritamente mencionados.

Sim, aceito participar.

Não, não aceito participar.

I – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

1 - Sexo

Masculino

- Feminino
- Prefiro não responder

2 - Qual a sua idade?

- entre 20 – 29
- entre 30 – 39
- entre 40 – 49
- entre 50-59
- entre 60 – 69

3 - Qual a sua nacionalidade?

- Portuguesa
- Outra opção

4 - Escolaridade?

- 4º ano
- 9º ano
- 12º ano
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5 - Qual a sua profissão?

- Assistente técnico
- Enfermeiro
- Médico

6 – Onde desempenha funções?

- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)
- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)
- Unidade de Saúde Familiar (USF)
- Unidade de Saúde Pública (USP)
- SAP/SUB

7 - Tempo de profissão?

- Menos de 5 anos
- Entre 5 e 10
- Entre 11 e 20
- Entre 21 e 30
- Mais de 30

8 - Já viveu ou trabalhou fora de Portugal?

Sim

Não

9 - Na sua unidade, tem contacto com utentes imigrantes?

Sim

Não

II - PERCEÇÃO SOBRE AS BARREIRAS/PROBLEMAS/DIFICULDADES ENCONTRADAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A IMIGRANTES

10 - Qual considera ser a percentagem de população imigrante que frequenta a sua unidade?

0-25 %

26-50%

51-75%

> 75%

11 - Entre as opções seguintes, selecione qual/quais a/as nacionalidade/es que considera que está/estão mais representada/as, entre os utentes imigrantes, que frequentam a sua unidade? (Pode indicar várias opções)

Angolana

Brasileira

- Cabo Verdiana
- Chinesa
- Guineense
- Indiana
- Italiana
- Francesa
- Japonesa
- Nepalesa
- Britânica
- Outra

12 – Das nacionalidades indicadas na pergunta 11, qual considera ser a que utiliza mais os serviços de saúde? Indique uma

13 - Utilizando a escala numérica de 1 a 10, na sua opinião, qual é o nível médio de saúde da população da área onde vive?

Muito baixo 1— 2— 3— 4— 5— 6— 7— 8— 9— 10 Excelente

14 - De 1 a 10, na sua opinião, qual é o nível médio de saúde da população imigrante?

Muito baixo 1— 2— 3— 4— 5— 6— 7— 8— 9— 10 Excelente

15 - Na sua opinião, como caracteriza a utilização dos serviços de saúde pela população nativa?

- Pouca utilização
- Utilização adequada

Utilização excessiva

16 - Na sua opinião, como caracteriza a utilização dos serviços de saúde pela população migrante?

Pouca utilização

Utilização adequada

Utilização excessiva

17 - Na sua opinião, quais as doenças mais prevalentes entre os imigrantes que recorrem à sua unidade?

Em geral, são saudáveis

Doenças crónicas (obesidade, hipertensão, diabetes...)

Ansiedade/stress/dificuldade em dormir/dificuldade em concentrar-se

Doenças infecciosas (VIH/SIDA, infeções sexualmente transmissíveis, hepatites virais, tuberculose...)

Saúde oral

Não sabe

Outra

18 - Como considera a sua preparação para prestar cuidados a imigrantes?

Insuficiente

Suficiente

Boa

Muito boa

19 - Recebeu formação específica sobre cuidados sociais ou de saúde para a população imigrante?

- Sim
- Não

20 - Como avalia o seu conhecimento sobre o grau de cobertura dos cuidados de saúde (direitos) dos imigrantes?

- Sem conhecimento
- Pouco conhecimento
- Conhecimento limitado
- Conhecimento adequado

21 - Como adquiriu conhecimentos sobre os direitos, aos cuidados de saúde, dos imigrantes? (Pode selecionar mais do que uma opção)

- Recebi formação específica no meu local de trabalho
- Através de colegas de trabalho, informalmente
- Através das redes sociais
- Autodidata
- Não tenho quaisquer conhecimentos
- Outra

22 - Já sentiu/vivenciou algumas barreiras/problemas/dificuldades na prestação de cuidados de saúde à população imigrante?

- Sim
- Não

23 - Se respondeu "Sim" à pergunta 22, diga que tipo barreira/problema/dificuldade sentiu? (Pode assinalar mais do que uma resposta)

- Linguísticas
- Religiosas
- Culturais
- Administrativas
- Relacionadas com profissão do imigrante
- Geográficas (distância à unidade, meio rural, etc)
- Legais (direitos, deveres)
- Outra

24 - Considera que as barreiras/problemas/dificuldades encontradas, dificultam o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde?

- Sim
- Não

25 - Se respondeu "Sim" à pergunta 24, apresente dois exemplos?

26 - Considera que as barreiras/problemas/dificuldades encontradas dificultam a sua prestação de cuidados?

- Sim
- Não

27 - Se respondeu "Sim" à pergunta 26, apresente dois exemplos?

28 - Que estratégias costuma utilizar para ultrapassar as barreiras encontradas na prestação de cuidados aos imigrantes? Dê 2 exemplos.

29 - Que estratégias considera que podiam melhorar/facilitar os cuidados prestados aos imigrantes na sua unidade? (Pode seleccionar mais que uma opção)

- Tradutores (Agentes comunitários de saúde)
- Formação dos profissionais sobre competências interculturais em matéria de saúde
- Formação específica para imigrantes sobre a utilização do sistema de saúde
- Workshops/atividades de educação e promoção da saúde para a população imigrante
- Formação sobre os decretos que regulamentam o acesso dos imigrantes ao sistema de saúde
- Circuitos de referenciação específicos para a saúde mental
- Aplicações móveis/internet com sistemas de tradução automática
- Cursos de idiomas para profissionais de saúde
- Outros

30 - Considera que este questionário foi útil para compreender melhor as barreiras/problemas/dificuldades enfrentados pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados à população imigrante? Por favor, assinale de 1 a 10.

Nada útil 1— 2— 3— 4— 5— 6— 7— 8— 9— 10 Extremamente útil

Apêndice B

Guião da entrevista

I – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

1 - Sexo

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não responder

2 - Qual a sua idade?

- entre 20 – 29
- entre 30 – 39
- entre 40 – 49
- entre 50-59
- entre 60 – 69

3 - Qual a sua nacionalidade?

- Portuguesa
- Outra opção

4 - Escolaridade?

- 4º ano
- 9º ano

- 12º ano
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5 - Qual a sua profissão?

- Assistente técnico
- Enfermeiro
- Médico

6 – Onde desempenha funções?

- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)
- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)
- Unidade de Saúde Familiar (USF)
- Unidade de Saúde Pública (USP)
- SAP/SUB

7 - Tempo de profissão?

- Menos de 5 anos
- Entre 5 e 10
- Entre 11 e 20

Entre 21 e 30

Mais de 30

8 - Já viveu ou trabalhou fora de Portugal?

Sim

Não

9 - Na sua unidade, tem contacto com utentes imigrantes?

Sim

Não

II - PERCEÇÃO SOBRE AS BARREIRAS/PROBLEMAS/DIFICULDADES ENCONTRADAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A IMIGRANTES

1) Ao prestar cuidados de saúde a imigrantes, já encontrou barreiras/problemas/dificuldades? Se sim, quais?

2) Considera que as barreiras/problemas/dificuldades que mencionou afetam o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde?

3) Considera que as barreiras/problemas/dificuldades que mencionou afetam o seu trabalho enquanto profissional de saúde na prestação de cuidados a imigrantes? Em que medida?

3 - De que maneira a falta de conhecimento sobre as leis, que regulamentam o acesso aos cuidados de saúde pela população imigrante, limita a prestação de cuidados?

4 – Em que medida as barreiras linguísticas influenciam a prestação de cuidados a imigrantes?

5 - Encontra algumas dificuldades culturais particulares na prestação de cuidados à população migrante? Se sim, quais?

6 - Há alguma nacionalidade de imigrantes em que as barreiras/problemas/dificuldades mencionadas são particularmente evidentes?

7 - Quais estratégias que utiliza para reduzir as barreiras e/ou dificuldades na prestação de cuidados a imigrantes?

8 - Acredita que essas estratégias facilitam o acesso da população imigrante aos serviços de saúde?

9 - Na sua opinião, o que seria fundamental para melhorar a prestação de cuidados à população imigrante?

Apêndice C

Consentimento Informado da Entrevista

Consentimento Informado

Olá, bom dia/boa tarde! Antes de mais, muito obrigada por aceitar participar nesta entrevista.

O meu nome é Nélio, sou enfermeiro na ULSAC e mestrando do curso de gestão em unidades de saúde do instituto politécnico de santarém – Escola Superior de Gestão e estou a realizar esta entrevista no âmbito do meu estudo de investigação sobre intitulado Barreiras e Desafios no Acesso à Saúde dos Imigrantes: Perceções dos Profissionais de Saúde na Unidade Local de Saúde Alentejo Central – Um estudo exploratório

O objetivo deste estudo é Identificar as principais barreiras percebidas pelos profissionais de saúde da área dos cuidados de saúde primários da ULSAC na prestação de cuidados de saúde a imigrantes.

A entrevista terá uma duração aproximada de 15 minutos e será de natureza semiestruturada, o que significa que existe um conjunto de questões orientadoras, embora a conversa possa desenvolver-se de forma flexível, conforme os temas que forem surgindo. A entrevista está organizada em duas partes: a primeira visa recolher alguns dados demográficos, e a segunda foca-se na perceção dos profissionais de saúde relativamente às barreiras identificadas na prestação de cuidados de saúde a pessoas imigrantes.

Gostaria de reforçar que a sua participação é voluntária, podendo interromper ou desistir da entrevista a qualquer momento, sem qualquer problema. Informo que a entrevista será gravada apenas em formato áudio, exclusivamente para efeitos de análise posterior. Todos os dados recolhidos serão tratados com rigoroso sigilo, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Assim, gostaria de confirmar se autoriza a gravação da entrevista e consente em participar neste estudo

Antes de começarmos, gostaria de saber se tem alguma dúvida sobre o estudo ou sobre a entrevista?"

Confirmando que todas as informações foram compreendidas, passamos agora à entrevista propriamente dita

Anexo A

Aprovação do estudo de investigação pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética da

ULSAC

21/02/2025 1/83

COMISSÃO DE ÉTICA

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Parecer da CES nº: 003/25

Nº entrada na ULSAC: 2025/004707

Título do Projeto: Barreiras e Desafios no Acesso à Saúde dos Imigrantes: Perceções dos Profissionais de Saúde na ULS Alentejo Central

Investigador: Nélio Rodrigo Munhão Rainho / Enfermeiro Especialista na USF Salus

Instituição: Unidade Local de Saúde Alentejo Central

Enquadramento: Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém

Tipo de Estudo: Descritivo, observacional e transversal de natureza mista

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão Sim
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados Sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos Sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes Sim

Parecer da Comissão de Ética da ULSAC:

Favorável X

Condicional

NOTAS:

Data: 04/02/2025

ATA N.º 07 em 19.02.2025
O Conselho de Administração

 Maria Céu Canhão Vogal	 Vítor Araújo Presidente	 António H.M. Guerreiro Vogal
 Luísa Rebocho Dir. Clínica CS Hospitalares	 José Chora Enfermeiro Diretor	 Nuno Jacinto Dir. Clínico CS Primários

Dr. Manuel Amoedo
Presidente da Comissão de Ética

Relatório de Fluxo EDOC/2025/483



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALENTEJO CENTRAL

Assunto: Nelio Rainho - Pedido de autorização para desenvolver estudo de investigação na ULSAC

Estado: Pendente

Associada aos Registo(s):

ENT/2025/004707 - Nelio Rainho - Pedido de autorização para desenvolver estudo de investigação na ULSAC

Atribuído(s) Conhecimento(s) a:

Miguel Jorge Serra Sapateiro Pinto Pedrosa, por Susana Cristina Quadrilheiro Barrigoto, em 11/02/2025 13:10

Campos Adicionais:

Não existem elementos

Despachos e pareceres:

Etapa nº: 1 - Ilda Maria Faustino Ferreira (Enviada)

Lida em 07/01/2025 16:55 e executada em 07/01/2025 16:55

Documentos associados:

FW; Pedido de autorização para desenvolver estudo de investigação na ULSAC.msg

Pedido autorização.pdf

projeto de investigac_a_o ULSAC.pdf

Despacho/Informação:

-

Etapa nº: 2 - GDOC-DENF-PERCURSO (Enviada)

Lida em 08/01/2025 08:00 e executada em 08/01/2025 08:00 por Susana Cristina Quadrilheiro Barrigoto

Despacho/Informação:

A aguardar resposta do Enf.º Diretor

Etapa nº: 3 - José Manuel Chora (Enviada)

Lida em 08/01/2025 14:12 e executada em 08/01/2025 14:13

Despacho/Informação:

Solicito parecer da Comissão Ética.

Etapa nº: 4 - Lídia Maria Caldinhas Cordeiro Varela (Enviada)

Lida em 13/01/2025 09:33 e executada em 13/01/2025 09:55

Despacho/Informação:

Enviado à Carla para ir a reunião da CE

Etapa nº: 5 - Carla Sofia dos Santos Frade (Devolvida)

Lida em 11/02/2025 11:16 e executada em 11/02/2025 11:17

Despacho/Informação:

Enviar parecer da CES ao Sr. Enf. Diretor

Etapa nº: 6 - Lídia Maria Caldinhas Cordeiro Varela (Enviada)

Lida em 11/02/2025 12:40 e executada em 11/02/2025 12:41

Documentos associados:

parecer 003_25.pdf

Despacho/Informação:

Estudo para ir a reunião do CA

O físico segue por correio interno

Etapa nº: 7 - GDOC-DENF-PERCURSO (Enviada)

Lida em 11/02/2025 13:09 e executada em 11/02/2025 13:10 por Susana Cristina Quadrilheiro Barrigoto

Despacho/Informação:

Para os devidos efeitos

Etapa nº: 8 - José Manuel Chora (Enviada)

Lida em 11/02/2025 21:45 e executada em 11/02/2025 21:46

Despacho/Informação:

Para reunião de CA.

Etapa nº: 9 - GDOC-CA-PERCURSO (Pendente)

Lida em 12/02/2025 09:48

Comissão Ética-ULSAC
Nº Entrada 002/25
Data Entrada 13/01/25
Assin. [assinatura]

From: Susana Cristina Quadrilheiro Barrigoto
Sent: Tue, 7 Jan 2025 15:58:58 +0000
To: Expediente - Gestão Documental
Subject: FW: Pedido de autorização para desenvolver estudo de investigação na ULSAC

De: Susana Cristina Quadrilheiro Barrigoto <sbarrigoto@hevora.min-saude.pt>
Enviado: 7 de janeiro de 2025 15:56
Para: Expediente - GRHV <expediente.grhv@hevora.min-saude.pt>
Assunto: FW: Pedido de autorização para desenvolver estudo de investigação na ULSAC

De: Miguel Jorge Serra Sapateiro Pinto Pedrosa <mjpedrosa@hevora.min-saude.pt>
Enviado: 27 de dezembro de 2024 09:17
Para: Susana Cristina Quadrilheiro Barrigoto <sbarrigoto@hevora.min-saude.pt>
Assunto: FW: Pedido de autorização para desenvolver estudo de investigação na ULSAC

Bom dia Susana,

Para dar entrada, por favor.
Obrigado.

 Reserve uma hora para se reunir [comigo](#).

De: Nélcio Rainho <Nélcio.Rainho@alentejocentral.min-saude.pt>
Enviado: 22 de dezembro de 2024 19:53
Para: Miguel Jorge Serra Sapateiro Pinto Pedrosa <mjpedrosa@hevora.min-saude.pt>
Cc: sandra.oliveira@esg.ipsantarem.pt <sandra.oliveira@esg.ipsantarem.pt>
Assunto: Pedido de autorização para desenvolver estudo de investigação na ULSAC

Boa tarde exmo. Enfermeiro Miguel

Eu, Nélcio Rainho, enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na Unidade Local de Saúde Alentejo Central (ULSAC), na Unidade de Saúde Familiar Salus, com número mecanográfico 8504 e estudante no Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Gestão e Tecnologia, venho, por este meio, enviar o pedido de autorização para realização de um estudo de investigação a realizar junto dos profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde.

Em anexo, envio o projeto de investigação detalhado, incluindo os guiões para recolha de dados e os dados de consentimento informado, para análise e validação.

Estou inteiramente disponível para prestar esclarecimentos adicionais.
Agradeço, se possível, confirmação de receção do respetivo email.

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Engenheiro Vítor Rui Gomes Fialho

Exmo. Sr. Enfermeiro Diretor da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, José Manuel Lúcio Chora

Exmo. Sr. Presidente, da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Dr. Manuel Amoedo

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação, no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde - IPSANTARÉM, junto dos profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central.

Eu, Nélcio Rodrigo Munhão Rainho, enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na ULS Alentejo Central, na Unidade de Saúde USF Salus, com número mecanográfico 8504, e estudante no Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Gestão e Tecnologia, venho, por este meio, solicitar a Vossas Excelências autorização para a realização de um estudo de investigação junto dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) e assistentes técnicos, da área dos cuidados de saúde primários, dos serviços de urgência polivalente e da urgência pediátrica da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central.

O estudo, intitulado "**Barreiras e Desafios no Acesso à Saúde dos Imigrantes: Perceções dos Profissionais de Saúde na ULS Alentejo Central**", tem como objetivo identificar os principais desafios e barreiras percecionadas pelos profissionais na prestação de cuidados a imigrantes. Pretende-se, assim, analisar as dificuldades existentes e propor estratégias que visem melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde disponibilizados a esta população. Este trabalho será desenvolvido no âmbito da dissertação de mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Sandra Oliveira.

Num contexto de crescente mobilidade internacional e globalização, a diversidade das necessidades de saúde das populações imigrantes apresenta desafios específicos aos sistemas de saúde. Este estudo surge como uma oportunidade para aprofundar o conhecimento sobre as perceções dos profissionais de saúde da ULS Alentejo Central relativamente a esta problemática e, em simultâneo, contribuir para a implementação de medidas mais eficazes e ajustadas à realidade local.

A metodologia do estudo é de carácter descritivo, exploratório e transversal, combinando a aplicação de questionários com entrevistas semiestruturadas. Será garantido o cumprimento integral dos princípios éticos, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade dos participantes, em conformidade com a legislação vigente.

Em anexo, o projeto de investigação detalhado, incluindo os guiões para a recolha de dados e os formulários de consentimento informado, para análise e validação. Estou inteiramente disponível para prestar esclarecimentos adicionais ou agendar uma reunião caso considerem necessário.

Agradeço antecipadamente a atenção e a disponibilidade para analisar este pedido.

Com os melhores cumprimentos.

Évora, 22 de dezembro de 2024



Nélcio Rainho