

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**2º Ano | 1º Semestre**

**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem  
de Saúde Familiar**

**Satisfação com o trabalho dos Enfermeiros de Família no  
Atendimento à População Estrangeira: Estudo Comparativo entre  
Portugal e Cabo Verde**

**Mestranda:**

Jacira Tavares Da Rosa, nº a58534

Escola Superior de Saúde

Setembro, 2025

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**  
**2º Ano | 1º Semestre**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária Área de Enfermagem Saúde Familiar**

**Satisfação com o trabalho dos Enfermeiros de Família no Atendimento à População Estrangeira: Estudo Comparativo entre Portugal e Cabo Verde**

**Mestranda:**

Jacira Tavares Da Rosa

Relatório de Estágio apresentado à Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Eugénia Maria Garcia Jorge Anes, Professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Bragança, setembro, 2025

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço ao Pai Celestial, pela oportunidade, sabedoria e por mais um processo concluído.

Aos meus pais, e a cada um dos meus irmãos, expresso profunda gratidão pelo apoio, compreensão e por me fazerem acreditar que seria possível concluir essa etapa.

À minha professora orientadora, Eugénia Anes, deixo o meu sincero agradecimento pela paciência, dedicação e partilha de conhecimentos durante este percurso académico.

À enfermeira orientadora, Alexandra Parente, dedico um agradecimento muito especial pela sua presença constante durante o ensino clínico. Agradeço pela sua dedicação, postura profissional e por me mostrar que é possível tornar-me uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde familiar. Sou grata pelas críticas construtivas recebidas ao longo desta jornada, as quais me impulsionou a crescer, a exigir cada vez mais de mim e a evoluir enquanto profissional. O seu profissionalismo e empatia, contribuíram de forma significativa para que me tornasse uma profissional mais segura, ética e comprometida. Obrigada pela confiança, pela amizade e por mostrar que é possível ser, a cada dia, uma profissional melhor.

À Escola Superior de Saúde do IPB, onde realizei a minha formação, expresso a minha gratidão pela oportunidade de crescimento académico e humano. A todos os docentes que contribuíram para a minha formação.

Agradeço também à Direção da UCSPII Santa Maria, onde realizei o ensino clínico. pela colaboração e oportunidade de aplicar e desenvolver os meus conhecimentos adquiridos, num ambiente de aprendizagem real.

Um agradecimento especial aos participantes desta investigação, sem o seu contributo não seria possível o seu desenvolvimento.

Por fim, mas não menos importante, deixo um muito obrigada a todos, que de qualquer forma me apoiaram incentivaram ou acreditaram em mim durante esta longa jornada.

## **DEDICATÓRIA**

*COM MUITA GRATIDÃO E SATISFAÇÃO, DEDICO ESTE TRABALHO AOS MEUS  
PAIS, OLÍMPIO DA ROSA E MARIA DE FÁTIMA DA VEIGA E A CADA UM DOS  
MEUS IRMÃOS.*

## RESUMO

**Enquadramento:** Os países europeus têm vindo a registar mudanças rápidas no padrão demográfico, sendo atualmente caracterizada por uma sociedade multicultural. Em 2024, Portugal teve um aumento significativo de população residente estrangeira face ao ano de 2023 (AIMA, 2024), com Cabo Verde a representar a 5<sup>o</sup> maior comunidade estrangeira no país. Por outro lado, dadas as características geográficas e turísticas, Cabo Verde, têm sido um destino escolhido por visitantes de diversas nacionalidades, especial também para os portugueses. Esta mudança impõe significativas adaptações e desafios à prestação de cuidados de saúde à população estrangeiras. Neste contexto, os enfermeiros, especialmente os enfermeiros de família, constituem um elemento fundamental e de proximidade na resposta às necessidades destas populações culturalmente diferentes. Assim torna-se fundamental a orientação das práticas de enfermagem numa preceção culturalmente competente, sendo este um fator que pode impactar diretamente na satisfação profissional destes profissionais. **Objetivos:** analisar a relação entre o nível de satisfação com o trabalho dos enfermeiros que exercem funções no âmbito da saúde familiar, face ao atendimento à população estrangeira, comparando os contextos de Portugal e Cabo Verde. **Metodologia:** estudo quantitativa, de natureza transversal, observacional, descritivo-correlacional. A população-alvo corresponde a enfermeiros que exercem funções em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiar (USF), em Portugal e enfermeiros que exercem funções em Cuidados de Saúde Primários, nos Centros de Saúde (CS) e respetivas extensões (Posto de Saúde e Unidade Básica de Saúde), em Cabo Verde. A amostra, de carácter não probabilístico por conveniência e bola de neve (amostragem *snowball sampling*), constituída por 71 enfermeiros. O instrumento de recolha de dados consistiu num questionário, aplicado via *google form*, composto por duas partes: uma que avalia a caracterização sociodemográfica e profissional, e outra avalia a escala de satisfação profissional com o trabalho de Pais-Ribeiro (2002). Os dados foram analisados com recurso aos softwares Excel e Jamovi 2.7.6.

Foram considerados os pressupostos éticos da declaração de Helsínquia (2013) e Convenção Oviedo (2000). Foi solicitado consentimento informado e obtido parecer

favorável da Comissão de Ética do IPB e da Comitê Nacional de Ética e Pesquisa em Saúde de Cabo Verde.

**Resultados:** a amostra foi constituída por  $n=71$  enfermeiros, sendo  $n= 40$  de Portugal e  $n= 29$  de Cabo Verde. A média global de satisfação profissional foi  $m = 3,18$ , indicando um nível moderado de satisfação. As médias por país foram semelhantes (Portugal  $m = 3,22$ ; Cabo Verde  $m= 3,10$ ), revelando satisfação moderada entre os enfermeiros, sem diferenças significativas estatisticamente ( $p = 0,276$ ). As variáveis sociodemográficas não apresentaram correlação estatisticamente significativa com a satisfação no trabalho ( $p > 0,05$ ). Comparando os dois países, em Portugal a dimensão “relação com colegas”, obteve uma a menor média ( $m = 2,91$ ), enquanto em Cabo Verde a dimensão com menor média ( $m = 2,96$ ) foi “reconhecimento profissional pelos outros”. Ambos os grupos consideram barreiras e estratégias semelhantes no atendimento à população estrangeira e afirmaram estar satisfeitos com o nível de cuidados oferecidos á população estrangeira.

**Conclusão:** os enfermeiros de Portugal e Cabo Verde apresentam níveis moderados de satisfação profissional, sem diferença estatisticamente significativas entre os dois países. Apesar das semelhanças gerais, observam-se fragilidades específicas, em Portugal, a dimensão “relação com os colegas” apresentou uma média ligeiramente inferior, enquanto em Cabo Verde a dimensão com menor média foi “reconhecimento pelos outros”. Em ambos os contextos, indicaram barreiras semelhantes no atendimento a populações estrangeira, destacando-se a barreira linguística e cultural, bem como a falta de formação orientada para a competência cultural. Entre as estratégias apontadas para melhorar o atendimento, destacam-se a importância da empatia, do respeito pelas crenças e a comunicação terapêutica eficaz. Mostrando-se globalmente satisfeitos com os cuidados prestados a essa população.

**Palavra-chave:** Enfermeiro de família; Cuidados de enfermagem; Diversidade cultural; Satisfação profissional.



## ABSTRACT

**Background:** European countries have been experiencing rapid demographic changes, currently characterized by a society with increasing cultural diversity. In 2023, Portugal saw a 33.6% increase in its foreign resident population compared to 2022 (AIMA, 2023), with Cape Verde representing the third-largest foreign community in the country. Furthermore, given its geographic and tourist characteristics, Cape Verde has been a destination chosen by visitors of various nationalities, especially Portuguese nationals. These changes impose significant adaptations and challenges on the provision of healthcare to the population. This requires adaptive responses that consider cultural diversity and different health needs. In this context, nurses, especially family nurses, are a key and close link in responding to the needs of these culturally diverse populations. Therefore, guiding nursing practices with a culturally competent approach is crucial, as this can directly impact these professionals' job satisfaction. **Objectives:** To assess the job satisfaction of nurses working in family health, in relation to care for the foreign population, in Portugal and Cape Verde. **Methodology:** This is a quantitative, cross-sectional, observational, descriptive-correlational study. The target population consists of nurses working in Personalized Health Care Units (UCSP) and Family Health Units (USF) in Portugal and nurses working in Primary Health Care in Health Centers (HCs) and their extensions (Health Posts and Basic Health Units) in Cape Verde. The sample, non-probabilistic, by convenience and snowball sampling, consisted of 71 nurses. The data collection instrument consisted of a questionnaire administered via Google Form. It was composed of two parts: one assessing sociodemographic and professional characteristics, and the other assessing the Pais-Ribeiro (2002) job satisfaction scale. Data were analyzed using Excel and Jamovi 2.7.6 software. Ethical assumptions in accordance with the Declaration of Helsinki and the Oviedo Convention were considered. Informed consent was requested and a favorable opinion was obtained from the IPB Ethics Committee and the National Committee for Ethics in Health Research of Cape Verde. **Results:** The sample consisted of 71 nurses, 40 from Portugal and 29 from Cape Verde. The overall mean job satisfaction was 3.18, indicating a moderate level of satisfaction. The mean scores by country (Portugal,  $m = 3.22$ ; Cape Verde,  $m = 3.10$ ) were similar, indicating moderate satisfaction among nurses, but with no statistically significant

differences ( $p = 0.276$ ). Sociodemographic variables did not show a statistically significant correlation with job satisfaction ( $p < 0.05$ ). Comparing the two countries, in Portugal, the relationship with colleagues dimension had a slightly lower average ( $m = 2.91$ ), while in Cape Verde, the dimension with the lowest average ( $m = 2.96$ ) was recognition by others. Both groups consider similar barriers and strategies in serving the foreign population and reported being satisfied with the level of care provided to them.

**Conclusion:** Nurses in Portugal and Cape Verde show moderate levels of professional satisfaction, with no statistically significant differences between the two countries. Despite the general similarities, specific weaknesses are observed: in Portugal, relationships with colleagues had a slightly lower average, while in Cape Verde, recognition from others was the dimension with the lowest average. In both contexts, they indicated similar barriers in caring for foreign populations, highlighting language and cultural barriers, and a lack of training focused on cultural competence. The strategies pointed out for caring for foreign populations include the importance of empathy, respect for beliefs, and effective therapeutic communication. Overall, they are satisfied with the care provided to this population.

**Keywords:** Family Nurse Practitioner; Nursing Care; Cultural Diversity; Job Satisfaction.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**ACeS** - Agrupamento de Centros de Saúde

**AIMA** – Agência de Integração de Migração e Asilo

**CS** - Cuidados de Saúde

**CP**- Cuidados Primários

**CSP**- Cuidados de Saúde Primários

**CV**- Cabo Verde

**EE**- Enfermeiro Especialista

**EEESF** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

**EF** - Enfermeiros de Família

**EESCESF** - Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**INEa** – Instituto Nacional de Estatística de Portugal

**INEb** – Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde

**MSa** – Ministério de Saúde de Portugal

**MSb** - Ministério de Saúde de Cabo Verde

**OE**- Ordem dos Enfermagem

**PT**- Portugal

**PS** – Posto Sanitário

**UC** – Unidade Curricular

**UCSP** - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**ULSNE** - Unidade Local de Saúde Nordeste

**USB** – Unidade de Saúde Básica

**USF** - Unidade de Saúde Familiar

**SNS** - Sistema Nacional de Saúde

**SP** – Satisfação Profissional

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	5
1.CONTEXTUALIZAÇÃO .....	5
1.1 Contextualização histórica dos serviços de saúde primários.....	6
2. Caracterização do contexto do ensino clínico .....	10
3. REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	14
3.1 Competências comuns de enfermeiro de família.....	14
3.2 Competências específicas de enfermeiro de família.....	18
PARTE II - ESTUDO - SATISFAÇÃO COM O TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE FAMÍLIA NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO ESTRANGEIRA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PORTUGAL E CABO VERDE.....	21
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	22
2. enquadramento teórico .....	27
2.1. Enfermagem de saúde familiar .....	27
2.2. Satisfação profissional do enfermeiro .....	30
2.3. Enfermeiro de família e competências culturais.....	33
3.ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	42
3.1. Contextualização do estudo .....	42
3.2. Tipo de estudo .....	43
3.3. Objetivos e questão de investigação .....	44
3.4. População e Amostra .....	45
3.5 Critérios de Inclusão e de Exclusão.....	47
3.6. Instrumento de Colheita de Dados .....	47
3.7. Procedimentos de Recolha de Dados e Considerações Éticas.....	49
3.8. Procedimento de Análise de Dados .....	50
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	51
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	69
6. CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	81
ANEXOS .....	96
ANEXO I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	97

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	98
ANEXO II-CONSENTIMENTO INFORMADO .....	106
ANEXO III – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS.....	108
Anexo IV - Caracterização do Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde .....	115

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos 1– Caraterização da amostra por tempo de exercício profissional. ....	55
Gráficos 2– Satisfação com o nível de cuidados de saúde oferecido à população estrangeira por país. ....	60
Gráficos 3– Concordância do conhecimento cultural influência na qualidade do atendimento oferecido à população estrangeira por país. ....	61

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caraterização da amostra por sexo.....	52
Tabela 2- Caraterização do sexo por país.....	52
Tabela 3- Caraterização da idade por país.....	53
Tabela 4- Caraterização do estado civil por país.....	53
Tabela 5- Habilitações literárias dos enfermeiros por país.....	54
Tabela 6- Categoria profissional dos enfermeiros em Portugal. ....	54
Tabela 7- Categoria profissional dos enfermeiros em Cabo Verde.....	55
Tabela 8- Barreiras no atendimento a população estrangeira por país. ....	57
Tabela 9- Estratégias utilizadas no atendimento à população estrangeira por país.....	59
Tabela 10- Satisfação com o trabalho da amostra por dimensões.....	62
Tabela 11- Relação do variável sexo e a satisfação com o trabalho.....	63
Tabela 12- Relação da variável idade e a satisfação com o trabalho. ....	64
Tabela 13- Relação da variável estado civil e a satisfação com o trabalho.....	64
Tabela 14- Relação da variável habilitações literárias e a satisfação com o trabalho. ...	65
Tabela 15- Relação do variável tempo de exercício profissional e a satisfação com o trabalho. ....	65
Tabela 16- Relação satisfação com o trabalho em Portugal e Cabo Verde.....	66
Tabela 17 - Relação da variável categorias profissionais em Portugal e Cabo Verde e a satisfação com o trabalho. ....	67
Tabela 18 - Satisfação com o trabalho por dimensões comparação Portugal e Cabo Verde. ....	68

## INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório surge no âmbito do estágio de natureza profissional da Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final”, inserida no 1º semestre do 2º ano Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, do ano letivo 2024/2025, do Consórcio entre o Instituto Politécnico de Bragança, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

O estágio profissional foi concretizado, no período de 03 de outubro a 20 de dezembro de 2025, com duração de 390 horas, em contexto de cuidados primários, no Centro de Saúde de Santa Maria, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados II (UCSP II) do distrito de Bragança, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Nordeste, que faz parte da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE). Realizada sob a orientação e supervisão da Professora Doutora Eugénia Anes e como supervisora clínica a Sra. Enfermeira Especialista Alexandra Parente.

Os cuidados de saúde primários (CSP), em Portugal, constituem o ponto de acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), estruturando o sistema de saúde do país, garantindo eficiência e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Isso contribui para uma melhoria na qualidade de saúde e na satisfação dos profissionais de saúde quanto dos cidadãos (MS, 2014).

A reorganização desses CSP, destaca a intervenção a nível local, utilizando uma rede integrada de serviços, o que enfatiza as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que tem como foco prestar cuidados centrados na família, abordando as suas necessidades e especificidades em toda a fase do ciclo vital (MSa, 2014).

A inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem nos CSP, ganhou ênfase a nível internacional nas políticas de saúde em toda a Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS). Posto novos desafios aos enfermeiros dos CSP, pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde familiar e coletiva, foi reforçada, na 2ª Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS, a contribuição dos enfermeiros na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar, potencializando a saúde do indivíduo no contexto familiar (MSa, 2014; OE, 2015).

Considerando o atual enquadramento legislativo dos CSP, estamos seguindo um modelo que prioriza a proximidade entre os profissionais de saúde e os pacientes, emergindo assim, a necessidade de direcionar o foco da prática dos enfermeiros para a família, enquanto unidade de cuidados (OE, 2015).

Posto isto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), surge como profissional integrado numa equipe multidisciplinar de saúde, que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de família, em toda a fase do ciclo vital e em vários contextos da comunidade (OE, 2015).

A sua prática é baseada nas evidências científicas, a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado do pensamento crítico sobre a saúde familiar, o que permite a identificação de problemas e a formulação de diagnóstico de enfermagem (Diário da República, 2018).

Nesse contexto, o EF presta cuidados holísticos à família e a cada um dos seus membros ao longo de todo o ciclo vital. Este acompanhamento possibilita uma relação de proximidade, continuidade e interação enfermeiro-família, permitindo ao enfermeiro intervir nas diversas situações de transições de vida, seja desenvolvimental, situacional, organizacional ou do estado de saúde para doença (Meleis, 2010).

Para a compreensão da família como unidade de cuidados, implica ao enfermeiro entender através de um paradigma, a sua complexidade, totalidade, interdependência e multidimensionalidade, considerando tanto o histórico familiar quanto o contexto atual e que ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade (Figueiredo, 2009).

Torna-se importante o enfermeiro considerar a família como um sistema que integra vários subsistemas inserida num contexto, e que cada um influencia-se mutuamente e ao mesmo tempo influencia o todo.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar detém a competência de “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Com essas competências, o enfermeiro de família desenvolve capacidades e habilidades para fornecer cuidados de saúde em colaboração com a família, a fim de promover e capacitar

a família para a mobilização de recursos e forças de forma a maximização do seu potencial de saúde ao longo de todo o ciclo vital familiar (Figueiredo, 2012).

Contudo, o enfermeiro especialista em saúde familiar torna-se o profissional de referência da família, garantindo o seu acompanhamento especializado enquanto unidade de cuidados em toda a fase do ciclo vital (OE, 2015).

O aprofundamento das competências especializadas, adquiridas no decurso do Mestrado ESCESF, decorreu através da prática clínica onde tive oportunidade de desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro de família, cumprindo simultaneamente os objetivos definidos no guia orientador do estágio.

No decorrer do estágio, deparei com várias situações de contextos diferentes. Pude perceber que a lista dos utentes atendidos pela enfermeira tutora são estrangeiros em sua grande maioria. Essas situações exigem do enfermeiro de família uma maior compreensão e conhecimento cultural e do contexto atual das famílias estrangeiras, para poder prestar um cuidado culturalmente adequado. Contudo a escolha do tema, deve-se dos desafios percebidos e identificados na unidade de saúde, durante o estágio, tanto por profissionais como por famílias estrangeiras, nos cuidados prestados.

Assim, é esperado alcançar os seguintes objetivos gerais do presente relatório:

- desenvolver competências para cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da ESF;
- descrever de forma crítico-reflexivo as competências comuns e especializadas da EEESF adquiridos ao longo do Mestrado em ESF, consolidado durante o contexto clínico, com o desenvolvimento das atividades e investigação.

Estruturalmente, este relatório encontra-se dividido em duas partes principais:

Parte I - *Análise e reflexão crítica da prática especializada em ESF*, é feito a caracterização do contexto onde foi desenvolvido o estágio, descrito as competências comuns e especializadas do EEESF, desenvolvidas na prática clínica.

Parte II - Estudo Empírico - *Satisfação Profissional dos Enfermeiros de Família no Atendimento à População Estrangeira: Estudo Comparativo entre Portugal e Cabo Verde*, será descrita a contextualização do estudo, o enquadramento teórico, todo o processo metodológico do estudo, apresentação dos resultados, discussão e a conclusão do estudo e por último as referências bibliográficas e os anexos.

## **PARTE I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

### **1. CONTEXTUALIZAÇÃO**

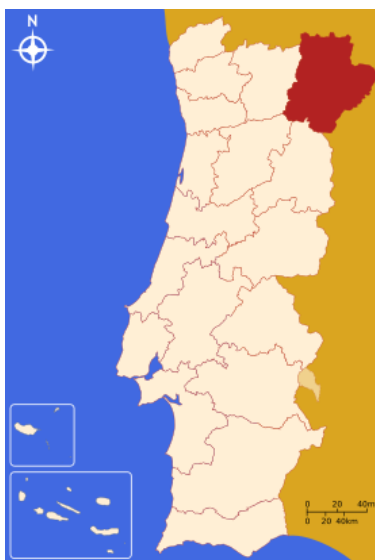
Para a conclusão da Unidade Curricular, concretizou-se um estágio de natureza profissional, no período de 03 de outubro a 20 de dezembro de 2025. Teve duração de 390 horas, em contexto de cuidados de saúde primários, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados II (UCSP II) no Centro de Saúde de Santa Maria, localizada no distrito de Bragança, pertencente a Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

O estágio foi supervisionado pela enfermeira Mestre Especialista Alexandra Parente, sob orientação científica da Professora Doutora Eugénia Anes.

O distrito de Bragança localiza-se no extremo Nordeste de Portugal, inserido na província de Trás-os-Montes e Alto-Douro, sendo o capital do respetivo distrito. Faz fronteira com a Espanha a Norte e a Leste, com os distritos de Viseu e Guarda a sul e a Oeste com distrito de Vila Real. O distrito é dividido em 12 concelhos e cerca de 226 freguesias, com uma área territorial de aproximadamente 6598 km<sup>2</sup>, representando quinto maiores distrito do país. A população residente no distrito de Bragança, em 2021, era aproximadamente 122.804 habitantes (INE, 2023; GEE, 2023).

No final do ano 2024, a população residente no município de Bragança ascendia a 35.581 pessoas. Dessa população 28,6% tem idade igual ou superior a 65 anos (Pordata, 2024).

*Figura 1: Mapa Bragança*



*Fonte: Pordata (2024)*

### **1.1 Contextualização histórica dos serviços de saúde primários**

No ano 1978, numa conferência internacional sobre cuidados de saúde primários, a Alma-Ata, propôs um conjunto de metas e medidas, que apesar de não terem sido implementadas e atingidas conforme pretendia a OMS, teve um grande impacto na política global de saúde, onde incentivou o desenvolvimento de programas de cuidados primários de saúde em vários países (Pisco & Pinto, 2020). Os cuidados de saúde primário em Portugal, obteve várias evoluções nos últimos trinta anos.

Em Portugal obteve-se remodelações dos cuidados de saúde primários, mesmo antes da Alma-Ata, em 1971 com a criação dos centros de primeira geração (Decreto-lei n.º 413/71, 1971, de 27 de setembro). Estes centros de saúde tinham um perfil de atuação prioritária nas ações preventivas e de saúde pública (vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, atividades de autoridade sanitária incluindo as relacionadas com o ambiente, cartões de sanidade, etc). Em relação aos cuidados curativos extra-hospitalares eram prestados maioritariamente nos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência (Branco & Ramos, 2001). A organização era de forma vertical, numa rede inserida nas comunidades locais.

O SNS, foi criado em 1979, concretizou o direito à proteção da saúde garantido um sistema de universalidade, globalidade e gratuidade dos cuidados, em que o acesso deveria ser garantido pelo Estado (Pisco & Pinto, 2020).

A segunda geração de centros de saúde, iniciou em 1983, com a união dos primeiros centros de saúde com os Serviços Médico-sociais e hospitais concelhios. O modelo era praticamente o mesmo, o único elemento novo introduzido foi a carreira médica de clínica geral. Na prática este processo de fusão, pretendia racionalizar e aprimorar a prestação de cuidados de saúde e otimizar os recursos, mesmo assim não teve grandes melhorias dos serviços o que resultou num modelo organizativo de insatisfação, exaustão e desmotivação dos profissionais de saúde (Branco & Ramos, 2001).

Em 1989, para conter e gerir os custos crescentes com os serviços de saúde, foi aprovado a Lei de Base de Saúde. Com este documento, os serviços de saúde passam a ser “tendencialmente gratuita” em que introduziram a taxa moderadora, e o direito a saúde passa a ser uma responsabilidade não só do Estado, mas de cada cidadão (Hespanhol et al., 2002; Biscaia, 2006).

Com a falta de autonomia administrativa, financeiras e organizacional dos centros de saúde, começaram a surgir várias tentativas experimentais de projetos organizacionais (Pisco & Pinto, 2020). O primeiro projeto denominado “Alfa” implementado em 1996-1997 na Sub-Região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, assentou em dois princípios, melhoria da acessibilidade e da qualidade de cuidados de saúde primários e a constituição de equipas multiprofissionais com autonomia de gestão e contratualização dos objetivos e metas a serem alcançados (Pereira, 2011). No ano seguinte, com a avaliação positiva do projeto anterior foi implementado um novo projeto o “Regime Remuneratório Experimental” (RRE), que caracterizou a organização de trabalho em equipe dos profissionais, mas também pela por implementar uma modalidade de remuneração discriminatória positivamente com base na quantidade e qualidade dos serviços prestados. Em 1998, implementaram o projeto “Tubo de Ensaio” o protocolo entre a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte e a Faculdade de Medicina do Porto. Este projeto, conduziu a criação do CS de São João, em que implementaram o novo modelo remuneratório com base no RRE. Pretendiam prestar cuidados primários de saúde, com

uma reestruturação administrativa e organizacional e também formação pré e pós-graduada de profissionais dos CSP (Pereira, 2011).

Com base nestes três projetos experimentais, foi incentivado a grande reforma dos CSP, que teve dois grandes acontecimentos, a criação oficial das Unidades de Saúde familiar (USF) e a reestruturação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) no ano 2005.

### **Reforma dos cuidados de saúde primários de 2005**

O programa do XVII Governo Constitucional, atribuiu uma especial relevância aos Cuidados de Saúde Primários, reconhecendo a sua importância pela proximidade da população, constituindo o primeiro acesso destes aos cuidados de saúde, contribuindo pela melhoria dos níveis e da qualidade de saúde da população (Decreto-lei n.º 88/2005).

A reorganização dos CSP de 2005, constituiu uma das reformas mais bem-sucedido dos serviços públicos (Biscaia, Heleno, 2017). Na sequência desta reforma foi criada a “Missão para os Cuidados de Saúde Primários” (MCSP) para a condução da mesma. Estabeleceu como objetivos, melhorias na acessibilidade e nos cuidados de saúde para os cidadãos, melhoria na organização e remuneração com base nos projetos que já havia sido experimentado (MSa, 2006).

Por outro lado, esta reforma, acarretou mudanças significativas na reestruturação dos CSP que até aos dias de hoje se encontram presente: a implementação dos USF e a reconfigurado os Centros de Saúde (CS) em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com a perspectiva de melhoria da qualidade e da participação de todos os profissionais, procurando obter ganhos em saúde. A implementação das USF, foi a face mais visível desta reforma, em que integram uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e administrativos clínicos), organizados em três modelos (A, B, C), que dão respostas as necessidades de saúde, individual e familiar, integrando uma rede com outras unidades funcionais, que por sua vez integra a um ACeS (Conselho de Ministros, 2005; MS, 2004).

### **Organização dos CSP na atualidade**

O SNS é um conjunto de estabelecimentos e serviços públicos, organizado e articulado, supervisionada pelo Ministério da Saúde que efetiva a responsabilidade de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação,

auditoria e inspeção. O SNS tem como missão garantir o acesso a saúde a todos os cidadãos (Decreto-lei n.º 52/2022, 2022).

O SNS é composto por todas as entidades públicas prestadoras de cuidados e serviços de saúde: ACeS, estabelecimentos hospitalares e as Unidades Locais de Saúde (ULS) (Decreto-lei n.º 52/2022, 2022, 2022).

Os ACeS são serviços públicos de saúde, constituídas por várias unidades funcionais com autonomia administrativa, que agrupam um ou mais CS, e tem por missão garantir os cuidados de saúde primários à população da respetiva área de influência, contribuindo para melhor qualidade de vida dos cidadãos (Decreto-lei n.º 28/2008, 2008).

Cada unidade funcional baseia-se numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, que pode articular as suas ações com as outras unidades que fazem parte do CS e do ACES.

Estas unidades foram implementadas de acordo com o perfil populacional e as necessidades em saúde. Destas unidades incluem: Unidade de Saúde Familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Decreto-lei n.º 52/2022, 2022).

Atualmente, inicia uma nova reforma organizativa do Serviço Nacional de Saúde, uma delas é a generalização da Unidades de Saúde Familiar (USF) para o modelo B e UCSP tendência a evoluir também para os USF modelo B (Portugal, 2024).

Essa modernização, tem como intuito garantir a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde à indivíduos e famílias, sendo um modelo organizado que concilia maior motivação dos profissionais e satisfação dos clientes, podendo melhorar os indicadores de saúde (Portugal, 2024).

A descrição mais detalhada do SNS português, encontra-se apresentada no anexo (III).

## 2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ENSINO CLÍNICO

As UCSP, como referido anteriormente, são unidades funcionais que compõem os ACeS, é composto por equipe multidisciplinar (médicos e enfermeiros de família e administrativos clínicos). Apresenta uma estrutura similar a da USF, e oferece cuidados personalizados, assegurando acessibilidade, continuidade e globalidade desses cuidados (Decreto-lei n.º 137/2013, 2013). Apesar dos objetivos serem semelhantes, apresentam algumas diferenças. As UCSP possuem menos autonomia em termos funcionais, organizacionais e técnicos, os médicos de família assistem tantos pacientes que constituem a sua lista como os que não fazem parte da lista. Não há intersubstituição dos profissionais de saúde e estes não ganham incentivos pelo aumento da lista de utentes nem pela melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Decreto-lei n.º 28/2008, 2008; Teixeira, 2017).

O estágio concretizou-se no Centro de Saúde de Santa Maria na UCSP II, que integra Nordeste da Unidade Local de Saúde Nordeste (ULSNE). É uma unidade básica que presta cuidados a indivíduos e famílias, dotada de autonomia em termos de organização, funcionamento e aspetos técnicos, integrada em uma rede colaborativa com outras unidades do CS, da qual é parte integrante.

Este estágio decorreu no período de 04 de outubro a 20 dezembro de 2024, com uma carga horária de 390 horas, sob a orientação da docente Doutora Eugénia Anes e supervisão clínica da Sra. Enfermeira Especialista Alexandra Parente.

A UCSP II tem por missão, prestar cuidados de saúde personalizados à toda população inscrita, garantindo que estes cuidados sejam acessíveis, completa e abrangentes, assegurando a qualidade e continuidade. Refere-se como visão, uma unidade que presta cuidados de saúde primários de excelência, considerando as características da população, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na iniciativa empreendedora dos profissionais (ULSNE, 2019).

A estrutura orgânica da UCSP II é constituída pelo concelho geral (todos os elementos da equipa multiprofissional que constam na carta de compromisso), coordenador da

equipa (António Augusto Gonçalves) e o concelho técnico (por nomear) que é composto por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico.

Esta unidade é composta por uma equipa multiprofissional constituída por 10 enfermeiros, dos quais 9 possuem especialidade em Enfermagem Comunitária e 2 são mestres em Enfermagem Saúde Familiar; 8 médicos especialista em Medicina Geral Familiar; 6 secretários clínicos; 2 técnicos superiores e 2 motoristas. Estes dão resposta a uma lista de 12,332 clientes inscritos, correspondente a uma unidade ponderada de 16.749, considerando que 50% dessa população é dependente.

A cada cidadão inscrito é atribuído um médico de família e a cada família um enfermeiro, sendo que os enfermeiros trabalham com os utentes inscritos na lista do respetivo médico, com objetivo de oferecer cuidados de saúde de qualidade e excelência, com foco na promoção da saúde e prevenção da doença considerando as necessidades e especificidades de cada cliente/família (ULSNE, 2019).

O horário do funcionamento é da 08 às 20 horas dos dias úteis, com exceção nos feriados. Nesse horário, os clientes inscritos na UCSPII, tem acesso a carteira de serviço, através das consultas realizados pelo médico em consonância com o enfermeiro. Nesse âmbito realiza-se consultas de vigilância, de acordo com Programas de Saúde (ULSNE, 2019):

- Consultas programadas, pode ser marcada pelo cliente ou equipe de saúde familiar, com objetivo de vigilância de saúde ou doença crónica, de acordo com a situação do plano de saúde do cliente, que pode ser vigilância a grupos vulneráveis: programa saúde da mulher (planeamento familiar, saúde materna, revisão puerpério), programa saúde infantil e juvenil; vigilância de grupos de risco: hipertensos, diabéticos, dislipidemias, idosos, asma e DPOC; consultas de rastreio: cancro da mama, cancro do colo do útero, cancro colorretal, retinopatia diabética.
- Consulta abertas é marcada pelo cliente no próprio dia, de forma presencial, devido ao aparecimento recente dum sinais e sintomas ou agudização da doença já existentes.

- Consulta domiciliar, efetuada no domicílio em situação de dependência ou incapacidade de se deslocar as unidades. Pode ter carácter preventivo ou curativo, dependendo da situação do cliente.

Os clientes não inscritos, esporádicos, com necessidades de cuidados de saúde na UCSP, tem acesso a todos os níveis de cuidados, de acordo com a prioridade, agendamento e com a escala de distribuição com o outro CS (ULSNE, 2019).

Os registos são feitos por todos os profissionais da unidade através do Sclinico, o que lhes permite ter acesso a todas as informações de saúde do cliente registada por qualquer outro profissional. Torna-se uma mais-valia, por facilitar a articulação dos serviços (referenciação), continuidade dos cuidados, monitorização dos resultados, gestão clínica e sistema de comunicação das equipas multidisciplinares. Permitindo melhorar a qualidade de cuidados prestados, maximizando os ganhos em saúde.

Durante o período do estágio, tive oportunidade de praticar, desenvolver e de adquirir competências e conhecimentos comum e especializado de enfermagem familiar em diversas situações e contexto, o que contribuiu para o meu crescimento a nível pessoal e profissional principalmente. Considerando as competências plasmada no regulamento n.º 428/2018 (2018) referente a EEECSF e considerando as especificidades de cada individuo e família, optando sempre em prestar cuidados holístico, abrangente, de qualidade e baseada na evidencia científica.

No final do estágio, no CS de Santa Maria, ocorreu uma reorganização estrutural do serviço, uma transição da USCP para uma USF. O centro de saúde que integrava a USCP, passou por uma fase de transição para a USF Montesinho no 1º piso e USF Miguel torga no 2º piso (SNS BI-CSP, 2025).

Essa transição acarretou mudanças significativas na dinâmica do funcionamento do serviço e da equipa multidisciplinar. Contudo, tive a oportunidade de acompanhar de perto as mudanças no processo de trabalho, comunicação em equipa e gestão de cuidados, favorecendo uma melhor compreensão da função do enfermeiro de família em diferentes modelos assistenciais.

A inserção num contexto de reorganização dos cuidados permitiu-me refletir criticamente sobre o impacto das estruturas organizacionais na qualidade e continuidade

dos cuidados de enfermagem, mesmo sendo dois modelos semelhantes, apresentam as suas especificidades.

A vivência neste processo destacou o papel essencial do enfermeiro de família como agente facilitador na reorganização dos serviços, contribuindo para uma prestação de cuidados mais direcionado na pessoa, família e na comunidade. O contacto com o modelo USF expandiu a minha perceção sobre autonomia profissional e a responsabilidade do enfermeiro família na gestão dos cuidados, bem como sobre a importância da articulação entre os elementos da equipe multidisciplinar, com o objetivo de promover a saúde e o bem-estar dos utentes.

### **3. REFLEXÃO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, é fundamental para garantir a evolução da prática e a qualidade dos cuidados prestados. O profissional especializado tem a capacidade de responder às necessidades dos clientes, que se tornam cada vez mais complexo, de forma eficiente e eficaz.

A especialização permite ao enfermeiro adquirir conhecimentos e habilidades avançadas, baseadas em evidência que lhe permite desenvolver práticas avançadas, humanizadas e específicas a cada família, de modo a obter um nível elevado de satisfação tanto por parte do cliente como do profissional. Com isso, por conseguinte, resulta em ganhos visíveis em saúde do cliente e da família.

#### **3.1 Competências comuns de enfermeiro de família**

As competências comuns são independentes da área de especialidade, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, manifestada através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (OE, 2019).

Estas competências são manifestadas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão clínica, como também na efetividade do exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessor, dividindo-se em quatro domínio (OE, 2019):

##### **Responsabilidade profissional, ética e legal**

Ao enfermeiro especialista é exigida uma prática profissional, ético e legal, competindo-lhe desenvolver competências seguros que assentam num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e preferências do cliente. Ao mesmo tempo, o enfermeiro deve garantir práticas que respeitem os direitos humanos, analisando as situações específicas especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Numa síntese prévia, consideramos que, antes de mais, a responsabilidade primordial do enfermeiro de família é respeitar a dignidade da pessoa e família, proteger os seus direitos e zelar para a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Sendo que, o enfermeiro de família é considerado pela família, como o profissional que os representa

em questão de cuidados/gestão de saúde, principalmente quando tem necessidade de articulação ou referenciação para outros profissionais e serviços.

Durante o período do estágio pôde notar que a enfermeira, minha orientadora, garante que as suas ações e cuidados sejam baseadas em evidencia científica, recorrendo a princípios éticos que orientem as suas decisões e ações e cumpre regulamentos que governam a sua prática, com o objetivo de assegurar cuidados seguros eficazes e abrangentes para a pessoa e família.

Na UCSP II são colocados em prática vários PNS específicos, abordados anteriormente, onde tive oportunidade de participar de forma ativa, considerando o respeito, a responsabilidade profissional, a confidencialidade e dignidade humana, presando sempre pela melhoria e qualidade de cuidados prestados.

Sobre a confidencialidade, privacidade e respeito à vontade do utente, a enfermeira orientadora teve a responsabilidade de fazer uma breve contextualização da minha presença nos atendimentos a cada utente, o que considero um fator facilitador na interação enfermeiro-cliente e nas partilhas de preocupações por parte dos clientes. Contudo, essas ações fomentaram o respeito pelo cliente no domínio da sua privacidade.

Ciente das minhas limitações, para o desenvolvimento de competências nesse âmbito, foi essencial recorrer aos regulamentos, normas internas e manual de procedimentos, o que contribuiu uma vez mais, para o desenvolvimento das minhas competências especializadas baseadas na evidencia científica.

Enquanto estagiária de mestrado em enfermagem de saúde familiar, tive a preocupação de incentivar e envolver sempre o cliente no planeamento e execução dos seus próprios cuidados, respeitando e defendendo os seus direitos e vontades, garantindo a sua privacidade e confidencialidade, com o intuito de melhorar e garantir um cuidado de qualidade e segura. Durante as práticas pautei pelo cumprimento das políticas e normas plasmadas no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015).

### **Melhoria contínua da qualidade**

O EE mobiliza conhecimentos e habilidades na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área de qualidade e define metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. Portanto, deve-se considerar que a melhoria da qualidade envolve a avaliação e a revisão das práticas, como a implementação de melhoria contínua.

A melhoria contínua da qualidade de cuidados prestados, impõe ao enfermeiro o desenvolvimento contínuo de uma conduta baseada em saberes e competências, que garante a excelência em todos os atos profissionais que os enfermeiros realizam, independentemente do contexto em que se desenvolve (OE, 2015).

No estágio, tive a oportunidade de participar, em formações, que auxiliaram na prática clínica. Além disso, tive a necessidade de revisar e atualizar regularmente os procedimentos para refletir as novas evidências e melhorar a prática.

De acordo com o REPE art.109º alínea b), o enfermeiro tem como dever “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”.

Vale ressaltar que a prestação de cuidados de qualidade deve estar alinhada com a prática baseada na evidencia científica e com o desenvolvimento, interesse e aceitação por parte do profissional, as representações e diversidades de outras culturas, abstendo-se de juízos de valor (Abreu, 2011).

Ainda OE (2019), acrescenta para a efetividade terapêutica, o EE deve providenciar um ambiente centrado no cliente que assegura segurança e proteção, respeitando a sua identidade cultural e as suas necessidades.

Nesse sentido, durante os atendimentos, tive como foco a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vivencia, de acordo com a sua cultura e necessidade. Contudo, foi necessário estabelecer uma relação terapêutica com o utente e família, a fim de definir em parceria as estratégias de cuidados e valorização do seu papel.

### **Gestão dos cuidados**

A Ordem dos Enfermeiros considera que o enfermeiro: gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

O desempenho de função de gestão pelo enfermeiro contribui para a obtenção de ganhos em saúde, contribuindo para a qualidade e segurança do exercício profissional (OE, 2018).

Destaco os vários momentos de assessoria as equipas de saúde no âmbito de cuidados, em que os profissionais recorriam à enfermeira orientadora no sentido de partilhar preocupações e problemas em vários contextos. No momento a enfermeira adotara uma

postura, compreensiva, assertiva e de colaboração para solucionar os problemas, de forma objetiva reconhecendo os limites na sua resolução, gerindo os conflitos e fomentando um ambiente positivo e favorável à prática.

Fui capaz de participar, com a orientadora, nas várias reuniões com o objetivo de referenciação dos utentes, onde pude perceber a função crucial dos enfermeiros especialistas na articulação e gestão de cuidados, com o objetivo principal de garantir cuidados de qualidade e dar respostas as necessidades da família. Vale ressaltar que nessas reuniões a família foi considerada a unidade de cuidados, com uma visão e abordagem sistémica. Ou seja, foi considerado a forma como o problema influencia sobre cada subsistema e esse por sua vez, como influencia o sistema familiar, a partir do qual foi planeado os cuidados de acordo com as necessidades.

No mesmo contexto, participei dos agendamentos e gestão das visitas domiciliárias adaptadas às famílias.

Foi também possível, acompanhar as enfermeiras em várias tarefas, à nível da gestão de armazenamento e organização de stock das várias salas de consultas.

### **Desenvolvimento das aprendizagens**

As competências desenvolvidas pelos enfermeiros nesse domínio são: desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica.

O treino de competências na área de enfermagem de saúde familiar, baseada em evidência científica, deve iniciar-se com o desenvolvimento percetivo – referente à capacidade de fazer observações relevantes; e com habilidades percetivas – associadas à capacidade de dar significado às observações (Wright & Leahey, 2011). Sendo assim, o estágio constitui uma fase crucial no processo de aprendizagem, desenvolvimento de conhecimentos e competências especializadas.

Portanto o processo de desenvolvimento de competência profissional, se constrói e se desenvolve na ação, através da interação com o ambiente. Nessa ótica, durante o ensino clínico, tive a necessidade de desenvolver as duas habilidades supracitadas. Pôde observar as múltiplas interações e relacionamentos entre os membros da família e a relação e interação da enfermeira orientadora com a família sob uma visão sistémica, bem como interpretando-as com base em conhecimento teórico e contexto cultural, para planejar cuidados adequados.

A interação com várias famílias em diferente fase de vida e de diversas culturas, foram oportunidades cruciais que incentivaram a reflexão sobre o impacto dos fatores pessoais, situacionais e culturais que influenciam na prestação de cuidados de qualidade. Essa reflexão, associada à discussão, observação e partilha constante com a enfermeira orientadora e outros enfermeiros do serviço, revelou-se uma estratégia fundamental no meu processo de aprendizagem, indo além da simples aquisição de conhecimento teórico.

Essas experiências demonstram que, a interação com situações reais e dinâmicas complexas, envolve além das térias, o desenvolvimento das capacidades críticas e relacionais, evidenciando que a aprendizagem ocorre na ação e na interação com o contexto.

### **3.2 Competências específicas de enfermeiro de família**

Enfermagem de saúde familiar é uma área de especialização com alvo de intervenção próprio, a família, e está “dirigida aos projetos de saúde da família a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2011, p.1122).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, centra na família como um todo e em cada um dos seus membros. De acordo com que está plasmado no Regulamento n.º 428/2018 (2018), compete ao EEECESF:

- a) “cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;”
- b) “lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.”

Considerando as competências preconizadas pela ordem dos enfermeiros, em conciliação com os objetivos definidos no guia orientador do estágio de natureza profissional, para exercer a função do EESCESF foram delineadas as atividades desenvolvidas durante o período do estágio:

- Integrar na equipa de enfermagem saúde familiar e integrar à organização e dinâmica da UCSP;

- Intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situação complexa;
- Envolver-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar;
- Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados especializados á família;
- Esclarecer as dúvidas, identificar os desafios e as áreas que podem ser melhorados;
- Desenvolver competências nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, vigilância de gravidez de baixo risco, saúde do idoso, saúde do adulto;
- Desenvolver competências em relação a comunicação assertiva com o utente/família;
- Prestar cuidados culturalmente sensível à pessoa/família imigrante/estrangeira;
- Refletir sobre as experiências, os desafios e as aprendizagens obtidas ao longo do ensino clínico, a fim de melhorar a prática especializada em enfermagem de saúde familiar;
- Adquirir conhecimentos e competências no registo e manuseio do sistema informático Sclinico;

No início do estágio, tive a oportunidade de integrar na equipa de saúde e conhecer a sua dinâmica, de observar, questionar e explorar ao máximo as intervenções feitas pela enfermeira orientadora, no sentido de aumentar o conhecimento.

No decorrer das semanas, desenvolvi de forma gradual as minhas capacidades e competências de trabalhar com a família, realizando consultas de enfermagem, sob a supervisão da enfermeira orientadora, de acordo com o PNS, atos de enfermagem, visitas domiciliárias, referenciações para outros serviços, entre outras atividades. Nesse contexto, pude estabelecer uma comunicação assertiva com a pessoa/família, interagir e orientar o cliente, de modo a construir em parceria planos de cuidados específicos que respondem as suas necessidades.

Outro ponto importante, foi a observação acerca de prestação de cuidados à população estrangeiros, onde pude notar que as equipas de saúde, principalmente as enfermeiras tem dificuldades em oferecer um cuidado culturalmente sensível a essas populações. Além da

barreira linguística, existem várias barreiras que constitui um desafio no âmbito da prestação de cuidados. Nesse sentido, surgiu a minha preocupação em aprofundar ainda mais sobre essa temática no intuito de dar o meu contributo para melhoria nesse campo.

Em relação a visitas domiciliares, é feito uma programação e gestão entre as equipas semanalmente. As visitas que fazemos são de carácter curativo e preventivo, o que nos permitiu conhecer o domicílio e suas características, as estruturas e relações familiares, permitindo identificar os fatores que constituem risco para a saúde da família e as que podemos potencializar em prol da promoção da saúde da família.

Os registos de enfermagem são feitos através do Sclinico, que corresponde à nova versão do SAPE (Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem). Durante o estágio pude explorar de forma minuciosa o Sclinico, que constitui uma importante ferramenta permitindo a continuidade de cuidados, pois todos os profissionais têm acesso aos registos feitos do cliente por outro profissional.

A componente teórica foi importante para adquirir conhecimento e competências, mas, o mais essencial foi implementar esses domínios no campo prático, o que permitiu adequar e melhorar as respostas exigidas ou necessárias para a promoção da saúde dos utentes/famílias.

Consciente das competências que adquiro durante o período do estágio, e do que ainda tenho de adquirir, considero que as diversas oportunidades de prestação de cuidados à pessoa/família contribuíram para a minha evolução tanto pessoal como profissional, como enfermeira especialista em saúde familiar.

**PARTE II - ESTUDO - SATISFAÇÃO COM O TRABALHO DOS  
ENFERMEIROS DE FAMÍLIA NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO  
ESTRANGEIRA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PORTUGAL E CABO  
VERDE**

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O relatório constitui um meio de apresentação, descrição e reflexão do caminho percorrido da investigação e ação, que possibilitou compreender e obter uma nova visão dos enfermeiros de família acerca da satisfação profissional no atendimento à população estrangeira. Pretende-se contribuir, com base nas evidências científicas, para o desenvolvimento das competências necessárias aos enfermeiros de família na prestação de um cuidado culturalmente congruente, abordando as dificuldades encontradas e as estratégias que auxiliam essa prática.

Entretanto, pretende verificar o nível de satisfação com o trabalho dos enfermeiros que atuam nesse contexto. Apoiado nas literaturas, verifica-se que o profissional com nível elevado de satisfação, tende a proporcionar cuidados de maior qualidade, refletindo positivamente nos resultados em saúde.

Atualmente, a mobilidade humana é um fenómeno global que acompanha as sociedades. Há um crescente fluxo migratório, por motivos diversos, como conflitos políticos, dificuldades económicas, desastres ambientais, procura de melhores condições de vida ou mesmo laços históricos e culturais.

Nas últimas décadas, na europa, registaram-se mudanças rápidas nos padrões demográficos, evoluindo para sociedades multiculturais, que procuram adaptar-se às necessidades das suas populações (Antón-Solanas et al., 2022). Portugal sofreu uma transição, de um país de emigração tornou-se um país de imigração. Segundo o relatório de imigração e asilo da AIMA no ano 2024, verificou-se um acréscimo de 260 227 estrangeiros face ao ano 2023, totalizando 1.543.697 cidadãos estrangeiros residentes, representando aproximadamente 14,36% da população. Dos quais, a comunidade com maior representatividade é brasileira (31,4%) e Cabo Verde passou a ser quinta comunidade (AIMA, 2024).

Este fluxo migratório representa um desafio social e político, na medida em que exige uma política que garanta a plena integridade dos imigrantes nas sociedades (MSa, 2001). Sendo que, apesar do direito de usufruir do serviço de saúde assegurado pela legislação portuguesa, desde 2001, na prática, persistem dificuldades linguísticas, desconhecimento dos serviços e constrangimentos burocráticos (OECD, 2021). Assim torna-se necessário adaptar as políticas e os sistemas de saúde às necessidades específicas dessa (Domingues, 2022).

No entanto, o Plano Nacional de Saúde 2020-2030, reconhece a saúde dos migrantes como uma área prioritária, propondo estratégias de inclusão e promoção de equidade (CNS, 2019).

Os enfermeiros, são diretamente impactados por estas mudanças. A dificuldade de comunicação intercultural, as diferenças culturais e os constrangimentos organizacionais, são alguns desafios enfrentados (Domingues, 2022). Neste contexto, torna-se essencial para os enfermeiros adquirir os conhecimentos e competências culturais necessárias para, cumprindo a legislação e promover a satisfação e o bem-estar dos clientes, oferecendo-lhes um cuidado culturalmente congruente (Vilelas & Janeiro, 2012).

Em Portugal, os cuidados de saúde primários (CSP) constituem-se como a base do acesso ao Serviço Nacional de Saúde, de que resulta maior nível e equidade de saúde e satisfação da população. A reorganização dos CSP, enfatiza a intervenção local, com relevância nas Unidades de Saúde Familiar, e particularmente nos cuidados centrados na família, em todas as fases da vida (MSa, 2014; Decreto-lei n.º 118/2014, 2014).

Essa reorganização, favorece a proximidade entre os enfermeiros de família e os utentes, permitindo a criação de vínculo de confiança, tornando os cuidados mais especializados e culturalmente adequados. Isso, permite ao enfermeiro assumir um papel essencial na identificação de lacunas e na mitigação de barreiras, proporcionando um atendimento mais inclusivo e sensível às comunidades multiculturais.

Portugal, tem vindo implementar políticas de integração de imigrantes e formação específica em cuidados interculturais dos profissionais de saúde, em articulação com entidades como ACES, SNS e o Alto Comissariado para as Migrações).

Por outro lado, Cabo Verde tem integrado algumas políticas de integração de imigrantes, mas ainda carece de formação sistematizada e estruturada em competências culturais no sistema de saúde. Historicamente, Cabo Verde é reconhecido como um país de emigração, contudo, nas últimas décadas tem-se transformado, paulatinamente num país de imigração, acolhendo cidadãos provenientes de diferentes países (INEb, 2023). Essa diversidade cultural implica adaptação e novos desafios à nível da integração e de acesso equitativo aos cuidados de saúde. A descrição mais detalhada do SNS cabo-verdiano, encontra-se apresentada no anexo (IV).

De acordo com IPEI (2022), Cabo Verde contabilizava 10.869 estrangeiros, representando 2,2% da população total do país. Destes, 66,5% são oriundos dos países africanos, 17,1% de países europeus (com destaque a Portugal com 8,9%) e 4,8% de países asiáticos.

O artigo 70º da Constituição da República e a lei de base de saúde do país, defende o direito universal a saúde, garantindo a integridade e equidade na prestação dos cuidados de saúde, independentemente da condição social, económica, política e religiosa à todos os cidadãos, incluindo os estrangeiros, (República de Cabo Verde, 2012).

Diante deste panorama, é imperativo que os profissionais de saúde recebam capacitação que lhes permite desenvolver competências culturais no sentido de prestar cuidados coerentes, respeitosos e adaptados às diferenças culturais (Brito et al., 2015; Domingues, 2022). O enfermeiro de família, enquanto elo entre a família, a equipa de saúde e a comunidade, posicionando-se como gestor de cuidados e facilitador do acesso, assumindo o papel crucial nos contextos multiculturais (MSa, 2014).

Prestar cuidados à população imigrante pode exigir a mobilização de vários recursos do serviço de saúde como da comunidade, no sentido de oferecer um cuidado

culturalmente adequado, enfatizando a importância do enfermeiro de família em contexto de cuidado multicultural pelo seu papel na equipa multidisciplinar (Domingues, 2022).

A nível europeu, o novo panorama política, prevê o apoio financeiro para os países que acolhem migrantes, com o intuito de promover a sua integração no sistema de saúde e formação dos profissionais, principalmente em competências culturais e necessidades específicas. Ainda destacam, a importância da avaliação da saúde dos estrangeiros e o desenvolvimento de práticas de qualidade e culturalmente sensível (EU, 2020).

Em Cabo Verde, o projeto “multiculturalidade em saúde” tem o objetivo de reconhecer e a integrar a diversidade cultural na prestação de cuidados de saúde, promovendo o desenvolvimento de competências profissionais que garantem serviços e cuidados cada vez mais humanizados e culturalmente sensíveis (MS, 2022).

Portugal e Cabo Verde compartilham uma história de migrações recíprocas, marcada por laços linguísticos, culturais e económicos. Ambos acolhem, em suas realidades distintas, populações estrangeiras culturalmente diversas, com necessidades e vulnerabilidade diferentes. A diversidade cultural deve ser considerada como algo positivo e enriquecedor, mas que ainda constitui um desafio na prática assistencial, influenciando a qualidade dos cuidados (Brito et al., 2015).

A satisfação profissional (SP), surge como elemento intimamente relacionado à qualidade de cuidados prestados, isto é, torna-se um componente essencial para a eficiência e qualidade dos serviços de saúde, especialmente em ambientes multiculturais (Alves, 2025). Tanto em Portugal como em Cabo verde, observa-se a necessidade e preocupação de capacitação dos profissionais de saúde para a prestação de cuidados culturalmente sensível à população estrangeira.

A análise comparativa entre os países possibilita compreender as políticas, as condições de trabalho e a formação em competências culturais que influenciam a satisfação profissional e a qualidade dos cuidados prestados.

As diversidades culturais das populações impõem novos desafios aos sistemas de saúde, exigindo dos enfermeiros competências culturais, que lhes permitam prestar cuidados sensíveis e adequados às especificidades de cada pessoa. apesar de existir estudos sobre a SP dos enfermeiros, não são muitas as investigações que abordam este tema em contextos multiculturais, particularmente no âmbito de CSP e do papel do enfermeiro de família

Assim, é importante aprofundar o conhecimento sobre a satisfação profissional dos enfermeiros de família na prestação de cuidados à população estrangeiras, identificando as principais dificuldades e as estratégias utilizadas para promover um cuidado culturalmente competente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de enfermagem nos dois contextos e a aumentar o nível de satisfação profissional.

## **2. ENQUADRAMENTO TEORICO**

A teoria e a investigação são indissociáveis, uma vez que permite a compreensão e o aumento de conhecimentos dos fenómenos estudados (Fortin, 2003), pelo que faz sentido um enquadramento teórico para o desenvolvimento e análise dos conceitos, construindo o estado da arte.

### **2.1. Enfermagem de saúde familiar**

Conforme o plano nacional de saúde 2012/20216, a reorganização dos CSP destaca a intervenção a nível local, utilizando uma rede integrada de serviços, isso enfatiza as USF com foco nos cuidados centrados na família, abordando as suas necessidades e especificidades em todas as fases de vida (MS, 2014).

Esta reforma dos CSP, visa melhorar a saúde da população, assegurando equidade, acessibilidade e integralidade nos serviços de saúde, para isso, incorpora uma estrutura organizativa matricial baseada nas unidades funcionais e equipas multidisciplinares (MS, 2014). Com isso, foi enfatizada a importância e a responsabilidade do enfermeiro de família, que cuida da família em toda a fase do ciclo vital e em todo o contexto da comunidade (MS, 2014).

Para colmatar o disposto no Decreto-Lei nº73/2017, que estabelece que os enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Saúde Familiar devem possuir o título de especialista em Enfermagem de Saúde familiar, tornando-se imperativo desenvolver as competências específicas para o cuidado à família com o devido rigor técnico e clínico (MS, 2017). Nesse contexto, Ordem dos Enfermeiros publicou, em 2018, o regulamento nº 428/2018, que define claramente as competências específicas do EEECESF (OE, 2018). Isso demonstra a necessidade da especialização para o exercício profissional, por parte dos enfermeiros para cuidar a família, visando obter maiores ganhos em saúde familiar.

Neste regulamento estão plasmadas as competências específicas do EEECESF, especificamente “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

O enfermeiro de família deverá cuidar da família enquanto unidade de cuidados, de forma holística, compreendendo as suas complexidade e particularidades em diferentes fases do ciclo vital, considerando que estes se encontram em transformação, o que impõe novos desafios e requer uma sensibilidade adaptativa do enfermeiro de família. Assim, exigindo uma atuação ética e contextualizada, realçando a importância de compreender a família como um sistema dinâmico em constante evolução.

A enfermagem de saúde familiar pode estar sujeita a várias designações, nomeadamente como, enfermagem das famílias, cuidados centrados na família, enfermeiro de família e entre outras, sendo que todas são unânimes que “há necessidade de um relacionamento cooperativo e não hierárquico, entre os dois intervenientes deste processo” (Araújo, 2014, p.19).

Segundo a OE (2017) “a Enfermagem de Saúde Familiar como prática avançada baseia-se na interação entre a família e o enfermeiro, permitindo uma coevolução e contribuindo para a promoção da saúde família” (pg. 10).

Ainda Hanson (2005) define enfermagem de saúde familiar como “processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem” (p.8).

O EE deverá cuidar da família como unidade de cuidados, reconhecendo que o sistema familiar tem as suas complexidades e que estes se encontram em transformação. Sendo assim deve prestar cuidados específicos em cada fase do ciclo vital da família, optando por avaliar as intervenções feitas de modo a promover o funcionamento familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

O modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF), enquanto modelo teórico e operativo, fornece ao enfermeiro guias sistemáticas para desenvolvimento de práticas alinhadas as necessidades específicas da família, enquanto alvo de cuidado. Fundamenta-se no pensamento sistémico como base epistemológica, o que lhe permite compreender a família como um sistema complexo e interligado, onde cada membro influencia e é influenciado pelos demais (Figueiredo, 2012).

O modelo estrutura-se nos seus pressupostos e postulados para desenvolver a matriz operativa, que torna possível a testabilidade e a praticabilidade da avaliação e intervenção familiar. Essa matriz permite uma interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento sistematizador e orientador, que apoia os enfermeiros na formulação de intervenções específicas e adaptadas às necessidades familiares, com maiores ganhos em saúde, principalmente em contextos de cuidados primários (Figueiredo, 2012).

A saúde familiar, é uma abordagem que vai para além do estado de saúde da família como unidade, deve-se considerar a interação da saúde de cada membro com a família no seu todo, num plano biológico, psicossocial, cultural e espiritual (Santos, 2023).

O EF possui conhecimentos especializados necessários para restaurar e manter a saúde familiar, e gerir os problemas de saúde ou as transições vivenciadas por estas (OE, 2017).

O enfermeiro especialista em saúde familiar, é considerado como o profissional de referência que assume como responsabilidade, o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros em toda a fase do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, e articula com outros profissionais, com o objetivo de melhorias e ganhos em saúde (OE, 2017).

Com tudo, é da responsabilidade do enfermeiro de família, dar respostas as necessidades das famílias, e cada um dos seus membros, perante a situação de saúde/doença, potencializar as suas forças e estratégia de *coping* eficazes, contribuindo para o empoderamento familiar e demonstrados ganhos em saúde.

A complexidade do cuidado à família, em contextos de crescente diversidade cultural, exige não apenas competências técnicas, mas também competências relacionais e culturais, que se refletem na satisfação e no desempenho profissional do enfermeiro.

Para Figueiredo (2012), o enfermeiro de família assume a responsabilidade de capacitação da família, no desenvolvimento de competências para uma vivência saudável das suas constantes transições. Ainda autora refere que, devem considerar a família como unidade de cuidado, adquirindo o conhecimento/competência sobre a prestação de cuidados holísticos ao longo do ciclo vital.

Essas abordagens tornam-se especialmente relevante, na prestação de cuidados à população estrangeira, visto que, requer uma sensibilidade cultural, conhecimento e adaptabilidade às fases familiares e uma compreensão interligada das necessidades de saúde, considerando o sistema familiar que permanece constante transformação.

## **2.2. Satisfação profissional do enfermeiro**

A satisfação profissional pode ser compreendida como um conjunto de diferentes dimensões, em que algumas podem provocar maior grau de satisfação ou são mais aceitáveis do que outras (OE, 2013), e que podem mudar, dependendo da influência de fatores pessoais ou organizacionais (Cunha et al., 2016).

De facto, o grau de satisfação pode acarretar no profissional conjunto de alterações a nível pessoal, saúde física, mental e comportamental, relativamente a produtividade, absentismo, pontualidade, motivação e outros, com impacto positivo ou negativo para a organização e para o alvo de cuidados (Batista, 2010). E quando se refere a diminuição da produtividade e por conseguinte na afetação da qualidade dos serviços de saúde prestados, as populações poderão ser afetadas (Bernardino, 2018).

O estudo do nível de satisfação do enfermeiro de família com o atendimento à população estrangeira manifesta grande importância, por este influenciar na qualidade e na segurança dos cuidados prestados.

Hong et al. (2019), refere que a satisfação profissional se tornou uma área prioritária, por ser importante para melhorar o funcionamento das organizações, e pelo impacto que pode ter no desempenho e na qualidade no atendimento ao paciente (Mendes, 2014 citado por Silva et al., 2021).

A eficiência e a qualidade dos serviços prestados num sistema de saúde estão relacionadas, diretamente, com nível de satisfação dos profissionais, sendo a insatisfação a principal dificuldade com que se confrontam as chefias e gestores. Por outro lado, níveis elevados de satisfação profissional transformam-se em qualidade de cuidados e atendimento, pelo que se justifica uma avaliação periódica, em Portugal pelo SNS, da satisfação laboral para acompanhar a monitorização da qualidade dos cuidados prestados na organização (Correia, 2016).

Deste modo, em Portugal existe o diploma legal, constituída a lei de bases da saúde (Decreto-lei n.º 95/2019, 2019), que considera a avaliação da satisfação dos profissionais e a qualidade dos cuidados como uns dos fatores que devem ser considerados pela SNS.

Em Cabo Verde, a regulamentação foca mais na avaliação de desempenho dos profissionais de saúde. Embora o diploma tem o foco na carreira e remuneração, aspetos como gestão de desempenho e relevância da avaliação de desempenho, são considerados bases para avaliar o nível de satisfação (decreto-lei n.º 21/2025, 2025).

Ainda Soares (2007) ressalta que, o enfermeiro satisfeito possui maior capacidade de tomada de decisão e de resposta às situações/questões que lhe são colocados. Está diretamente relacionado, de forma implícita ou explícita, à qualidade do desempenho, produtividade e realização profissional. Sendo assim, vale ressaltar que os enfermeiros satisfeitos com o trabalho, influência na qualidade do atendimento prestado as pessoas/famílias imigrantes.

Por outro lado, a satisfação profissional dos enfermeiros pode ser influenciada por diversos fatores, como: carga horária do trabalho, apoio da chefia, relação com colegas, autonomia, oportunidades de formação contínua e reconhecimento (Silva, et al., 2022).

No estudo de Teixeira, et al. (2022) verificaram que os enfermeiros gestores devem garantir condições de trabalho necessárias aos enfermeiros de forma a promover elevados nível de satisfação profissional. É essencial reconhecer a importância dos fatores organizacionais, criar um ambiente inclusivo para os utentes culturalmente diversos, incentivar o profissionalismo entre os enfermeiros, a fim de melhorar a união e colaboração entre os elementos da equipa e a diminuição de comportamentos discriminatórios relacionados a diferenças culturais.

Os gestores devem ainda, investir na formação específica que promovam a consciência, o conhecimento e as habilidades culturais dos profissionais de enfermagem, de modo a reduzir as disparidades em saúde e assegurar a prestação de cuidados culturalmente congruente a pessoas de origem cultural diferente.

Ainda no atendimento à população estrangeira, depara-se com desafios específicos que influenciam diretamente a satisfação profissional, entre eles: barreiras linguísticas; diferenças culturais; desconhecimento do sistema de saúde local por parte dos utentes; estigmas sociais e raciais; falta de preparação cultural dos profissionais (Pereira & Barros, 2021).

Quando esses fatores não são geridos adequadamente, podem suscitar sentimentos de frustração, impotência e exaustão emocional, diminuindo a perceção de eficácia profissional e consequentemente, a satisfação profissional. No entanto, quando os enfermeiros se sentem capacitados, apoiados e valorizados, muitos referem que o contacto com culturas diversificadas, mesmo constituindo um desafio no âmbito da prestação de cuidados, se torna uma experiência enriquecedora e aumenta o propósito da sua prática (Teixeira, Gaspar, Lucas, 2022; Brito et al. 2015).

A diversidade cultural no contexto de Portugal e Cabo Verde, torna mais relevante a atuação do enfermeiro de família. E o conhecimento da satisfação profissional, pode constituir um recurso para identificar dificuldades ou oportunidades de melhoria que reflete na qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros.

Assim compreender os fatores que influenciam a SP dos enfermeiros é essencial para garantir não só a qualidade dos cuidados, mas também a capacidade destes profissionais em responder adequadamente às necessidades culturais das famílias.

### **2.3. Enfermeiro de família e competências culturais**

A interação enfermeiro-família, desde sempre tem acompanhado a enfermagem, sendo evidente a importância do sistema familiar como parceiro e promotor dos cuidados e da saúde dos seus subsistemas e, por conseguinte, da própria saúde familiar (Wright & Leahey, 2012).

O enfermeiro de família é considerado o eixo estruturante no acesso e na prestação de cuidados no âmbito dos CSP, atuando como elo entre a família, a equipe multidisciplinar e os diversos recursos da comunidade (OE, 2018). A família torna-se uma área relevante para a sua intervenção, independentemente dos contextos profissionais onde o enfermeiro desenvolve a sua prática. Acrescenta Figueiredo (2009) “Cuidar a família é assim um dos primordiais interesses da enfermagem” (p.52).

Os profissionais de enfermagem, fazem parte de uma equipe multidisciplinar, promovem ações focadas no cuidado e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades, no mais diferentes ambientes e contextos de cuidados em saúde, envolvendo comunidades de cultura diversificadas. A sua prática é baseada no método organizado, dinâmico e sistematizado do pensamento crítico, através de pesquisas baseadas em evidências científicas (Hughes et al., 2022).

Assim, torna-se da sua responsabilidade estudar as teorias específicas, o que favorecerá uma prática eficiente e resolutive. É importante destacar que, estudar a teoria não implica, aceitá-la na sua totalidade, mas sim utilizar os conteúdos teóricos como base de conhecimento próprio, adaptá-lo de acordo com o seu contexto prática (Silva et al., 2021).

Atualmente, a enfermagem transcultural, tornou-se um componente importante na área de saúde e uma exigência por parte dos enfermeiros de família, devido às mudanças demográficas e do fluxo migratório nos países, o que tem transformado a sociedade em

multicultural. Torna-se uma necessidade para os enfermeiros, reconhecerem a diversidade cultural da pessoa, família e comunidade na área de saúde, pois, a cultura influencia o estado de saúde (Lino-Indio et al., 2023; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Quando a prestação de cuidados envolve a população estrangeira, o desafio do cuidado torna-se mais complexo, se expande para além das dimensões clínicas e técnicas, exigindo do enfermeiro o desenvolvimento de competências culturais que promove o reconhecimento e a valorização da diversidade cultural dos clientes.

A OMS (2018), destaca que os enfermeiros que exercem nos cuidados de saúde primários devem estar preparados para prestar cuidados em contextos multiculturais, com base em equidade e justiça social.

De acordo com os documentos legais de âmbito nacional e internacional, o cuidado de saúde de qualidade constitui um direito a todos, independentemente da sua origem e condição.

A lei de base de saúde (art.1º), a carta dos direitos fundamentais da união europeia (art.20º, 21º, 22º), defendem o direito à proteção da saúde a todos, independentemente das condições económicas, sociais e culturais, com respeito pelos princípios de igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade.

No campo de enfermagem, o Decreto-lei n.º 104/98 no artigo 81º defende a responsabilidade do enfermeiro, “a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; e) Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; f) Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.

Consegue-se perceber que na área de saúde, é necessário garantir que comunidades culturalmente diversas recebam cuidados de qualidade, individualizado e

holístico. Nesse contexto, o enfermeiro de família é o profissional que ocupa uma posição estratégica para prestar um cuidado que respeite e se adeque à particularidade e aspetos cultural de cada pessoa. E mais do que uma responsabilidade, é um dever profissional, assistir a pessoa, a família e a comunidade considerando e valorizando os seus aspetos culturais.

Os enfermeiros devem adquirir e promover os conhecimentos e as competências culturais necessárias, não somente para cumprir os regulamentos legais, mas também para promover a satisfação e o bem-estar do cliente (Vilelas & Janeiro, 2012). Quando os enfermeiros consideram os aspetos culturais na prestação de cuidados, os utentes estarão mais dispostos a aderir a esses cuidados do que aqueles quando não foram tidos em consideração os aspetos culturais (Narayan, 2001 citado por Vilelas & janeiro, 2012).

Para a prestação de um cuidado integral e culturalmente congruente, o enfermeiro deve considerar os aspetos culturais dos indivíduos na sua prática diária. Essa abordagem contribui para a melhoria dos resultados em saúde e para a satisfação profissional do enfermeiro, que se sente mais capaz e ético ao prestar um cuidar essencialmente integral. Portanto, para investigar cultura, cuidados de enfermagem e saúde, Madeleine Leininger propôs uma teoria, que busca oferecer a indivíduos, a família e a comunidades cuidados de enfermagem que respeitem os aspetos e as especificidades culturais, sociais e espirituais de cada paciente.

A teórica Madeleine Leininger (1978), enfermeira antropóloga, conhecida por fundamentar e conceituar a disciplina enfermagem transcultural, também conhecida como Teoria da Diversidade Cultural e Universalidade do Cuidado. Essa teoria foi embasada na importância da valorização da cultura na área da saúde.

De acordo com a teórica, *Enfermagem Transcultural* é uma área de estudo e atuação que se concentra no cuidado fundamentado na cultura, nas crenças relacionadas à saúde e à doença, nos valores e nas práticas das pessoas, com o objetivo de ajudá-los na manutenção e recuperação da saúde, no enfrentamento das limitações ou no processo de

morte com dignidade (Leininger, 1999). O principal foco é oferecer cuidados de saúde que valorizam e respeitam as especificidades e as diferenças culturais.

A teoria permite compreender o contexto cultural dos pacientes e como esses contextos influenciam seus cuidados de saúde e bem-estar. Considera a autora que, para oferecer um cuidado realmente holístico e eficaz, é fundamental compreender e respeitar os fatores culturais de cada pessoa e família. Torna-se importante perceber que, o foco da enfermagem transcultural não se limita a reconhecer e valorizar as diferentes culturas, mas sim de aplicar esse conhecimento na prática profissional, com base em princípios culturais, de forma estruturada, planejada e orientada para a ação (Leininger, 1978).

Leininger cunhou o termo, cuidado culturalmente congruente, para fundamentar o principal objetivo da sua teoria, que é, identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente às crenças, valores e costumes que afetam, o bem-estar, a saúde, a doença e o processo de morte de pessoas pertencente a cultura diferente ou semelhante (Oriá, Ximenes, Alves, 2005).

Para a prestação de um cuidado culturalmente congruente, os enfermeiros devem desenvolver as habilidades de competência cultural. Cada vez mais pessoas e famílias esperam receber um cuidado sensível e significativo, em que os enfermeiros respeitem e valorizem os seus aspetos culturais. A aquisição dessa competência, torna o enfermeiro mais sensível às questões culturais, raça, etnia, género e orientação sexual.

Para a enfermagem, é essencial compreender o universo cultural de cada pessoa, conhecer o que tem valor em sua vida, o estilo de vida e as formas que consideram adequadas de cuidados de saúde. É importante compreender que cada cultura adota a sua própria forma de cuidados, valores, crenças e padrões de comportamento em relação à saúde e à doença. Cuidado e cultura estão profundamente conectados, não podem ser separadas das ações de cuidados de enfermagem (Leininger, 1997).

Nesse contexto os enfermeiros precisam manter a competência cultural na sua prática diária. A competência cultural, é vista como um processo contínuo de compreender e valorizar os aspetos culturais, da diversidade cultural, tornando-se cada

vez mais consciente e adquirindo conhecimentos específicos das culturas diferentes a fim de melhorar a eficácia na comunicação, compreender melhor as particularidades culturais e adquirem conhecimentos sobre os hábitos e práticas de saúde de diferentes culturas (Vilelas & Janeiro, 2012).

#### **2.4. Cuidado transcultural nas práticas de enfermagem**

O cuidado transcultural é uma abordagem fundamental na prática de enfermagem contemporânea, principalmente em contextos onde a sociedade apresenta uma crescente diversidade cultural, como é o caso de Portugal e Cabo verde.

Segundo Madeleine Leininger (1978), fundadora da *Teoria da Enfermagem Transcultural*, o cuidado cultural competente sucede quando o enfermeiro compreende e incorpora as dimensões culturais do cliente ao planeamento e execução do cuidado. A partir dessa compreensão, o enfermeiro torna-se, um agente mediador entre o conhecimento técnico-científico e os saberes culturais de cada pessoa, família e comunidade atendida.

Para a prestação de cuidados de enfermagem culturalmente congruentes, deve-se haver a capacitação do enfermeiro a nível do desenvolvimento da competência cultural (Brito et. al, 2015).

Campinha-Bacote (2011) define a competência cultural como um processo em constante desenvolvimento, com o intuito de se atingir a capacidade e aptidões para prestar cuidados culturalmente diversas a comunidade, tendo em conta a consciência, o respeito pessoal e profissional pelas particularidades culturais dos outros. O foco está no desenvolvimento profissional contínuo, com base na prática culturalmente competente, por isso.

O desenvolvimento de competências culturais exige, primeiramente o interesse em tornar-se culturalmente competente, e depois desenvolver ações necessárias para alcançá-lo.

O modelo de Campinha-Bacote (2002), defende que o profissional desenvolve um esforço contínuo para atingir a capacidade de desenvolver ações dentro do contexto cultural do indivíduo, família ou a nível comunitário. O profissional deve fazer uma autoanálise da sua intervenção, com o intuito de se tornar progressivamente culturalmente competente.

Este processo, integra várias dimensões, como: **Consciência cultural**, surge como processo reflexivo e de autoexame da própria formação cultural do enfermeiro, reconhecendo valores, crenças, estilo de vida e práticas culturais do cliente e ao mesmo tempo o enfermeiro reconhece os seus próprios valores, preconceitos e estereótipos e entender como estes podem afetar o cuidado prestado. Esta autoconsciência é vital para evitar imposições culturais aos pacientes. **Conhecimento cultural**, processo em que o enfermeiro adquire conhecimento sistemático sobre outras culturas e sobre as diferentes visões que as pessoas culturalmente diversas têm relativamente sobre o mundo. A compreensão das crenças, valores, práticas e estratégias de resolução de problemas de grupos de origem cultural diferente, possibilita que o enfermeiro sinta mais seguro e confortável na interação com os utentes. **Habilidade cultural** consiste na capacidade do enfermeiro na realização de avaliação, baseado nos conhecimentos culturais adquiridos, na coleta de dados sobre antecedentes culturais e práticas de saúde. A avaliação deve ser feita em parceria com o cliente, de modo a desenvolver e a aperfeiçoar continuamente um conjunto de competências, que promove uma melhoria na compreensão, interação e comunicação com pessoas, famílias de culturas diversas. É importante entrevistar, observar e documentar informações relevantes para prestação de cuidado adequado culturalmente. **Desejo cultural** representa a motivação para se tornar culturalmente competente. Refere-se à vontade, automotivação e flexibilidade dos enfermeiros e das organizações desenvolverem formações que promovam o desenvolvimento da competência cultural. Os profissionais devem construir um processo de aprendizagem ativa das semelhanças culturais com as pessoas, garantindo assim a coerência cultural nos cuidados. **Encontro cultural** envolve a interação direta entre o enfermeiro e o paciente com as suas diferenças culturais, permitindo aprendizado real e ajustes contínuos na

abordagem de cuidado. Deste modo, num encontro cultural competente o enfermeiro deve ter a consciência da sua própria identidade cultural e também deve estar ciente da diversidade e especificidade das outras cultural, ou seja, o profissional se desenvolve para além de estereótipos. A autora identifica este momento de encontro como

Esta teoria, orienta os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, no desenvolvimento de competência cultural, num processo contínuo de aprendizagem e reflexão cultural, a fim de proporcionar cuidados de saúde culturalmente sensível, eficaz, respeitoso e individualizado a pessoas de origem cultural diferente.

A teoria de Leninger (2002), propôs o modelo denominado “*Sunrise Model*”, simbolizado pelo nascer do sol, a ferramenta conceitual que ilustra os múltiplos fatores que influenciam o cuidado de enfermagem em contextos culturais diferentes. O modelo tem o intuito de auxiliar os enfermeiros na compreensão e incorporação dos fatores culturais ao planeamento e execução de cuidados individualizados e sensíveis as necessidades socioculturais do cliente.

O modelo inclui sete fatores socioculturais e estruturais que demonstram o modo como o cuidado é percebido, aceito e executado: os fatores tecnológicos, sociais e filosóficos, sociais e de parentesco, culturais e de estilo de vida, políticos e legais econômicos e educacionais. No centro se encontra o profissional de enfermagem, que deve prestar cuidados com base nos valores, crenças e práticas culturais da pessoa, família e comunidade.

Esses elementos se relacionam de forma dinâmica com os contextos ambientais, linguísticos e históricos da pessoa. A partir dessa análise o enfermeiro, pode distinguir-se dentre os três princípios fundamentais para guiar decisões e ações de enfermagem culturalmente congruente (Leininger, 2002): **Manutenção ou preservação cultural do cuidado**, ação do profissional fundamentada na cultura, que consiste em apoiar, orientar ou capacitar a pessoa para que consiga preservar práticas de cuidado e de saúde benéficas e coerentes com seus hábitos culturais; **Negociação de cuidados culturais**, ação do profissional baseada na cultura que ajuda, orienta e capacita o indivíduo a adaptar,

negociar ou modificar os hábitos de saúde e de vida; **Reestruturação cultural do cuidado**, ação do profissional que consiste em apoiar, facilitar e orientar os indivíduos a transformar seus hábitos de vida e de saúde de forma que estejam congruentes com seus próprios valores e necessidades.

Este modelo, enfatiza a necessidade de interação entre o enfermeiro e o cliente, para possibilitar a implementação de um cuidado culturalmente competente. O profissional deve proporcionar um cuidado congruente com a cultura da pessoa, respeitando a sua particularidade e atendendo a sua necessidade. Por outro lado, a dificuldade é originada pela não compreensão da cultura do cliente (Santos, 2022).

Portanto, a competência cultural é compreendida como um processo contínuo, em que o profissional se compromete a desenvolver ao longo da vida, promovendo melhorias contínuas na sua capacidade de prestar cuidados sociais e de saúde. Esse processo requer a consideração da diversidade cultural, das atitudes e das necessidades das pessoas, independentemente das influências sociais e organizacionais que possam exercer impacto sobre elas (Papadopoulos, 2006).

Na prática de enfermagem de saúde familiar, o modelo de Leininger e o de Campinha-Bacote funcionam como referências complementares, permitindo ao enfermeiro planejar e executar intervenções culturalmente adequadas junto das famílias imigrantes.

## **2.5. As barreiras que dificultam os cuidados culturalmente adequado**

No cuidado a indivíduo e família estrangeiro, o enfermeiro enfrenta vários desafios relacionados com o desconhecimento das suas características étnicas e culturais e com a forma de enquadrar as mesmas na prática clínica (Reis, 2015). Sendo assim é essencial os enfermeiros de família desenvolverem estratégias para ultrapassar essas barreiras garantindo segurança, satisfação e qualidade nos cuidados. Por isso, é vital para os profissionais de enfermagem desenvolverem as competências culturais e mais do que isso saber implementar nas suas práticas diárias.

Brito et al. (2015) refere a importância de considerar a diversidade cultural como algo positivo e enriquecedor, mas que constitui um desafio no âmbito da prestação de cuidados.

A OMS (2010) reconhece que a falta de sensibilidade cultural nos serviços de saúde pode contribuir para desigualdade no acesso aos cuidados, baixa adesão aos tratamentos e piora nos desfechos clínicos, sobre tudo em populações migrantes ou em situações de vulnerabilidade social ou cultural.

Vários estudos apresentam barreiras que podem dificultar o desenvolvimento de competências culturais: o preconceito que é visto como atitudes negativas, hostis, concedido em generalizações, distorções, face a determinado grupo (Aronson, 1999); estereótipo é a ideia preconcebida, padronizada e generalizada de uma pessoa, por pertencer a um determinado grupo logo possui determinada característica (Maia, Cerqueira-Santos, 2019); choque cultural conjunto de respostas emocionais e psicológicas, quando um estrangeiro tem uma reduzida compreensão e conhecimento da nova cultura, e pode se manifestar através da ansiedade, frustração e raiva (Briscoe e Schuler, 2004).

No estudo de Peckover & Chidlaw (2007), as enfermeiras apontaram a barreira linguística e o próprio sentido crítico dos profissionais no planeamento e desenvolvimento dos cuidados, como aspetos que dificultam na sua prática clínica. Contudo, essas dificuldades podem causar frustrações e rejeições de assistência por parte do profissional, devido a falta de competência cultural (Ramos, 2016). Além disso, pode desencadear uma insatisfação profissional dos enfermeiros e dos próprios utentes.

Assim, compreender as barreiras que dificultam a prestação de cuidados culturalmente adequados torna-se essencial, para orientar formações e estratégias organizacionais que promovam a competência cultural e a satisfação profissional dos enfermeiros.

### **3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

A parte metodológica deve apresentar, como se pretende realizar a investigação. Nesta fase pretende-se delimitar os métodos, através da exposição detalhada dos procedimentos e técnicas, que serão utilizados para obter respostas à questão de investigação. A qualidade de uma investigação científica define-se por um “conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação” (Fortin,1999, p.372), de forma a garantir que os resultados da mesma serão fiáveis e válidos.

Será apresentado e justificado todas as etapas do processo metodológico utilizado nesse estudo.

#### **3.1. Contextualização do estudo**

Os países europeus têm vindo a registar mudanças rápidas no padrão demográfico, em que as sociedades passam a ser caracterizadas por uma enorme diversidade cultural. Atualmente em Portugal teve um aumento significativo da população residente estrangeira (AIMA, 2023).

Cabo Verde tem tido um grande contributo neste enorme fluxo migratório, constituindo a 5ª comunidade estrangeira em Portugal (AIMA, 2024). Por outro lado, dadas as características das ilhas de Cabo Verde, têm sido um destino escolhido por turistas de imensos países, com ênfase especial também para os portugueses.

Estas mudanças implicam uma significativa adaptação e um desafio enorme à prestação de cuidados de saúde à esta população. Nesta perspetiva são necessárias respostas adaptativas, determinadas pela enorme diversidade cultural e pelas diferentes necessidades de saúde.

Os enfermeiros, em especial os enfermeiros de família, constituem um elemento fundamental e de proximidade, desempenhando um papel central na resposta às necessidades das populações culturalmente diferentes. Esta situação, torna-se um enorme desafio para os profissionais de saúde, sobretudo para os enfermeiros, e acarreta enormes implicações na sua satisfação profissional.

Perante estas reflexões emergiu a necessidade de avaliar o nível de satisfação profissional dos enfermeiros no atendimento ao indivíduo e à família estrangeira, identificando dificuldades encontradas e estratégias utilizadas, com vista à prestação de cuidados de enfermagem culturalmente competente.

Contudo, a avaliação da satisfação profissional torna-se um indicativo essencial para as organizações de saúde, pois indica o nível de desempenho dos profissionais, a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar dos profissionais (Rodrigues et al., 2022).

O presente estudo, será desenvolvido com os enfermeiros de família que exercem função nas unidades de cuidados de saúde primários em Portugal e os enfermeiros que exercem a função nos Centros de Saúde e suas extensões (PS e UBS) em Cabo Verde.

Devido às diferenças do sistema de saúde dos países em estudo, a amostra será enfermeiros de família em Portugal e enfermeiros que exercem nos CSP em Cabo Verde, visto que, ainda não foi iniciado a institucionalização dos médicos e enfermeiros de família na rede de cuidados primários de saúde.

### **3.2. Tipo de estudo**

Tendo por base os pressupostos teóricos, trata-se de um estudo com uma abordagem quantitativa, de natureza transversal, observacional, descritivo-correlacional.

A abordagem quantitativa é caracterizada como um procedimento que se utiliza análise de dados, distribuídos por variáveis quantificáveis (dados numéricos) uma vez que resultam da medição formal. Estas variáveis podem ser sujeitas a procedimentos estatísticos do tipo descritivo (cálculo de médias, modas, medianas, variâncias, desvio padrão, quartis, mínimo e máximo) ou inferencial (testes estatísticos, correlações, para confirmação das hipóteses estatísticas) (Denzin & Lincoln, 2018).

Relativamente á natureza do estudo, é transversal o que indica que o estudo foi realizado num único momento no tempo, ou seja, os dados recolhidos dos participantes foi num determinado momento não houve nenhum tipo de acompanhamento prolongado (Néné & Sequeira, 2022).

Considera-se um estudo observacional, onde o investigador não interfere, apenas descreve através de procedimentos, os acontecimentos que ocorrem naturalmente e quais os efeitos ou relações com as variáveis (Néné & Sequeira, 2022).

A pesquisa será descritiva, segundo Freixo (2010) é vista como procedimento que permite classificar de forma exaustiva as variáveis apuradas num determinado fenómeno ou acontecimento ou estabelecimento de relação entre o mesmo. Envolve o uso de técnicas padronizadas para coleta de dados, nesse estudo optou-se por um questionário.

Ainda Freixo (2010) refere que estudo correlacional, permite medir o nível e o sentido da relação entre duas ou mais variáveis, recorrendo neste caso à abordagem quantitativa.

### **3.3. Objetivos e questão de investigação**

Fortin, (1999, p.51) considera que “Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo, claro e não equívoco que precisa os conceitos-chaves, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica”.

Diante desta problemática de investigação, formula-se a questão norteadora do estudo:

Qual é a relação entre o nível de satisfação com o trabalho dos enfermeiros que exercem funções no âmbito da saúde familiar, face ao atendimento à população estrangeira, em Portugal e em Cabo Verde?

Considerando que o “objetivo de um estudo indica o porquê da investigação” (Fortin, 2009, pg.160), isto é, para responder à pergunta de investigação é definido o objetivo geral do estudo: analisar a relação entre o nível de satisfação com o trabalho dos enfermeiros que exercem funções no âmbito da saúde familiar, face ao atendimento à população estrangeira, comparando os contextos de Portugal e Cabo Verde.

Assim delineamos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros que exercem função no âmbito de saúde familiar, no atendimento à população estrangeira, em Portugal e Cabo Verde;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que exercem função no âmbito de saúde familiar, no atendimento à população estrangeira, em Portugal e Cabo Verde;
- Verificar a relação da satisfação profissional dos enfermeiros que exercem função no âmbito de saúde familiar, com as variáveis de caracterização na amostra;
- Comparar a satisfação profissional entre os enfermeiros que exercem função no âmbito de saúde familiar em Portugal e em Cabo Verde com o atendimento à população estrangeira.

### **3.4. População e Amostra**

Para a realização de uma investigação é necessário determinar a população, que é um conjunto de elementos que partilham as mesmas características, definidas por um conjunto de critérios, onde se pretende testar as hipóteses de investigação e a relação entre as variáveis (Fortin, 1999).

Considerou-se como população do estudo os profissionais de enfermagem que exercem a sua atividade no âmbito da saúde familiar, em contextos institucionais diferentes de dois países. Em Portugal, inclui-se os enfermeiros que exercem nos serviços de cuidados de saúde primários atenção à família (USF e USCP). Em Cabo Verde, a população é composta por enfermeiros que exercem funções no âmbito de saúde familiar nos Centros de Saúde e suas extensões, nomeadamente Postos Sanitários (PS) e Unidade Básica de Saúde (UBS).

Segundo Fortin (2009), a amostra corresponde a um subgrupo dos elementos que compõe uma população, devendo ser representativa desta, onde se aplicam os procedimentos de recolha e análise de dados do estudo.

Foi utilizada uma amostragem não probabilística, combinando os métodos de conveniência e bola de neve (*snowball sampling*). A seleção dos participantes foi feita com base em critérios definidos pelo pesquisador, o que implica que nem todos os elementos da amostra tiveram a mesma probabilidade de serem incluídos no estudo. Como consequência, este tipo de amostragem não assegura a representatividade estatística da população do estudo, mas permite o acesso a sujeitos com características específicas, que são mais difíceis de encontrar ou contatar, com acesso ou dispersa geograficamente (Dewes, 2013).

No entanto, esse método de amostragem mostrou-se adequado à contexto do estudo, uma vez que não foi encontrado uma base de dados acessível com todos os enfermeiros que exercem na área de cuidados primários/saúde familiar em ambos os países. Além disso, a maior facilidade de acesso, permitiu incluir enfermeiro disponíveis e acessíveis no momento da recolha de dados. Esse método foi essencial para alcançar participantes em diferentes regiões geográficas, tanto em Portugal como em Cabo Verde, onde o contato direto com muitos profissionais foi limitado. Contudo os participantes iniciais foram incentivados a encaminhar o questionário a colegas que preenchessem os critérios de inclusão.

A escolha da técnica de amostragem não probabilística deve-se à impossibilidade de delimitar o universo total de enfermeiros de família que exercem no atendimento a população estrangeira em Portugal e enfermeiros que exercem nos cuidados primários em Cabo Verde. Desta subpopulação específica, não foi encontrado registos oficiais que permitam quantificar o número total ou que identifiquem profissionais com essa particularidade. Portanto, a seleção de uma amostra aleatória seria inviável (Etikan et al., 2016).

Assim, todos os profissionais inicialmente solicitados a participar do estudo, foram orientados, a pedido do pesquisador, a sugerir e enviar o respetivo link do questionário (anexo I) para outros profissionais que reúnam os critérios de inclusão, que poderiam participar no estudo, num processo contínuo até se atingir o ponto de saturação de dados.

Este método pode ter algumas limitações, em que pode haver viés de seleção, uma vez que a amostra não é aleatória nem independentes, sendo influenciada pelas redes sociais ou profissionais dos participantes iniciais (Pais-Ribeiro, 2007).

Com o intuito de minimizar esses riscos, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão.

### **3.5 Critérios de Inclusão e de Exclusão**

Como critérios de inclusão foram definidos, todos os enfermeiros que exercem funções no âmbito da saúde familiar na UCSP e USF em Portugal, e todos os enfermeiros que desempenham função no âmbito da saúde familiar nos CS e suas extensões, nomeadamente PS e USB, em Cabo Verde. Assim os participantes devem aceitar participar no estudo, mediante a assinatura do Termo do Consentimento Livre e Informado (TCLE) (anexo II).

Como critério de exclusão, foram excluídos todos os enfermeiros que não exercem no contexto dos cuidados primários; questionários que não foram preenchidos de forma correta.

### **3.6. Instrumento de Colheito de Dados**

A escolha de instrumento para recolha de dados deve permitir ao investigador obter informações necessárias para responder às questões de investigação ou às hipóteses formuladas, considerando os objetivos traçados (Fortin, 2009).

O questionário constitui um instrumento de grande flexibilidade relativamente à estrutura, à forma e aos meios de recolha de informações fatural dos participantes (Norwood, 2000 citado por Fortin, 2009).

A colheita de dados foi realizada através de um questionário de autopreenchimento, previamente adaptado, que integra a escala de satisfação com o trabalho, desenvolvido pelo autor Pais Ribeiro (2002), validado para a população portuguesa.

O questionário está dividido em duas partes: primeira parte, constitui os variáveis de caracterização sociodemográfico e profissional, com 13 questões fechadas, de escolha múltipla ou dicotómicas, que nos permite mensurar as variáveis (idade, sexo, estado civil, habilitação literárias, tempo de exercício, categoria profissional, local de exercício de função) e perguntas que avaliam as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros pelo no atendimento à população estrangeira e as estratégias utilizadas nesse contexto estrangeira.

Na segunda parte, integra a escala de satisfação com o trabalho de Pais-Ribeiro (2002), composta por 24 itens, avaliados numa escala do tipo Likert de 5 pontos em que: 1-discordo totalmente com a afirmação, 2-discordo bastante com a afirmação, 3-nem concordo nem discordo com a afirmação, 4-concordo bastante com a afirmação, 5-concordo totalmente com a afirmação.

Esta escala encontra-se subdividida em seis dimensões, calculadas a partir do somatório dos itens seguintes:

- Segurança com o futuro da profissão - itens 5, 8 e 13;
- Apoio da Hierarquia - itens 4, 11 e 19;
- Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado - itens 1, 6, 15, 18 e 21;
- Condições físicas do trabalho - itens 9, 17, e 23;
- Relação com colegas - itens 7, 20, 22 e 24;
- Satisfação com a profissão - itens 2, 3, 10, 12, 14 e 16.

A aplicação da escala permite obter o resultado da satisfação profissional, através do somatório de todas as dimensões. Cada dimensão e o resultado do somatório, constituem as variáveis dependentes principal do estudo.

As variáveis independentes anteriormente descritas (variáveis sociodemográficos e profissionais), consideradas como atributivas, sobre as quais serão analisados a influência na variável dependente (satisfação profissional). Cada dimensão da escala, bem como o

resultado total da mesma, serão tratados como variáveis dependentes e analisadas inferencialmente em relação às variáveis independentes.

### **3.7. Procedimentos de Recolha de Dados e Considerações Éticas**

Para a recolha de informações necessárias à obtenção de respostas para o problema de investigação, foi elaborada o questionário, recorrendo à plataforma do *Google Forms*.

A recolha de dados teve início, após obtenção de autorização por parte do autor do questionário para a sua utilização, da obtenção de parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança (P542738-R669252-D2033535) e do Comitê Nacional de Ética e Pesquisa em Saúde (CNESP) de Cabo Verde. Foram considerados os princípios éticos da declaração de Helsínquia (2013) e da convenção de Oviedo (2000).

A distribuição do questionário, foi por e-mail para todos os enfermeiros conhecidos, que enquadravam nos critérios de inclusão, aos quais foi solicitado que convidassem outros colegas a participar. Na primeira folha, foi explicando de forma clara o objetivo do estudo, os procedimentos de recolha de dados e as respetivas instruções de preenchimento do mesmo e garantia de aspetos éticos.

Os participantes foram contactados através da lista de contactos profissionais/sociais, tendo acesso a um link que os direcionou para o questionário. Antes de o responderem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente foi solicitado aos participantes iniciais que partilhem o respetivo link com outros enfermeiros num processo em cadeia (*snowball*), até se obter a saturação dos dados. A colheita foi efetuada entre o dezembro de 2024 á julho de 2025.

Foram considerados os princípios éticos fundamentais para garantir a proteção dos direitos, da dignidade e do bem-estar do participante. Com isso foram consultadas várias normas internacionais, diretrizes nacionais e códigos éticos profissionais.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, o direito de desistir a qualquer momento da participação, sem prejuízo conforme está enunciado na lei da investigação clínica lei nº 21/2014, de 16 de abril. Foi garantida a confidencialidade

e anonimato dos dados obtidos, o acesso aos resultados, foram respeitados a dignidade e valores profissionais, os princípios éticos enunciados na Declaração de Helsínquia, na Convenção de Oviedo e no Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros.

### **3.8. Procedimento de Análise de Dados**

Fortin (1999) refere que “a análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatística descritiva” (p.267).

Após a recolha dos questionários, recorreu-se ao software SPSS (versão 29), para análise dos dados com recurso da estatística descritiva e inferencial. Posteriormente, foi feito as análises e interpretação dos dados, bem como a discussão e apresentação dos resultados.

#### 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para a apresentação e análise dos resultados obtidos da aplicação do instrumento de recolha de dados (questionários), utilizamos a estatística descritiva e inferencial, de modo a dar resposta aos objetivos, questão de investigação do estudo.

A análise dos dados é feita em duas etapas essenciais, a estatística descritiva e estatística inferencial. Dessa forma vai-se caracterizar a amostra e avaliar as relações ou diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis do estudo.

Inicialmente os dados foram submetidos à estatística descritiva, com o objetivo de caracterizar e apresentar a amostra, resumir os dados obtidos de forma clara e objetiva. Utilizou-se as medidas descritivas básicas: frequências absolutas e relativas (n; %), média, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos.

Posteriormente, na estatística inferencial foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos, para verificar as relações entre as variáveis em contextos diferentes (Portugal, Cabo Verde), se apresentam ou não diferenças estatisticamente significativas, conforme se verificaram ou não os pressupostos de normalidade.

A amostra é constituída por 71 profissionais de enfermagem que exercem funções nos cuidados primários no âmbito de saúde familiar em Portugal e Cabo-Verde. **Vale ressaltar que foi excluído dois participantes por não preencherem corretamente os questionários.**

##### **Caracterização Sociodemográfica**

Neste subcapítulo são apresentados várias tabelas e gráficos com os resultados da análise feita por contextos. Primeiramente é feito a descrição dos dados de modo geral da amostra e por conseguinte é feita a descrição dos dados por país (Portugal e Cabo Verde).

Em relação ao género, a maioria dos participantes é do sexo feminino com 85,92% (n= 61) enquanto 14,08% (n= 10) pertencia a sexo masculino (Tabela 1).

**Tabela 1- Caracterização da amostra por sexo.**

Sexo	n (%)
<b>Feminino</b>	61 (85,90)
<b>Masculino</b>	10 (14,10)
<b>Amostra</b>	71 (100)

Comparando os dados, verificou-se que em Portugal tivemos 40 participantes, a maioria 50,72% (n = 35) é do sexo feminino e 7,25% (n = 5) é do sexo masculino, enquanto, em Cabo Verde obtivemos resultados semelhantes, embora com menor número de participantes. Participaram 29 enfermeiros cabo-verdianos, em que a maior percentagem é do sexo feminino 36,23% (n = 25) e 5,8% (n = 4) participantes do sexo masculino (Tabela 2).

**Tabela 2- Caracterização do sexo por país.**

País	Portugal	Cabo Verde
<b>Sexo</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Feminino</b>	35 (50,72)	25 (36,23)
<b>Masculino</b>	5 (7,25)	4 (5,8)
<b>Amostra</b>	40 (57,97)	29 (42,03)

Assim, a idade dos participantes do estudo variou entre 24 aos 62 anos com uma média de 38,51 anos (dp =  $\pm 10,04$  anos), o que indica uma ampla variação etária dos participantes.

Em Portugal a distribuição etária dos enfermeiros inquiridos (Tabela 3) situou-se num intervalo de 25 a 62 anos, com uma média de idade de 44,5 anos (dp =  $\pm 9,12$ ). Em contraste, em Cabo Verde os participantes revelaram um perfil etário mais jovem, variando entre 24 e 42 anos e uma média de 30,7 anos (dp =  $\pm 4,44$ ). Esses dados indicam uma diferença significativa no perfil etário dos profissionais entre os dois contextos.

**Tabela 3- Caracterização da idade por país.**

Pais	Mínimo da idade	Máximo da idade	Média da idade
<b>Portugal</b>	25	62	44,5(±9,12)
<b>Cabo Verde</b>	24	42	30,7(±4,44)
<b>Amostra</b>	24	62	38,51(±11,25)

Relativamente ao estado civil da amostra, verificou-se que, a maior percentagem dos inquiridos corresponde aos casados/ união de facto 57,96% (n = 40), seguido de solteiro 37,69% (n = 26) e divorciado 4,35% (n = 3).

Em Portugal a maioria dos profissionais de enfermagem inquiridos é casado/ união de facto 44,93% (n = 31), enquanto em Cabo Verde predominam os profissionais solteiros representando 29,00% (n= 20), conforme ilustrado na tabela 4.

**Tabela 4- Caracterização do estado civil por país.**

Estado Civil	Casado (a)/ União de Facto n (%)	Divorciado (a) n (%)	Solteiro (a) n (%)	Amostra n (%)
<b>Portugal</b>	31 (44,93)	3 (4,35)	6 (8,69)	40 (57,97)
<b>Cabo Verde</b>	9 (13,03)	0	20 (29,00)	29 (42,03)
<b>Amostra</b>	40 (57,96)	3 (4,35)	26 (37,69)	69 (100)

No que se refere às habilitações literárias (Tabela 5), verifica-se que a amostra é composta maioritariamente por enfermeiros licenciados 76,81% (n= 53), os enfermeiros com mestrados 20,29% (n= 14) e enfermeiros com doutorado em minoria 2,9% (n= 2).

Em Portugal, a maior parte dos participantes possui o grau de licenciatura 36,23% (n = 25), seguido do grau de mestrado 18,84% (n = 13) e o grau de doutorado 2,90% (n = 2).

Em Cabo Verde, os resultados apresentam um padrão semelhante, a maioria dos participantes tem o grau de licenciatura 40,58 % (n = 28), seguido do grau de mestrado 1,45% (n = 1), e não se regista nenhuma resposta correspondente ao grau de doutorado.

**Tabela 5- Habilitações Literárias dos Enfermeiros por país.**

Habilitações Literárias	Doutorado n (%)	Licenciatura n (%)	Mestrado n (%)	Amostra n (%)
<b>Portugal</b>	2 (2,90)	25 (36,23)	13 (18,84)	40 (57,97)
<b>Cabo Verde</b>	0	28 (40,58)	1 (1,45)	29 (42,03)
<b>Amostra</b>	2 (2,90)	53 (76,81)	14 (20,29)	69 (100)

Quanto à categoria profissional em Portugal (Tabela 6), foram obtidas 40 respostas, das quais 52,50% (n = 21) dos participantes se enquadram na categoria do enfermeiro, seguidos por 42,50% (n = 17) na categoria de enfermeiro especialista, 2,50% (n = 1) enfermeiro com competências acrescidas e 2,50% (n = 1) como enfermeiro gestor.

**Tabela 6-Categoria Profissional dos Enfermeiros em Portugal.**

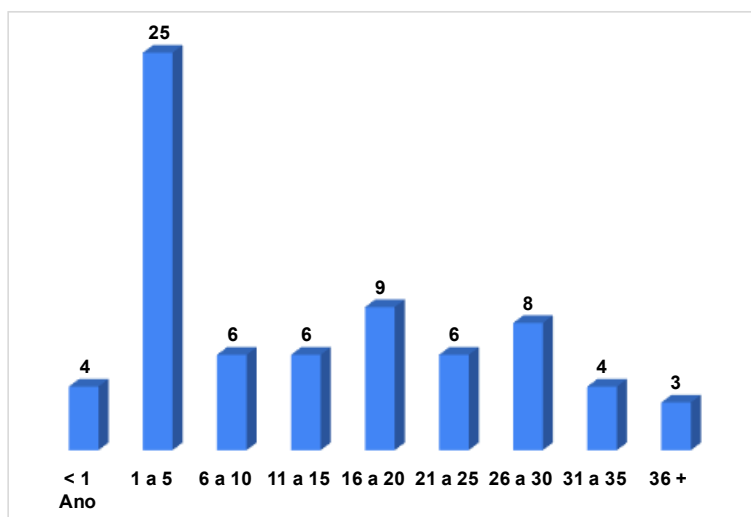
Categoria Profissional dos Enfermeiros em Portugal	n (%)
Enfermeiro	21 (52,50)
Enfermeiro com Competências Acrescidas	1 (2,50)
Enfermeiro Especialista	17 (42,50)
Enfermeiro Gestor	1 (2,50)
<b>Amostra</b>	40 (100)

Em Cabo Verde (Tabela 7) foram obtidas 29 respostas, sendo que a maior parte dos participantes enquadram-se na categoria de enfermeiro graduado, com 89,65% (n = 26), seguidos por enfermeiro principal com 6,90% (n = 2) e enfermeiro assistente com 3,45% (n = 1).

**Tabela 7- Categoria Profissional dos Enfermeiros em Cabo Verde.**

<b>Categoria Profissional dos Enfermeiros em Cabo Verde</b>	<b>n (%)</b>
Enfermeiro Graduado	26 (89,65)
Enfermeiro Assistente	1 (3,45)
Enfermeiro Principal	2 (6,90)
<b>Amostra</b>	<b>29 (100)</b>

**Gráficos 1- Caracterização da Amostra por Tempo de Exercício Profissional.**



Relativamente a tempo de exercício profissional (Gráfico 1), obteve uma média 13,77% (dp = 11,4). Constatase que 5,6% (n = 4) dos participantes possuem menos de 1 ano de exercício profissional. A maioria dos enfermeiros possui entre 1 á 5 anos de experiência, representando 35,2% (n = 25) da amostra. Participantes com 6 a 10 representa (n = 6), 11 a 15 anos representa (n = 6) e 21 a 25 anos de experiência representam (n = 6) 25,5%. Já 12,7% (n = 9) tem entre 16 á 20 anos de exercício

profissional, 5,6% (n = 4) com 31 á 35 anos e 4,2% (n = 3) possuem mais de 36 anos de exercício profissional.

### **Caracterização da amostra segundo as barreiras enfrentadas no atendimento à população estrangeira**

Relativamente as barreiras apresentadas pelos enfermeiros no atendimento à população estrangeira (Tabela 8), a maioria 64,79% (n = 46) referiu a barreira linguística, seguida por barreira cultural 49,30% (n = 35), 29,6% (n = 21) falta de formação e educação em competências culturais, 23,95% (n = 17) pressão de tempo e de trabalho, choque cultural, que pode causar desconforto, ansiedade, angustia, estresse 22,53% (n = 16), estereótipos e juízo de valores associadas as diferentes culturas 19,72% (n = 14), preconceitos em determinado grupo cultural 9,9%(n = 7), outros 7%.

Comparando os dados, em Portugal a maioria dos enfermeiros participantes 46,48% (n = 46) apresentaram a barreira linguística como uma das principais dificuldades enfrentadas, seguido por barreiras culturais 35,21% (n = 25), falta de formação e educação em competências culturais com 26,76% (n = 19), pressão de tempo e de trabalho 19,72% (n = 14), choque cultural, que pode causar desconforto, ansiedade, angustia, estresse 16,90% (n = 12), estereótipos e juízo de valores associadas as diferentes culturas 9,86% (n = 7), preconceitos em determinado grupo cultural 7,04% (n = 5) e outros fatores 1,41% (n = 1).

Em Cabo Verde obtivemos padrão de respostas semelhantes, e que a barreira linguística foi referida como uma das principais dificuldades enfrentadas representada por 18,31% (n = 13), a segunda mais escolhida foi as barreiras culturais representada por 14,09% (n = 10), seguido por estereótipos e juízo de valores associadas as diferentes culturas 9,86% (n = 7), falta de formação e educação em competências culturais 47,5% (n= 19), choque cultural, que pode causar desconforto, ansiedade, angustia, estresse 5,63% (n = 4), e outros fatores 5,63% (n = 4), pressão de tempo e de trabalho 4,23% (n = 3), preconceitos em determinado grupo cultural 2,82% (n = 2), falta de formação e educação em competências culturais 1,41% (n = 1).

**Tabela 8- Barreiras no atendimento a população estrangeira por país.**

Barreiras/dificuldades enfrentadas no atendimento à população estrangeira	País				Amostra	
	Cabo Verde		Portugal			
	n	%	n	%	n	%
Barreiras culturas (compreensões diferentes de sintomas, hábitos de vida, tratamentos, relações familiares, etc)	10	14,09	25	35,21	35	49,30
Barreiras Linguísticas.	13	18,31	33	46,48	46	64,79
Estereótipos e juízo de valores associadas as diferentes culturas.	7	9,86	7	9,86	14	19,72
Preconceitos em determinado grupo cultural.	2	2,82	5	7,04	7	9,86
Choque cultural, que pode causar desconforto, ansiedade, angustia, estresse.	4	5,63	12	16,90	16	22,53
Falta de formação e educação em competências culturais.	1	1,41	19	26,76	20	28,17
Pressão de tempo e de trabalho.	3	4,23	14	19,72	17	23,95
outros fatores	4	5,63	1	1,41	5	7,04

### **Caracterização da amostra segundo as estratégias utilizadas na prestação de cuidados culturalmente congruente à população estrangeira**

Ao analisar os dados, verifica-se que as principais estratégias utilizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados é compreender as crenças e os valores sem julgamentos do clientes, 56,3% (n=40) refere demonstrar interesse, proximidade de conhecer todo histórico atual do cliente e da família e demonstrar respeito, pessoal e profissional, da particularidade cultural dos utentes, 46,5% (n=33) indicam a valorização pratica da escuta ativa, 39,4% (n=28) referem planear as ações e decisões de cuidados, em parceria com o utente, em harmonia com os seus padrões culturais, 26,8% responderam ter competência cultural sobre as principais culturas que constituem o

contexto onde presta cuidados e reflexão crítica sobre as estratégias de promover cuidados culturalmente sensível, os 22,5% (n=16) referem ter auxílio de interpretes comunicacionais e participa de programas e formações que ampliem o entendimento da diversidade cultural e suas abordagens de saúde e somente 5,6% (n=4) responderam outros não especificados (Tabela 9).

Comparando os dados, os enfermeiros que exercem a profissão em Portugal, referem que demonstrar interesse proximidade em conhecer todo o histórico atual do cliente e a família é uma das principais estratégias utilizadas no atendimento à população estrangeira representando 32,39% (n = 23), enquanto em Cabo Verde os enfermeiros responderam que uma das estratégias mais utilizadas é compreender as crenças e os valores, sem julgamento, do cliente representando 25,35% (n = 18). Conforme apresentado na tabela 9, em Portugal a segunda estratégia mais utilizada é compreender as crenças e os valores, sem julgamento, do cliente 30,99 (n = 22), enquanto em Cabo Verde referem que demonstrar interesse proximidade em conhecer todo o histórico atual do cliente e a família, é a segunda estratégias mais utilizada no atendimento 21,13 (n = 15).

**Tabela 9- Estratégias Utilizadas no Atendimento à População Estrangeira por país.**

Estratégias utilizadas no atendimento à população estrangeira	País				Amostra	
	Portugal		Cabo Verde			
	n	%	n	%	n	%
Demonstrar interesse proximidade em conhecer todo o histórico atual do cliente e a família	23	32,39	15	21,13	38	53,52
Valorização da prática da escuta ativa	18	25,35	13	18,31	31	43,66
Ter auxílio de interpretes comunicacionais	11	15,49	5	7,04	16	22,53
Congruência na comunicação verbal e não verbal	0	0	0	0	0	0
Planear as ações e decisões de cuidados, em parceria com o utente, em harmonia com os seus padrões culturais	19	26,76	10	14,08	29	40,84
Compreender as crenças e os valores, sem julgamentos, do cliente	22	30,99	18	25,35	40	56,34
Demonstra respeito, pessoal e profissional da particularidade cultural dos clientes	18	25,35	11	15,49	29	40,84
Ter competência cultural (nível profissional e/ou curricular) sobre as principais culturas que constituem o contexto onde presta cuidados	3	4,22	7	9,86	10	14,08
Participa de programas e formações que aumentem a compreensão da diversidade cultural e suas práticas de saúde	4	5,63	2	2,82	6	8,45
Reflexão crítica sobre as estratégias de prover cuidados culturalmente sensível	3	4,63	3	4,63	6	9,26
Outros fatores	2	2,81	2	2,81	4	5,62

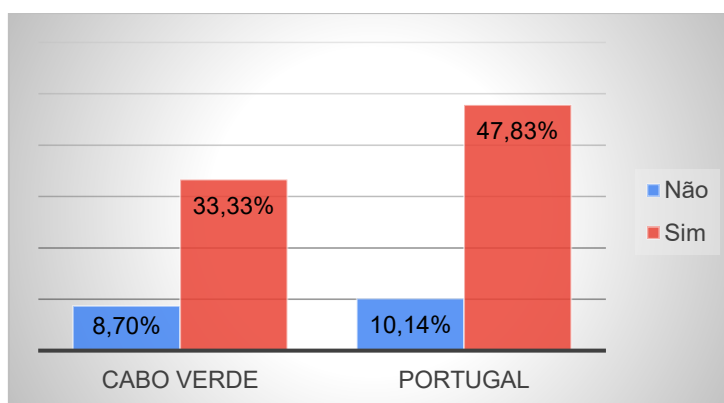
**Caracterização da amostra segundo a satisfação profissional com o nível de cuidados de saúde oferecido à população estrangeira**

Verificou-se que em Portugal (Gráfico 2), a maior percentagem dos profissionais de enfermagem representando 47,83% (n = 33) referem sentir-se satisfeitos com o nível

de cuidados de saúde que oferecem à população estrangeira, enquanto 10,14% (n = 6) referem estar insatisfeito.

Em Cabo Verde (Gráfico 3), os resultados são semelhantes, 33,33% (n = 23) dos profissionais de enfermagem afirmam estar satisfeitos com o nível de cuidados prestados à população estrangeira, enquanto os 8,70% (n = 7) declaram estar insatisfeitos.

**Gráficos 2– Satisfação com o nível de cuidados de saúde oferecido à população estrangeira por país.**

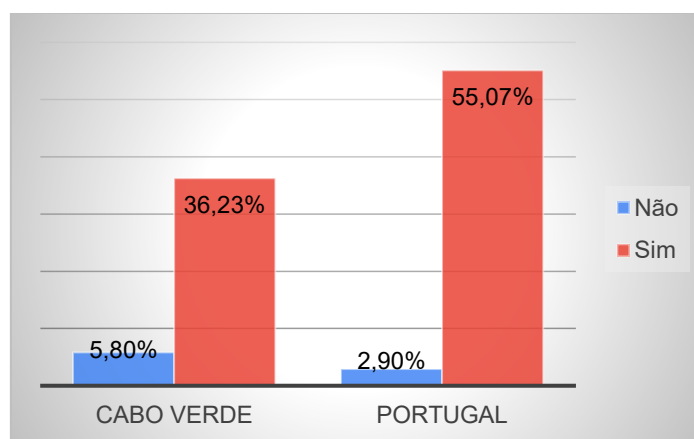


### **Caracterização da amostra segundo a concordância do conhecimento cultural influência a qualidade do atendimento oferecido à população estrangeira**

No que diz respeito à concordância com a afirmação de que o conhecimento cultural influencia positivamente a qualidade do atendimento oferecido à população estrangeira (Gráfico 3), observa-se que, em Portugal maioria dos enfermeiros 55,07% (n = 38) concorda com a afirmação e enquanto apenas 2,90% (n = 2) referem não concordar com a afirmação.

Em Cabo Verde, a distribuição das respostas segue um padrão semelhante, a maior parte dos enfermeiros 36,23% (n = 25) concordam com a afirmação, ao passo que 5,80% (n = 4) indicam discordar.

**Gráficos 3– Concordância do conhecimento cultural influência na qualidade do atendimento oferecido à população estrangeira por país.**



**Caracterização da satisfação com o trabalho (escala de Pais-Ribeiro, 2002)**

A segunda parte do questionário integra a escala de satisfação com o trabalho. Como referido anteriormente, será feita a análise e a descrição das dimensões e os itens da escala e as relações entre as variáveis, comparando os dois contextos.

Na tabela 10, estão representados os valores da Média, Mínimo, Máximo e Desvio Padrão (dp) da satisfação total por dimensões. Conforme a análise feita, constata-se que a média geral de satisfação dos enfermeiros foi de 3,18 (dp = 0,431) numa escala de 1 a 5. O valor mínimo observado é de 2,04 e a máxima de 5, o que sugere que em média, os participantes apresentam um nível de satisfação moderado. A dispersão dos dados representadas pelo desvio padrão, mostra que as respostas foram relativamente homogêneas em torno da média, ou seja, os valores estão moderadamente concentrados em torno da média.

Na 1ª dimensão, segurança com o futuro da profissão, os resultados variam entre 1 o valor mínimo e 5 o valor máximo, com uma média de 3,154 (dp = 0,857), sendo o valor obtido está mais próxima do limite inferior, o que pode-se afirmar que os participantes não sentem seguros com o futuro da profissão. Na dimensão 2, apoio da hierarquia, os resultados situaram entre 1 mínimo e 5 máximo com uma média de 3,380

( $dp = 0,912$ ), representando o valor mais próximo do valor mínimo, o que sugere que os enfermeiros estão insatisfeitos com o apoio hierárquico dispensado. A 3 dimensão, o reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, teve uma média 3,031, um mínimo de 1,4 máximo de 5 e  $dp = 0,532$ . Na dimensão 4, condições físicas do trabalho, teve um mínimo de 1, máximo de 5 e uma média de 3,404 ( $dp = 0,945$ ). A dimensão 5, relação com colegas, com valor mínimo de 1,75, máximo de 5 e uma média de 2,914 ( $dp = 0,495$ ). E a dimensão 6, satisfação com a profissão, o valor encontra-se entre 2 o mínimo e 5 o máximo com média de 3,254 ( $dp = 0,516$ ).

**Tabela 10- Satisfação com o trabalho da amostra por dimensões.**

Dimensões							
	Segurança com o futuro da profissão	Apoio da hierarquia	Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	Condições físicas do trabalho	Relação com colegas	Satisfação com a profissão	Amostra
<b>Média</b>	3,154	3,380	3,031	3,404	2,914	3,254	3,180
<b>Mínimo</b>	1	1	1,4	1	1,75	2	2,04
<b>Máximo</b>	5	5	5	5	5	5	5
<b>Desvio padrão</b>	0,857	0,912	0,532	0,945	0,495	0,516	0,431

### Análise inferencial dos dados

A análise inferencial, foi realizado com recurso a testes escolhidos em função a natureza dos dados do estudo e conforme as relações que foram feitas. O teste t-student usou-se para comparação as relações entre dois grupos diferentes. Foi utilizado o teste de ANOVA, para comparar as médias de três ou mais grupos (variável categórica, numérica) e o teste de correlação de Pearson (força e a direção da relação linear) para verificar a relação entre duas variáveis (numéricas). Nas tabelas seguintes estão apresentadas as variáveis de acordo com os testes aplicados.

## **Relação das variáveis sociodemográficos e a variável satisfação com o trabalho**

De acordo com os resultados da análise, observou-se que as variáveis sociodemográficas não demonstram diferenças estatisticamente significativas em relação a variável satisfação com o trabalho.

Conforme apresentado na tabela 11, foi utilizado o teste t-student para amostra independente para verificar se existe diferença estatisticamente significativo na satisfação com o trabalho entre os sexos. Os resultados evidenciaram que não há diferença estatisticamente significativa entre os enfermeiros do sexo feminino ( $M = 3,15$ ;  $dp = 0,381$ ) e masculino ( $M = 3,30$ ;  $dp = 0,703$ ), apresentando  $t = -1,01$  ( $p = 0,316$ ) o que indica que os participantes femininos apresentam uma média ligeiramente menor do que os do sexo masculino.

**Tabela 11- Relação do variável sexo e a satisfação com o trabalho.**

<b>Variável Sexo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão (dp)</b>	<b>t-Student</b>	<b>p</b>
<b>Feminino</b>	3,15	0,381	- 1,01	0,316
<b>Masculino</b>	3,30	0,703		

Relativamente a variável idade (Tabela 12), foi feito o teste de correlação de Pearson, para verificar a existência de uma associação entre a idade dos enfermeiros participantes e a satisfação com o trabalho. Os resultados indicam uma correlação negativa muito fraca e não significativa ( $r = -1,101$ ;  $p = 0,316$ ), verificando que não há relação estatisticamente significativa entre essas variáveis da amostra.

**Tabela 12- Relação da variável idade e a satisfação com o trabalho.**

Variável	Correlação de Pearson	P
<b>Idade</b>	R = -0,022	0,857

De forma a verificar se há diferença significativa entre os diferentes estados civis e os níveis de satisfação com o trabalho, foi realizado uma análise de variância (ANOVA). Constatou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre as diferentes categorias ( $f = 0,639$ ;  $p = 0,601$ ), sugerindo que o estado civil não influenciou de forma significativa o nível de satisfação com o trabalho na amostra estudada (Tabela 13).

**Tabela 13- Relação da variável estado civil e a satisfação com o trabalho.**

Variável Estado civil	Média	Desvio parão (dp)	ANOVA	p-valor
<b>Casado (a)</b>	3,18	0,406	F = 0,639	0,601
<b>União de facto</b>	3,12	0,466		
<b>Solteiro (a)</b>	3,20	0,490		
<b>Divorciado (a)</b>	3,06	0,12		

Conforme ilustrada na tabela 14, realizou uma análise de variância (ANOVA) para verificar se há diferença significativas na média de satisfação com o trabalho entre os diferentes grupos das habilitações literárias. Os resultados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativas entre os três grupos ( $f = 0,479$ ;  $p = 0,659$ ). As médias apresentam semelhança entre os grupos, indicando que a habilitação literária não teve impacto significativo sobre o nível de satisfação com o trabalho.

**Tabela 14- Relação da variável habilitações literárias e a satisfação com o trabalho.**

Variável Habilitações literárias	Média	Desvio padrão (dp)	ANOVA	p-valor
Doutorado	3,25	0,236	F = 0,479	0,659
Mestrado	3,10	0,290		
Licenciatura	3,19	0,474		

Em relação a tempo de exercício profissional (Tabela 15), foi feita uma análise de correlação de Pearson com o objetivo de verificar a relação entre o tempo de exercício dos participantes e a satisfação com o trabalho. Os resultados na amostra analisada, demonstraram uma correlação positiva muito fraca e não significativa ( $r = 0,016$ ;  $p = 0,896$ ). Pode afirmar que, o tempo de experiência profissional não influencia os níveis de satisfação com o trabalho neste estudo.

**Tabela 15– Relação do variável tempo de exercício profissional e a satisfação com o trabalho.**

Variável	Correlação de Pearson	p-valor
<b>Tempo de exercício profissional</b>	0,016	0,896

Foi realizado um teste t-Student para a amostra independente com o objetivo de comparar a média de satisfação no trabalho entre os participantes de Portugal e Cabo Verde (Tabela 16). Os resultados evidenciaram que não houve diferença estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $t = -1,10$ ;  $p = 0,276$ ). Comparando a média da

satisfação, nota-se que, embora em Cabo Verde o valor da média é ligeiramente maior ( $M = 3,22$ ;  $dp = 0,468$ ) em comparação a Portugal ( $M = 3,10$ ;  $p = 0,405$ ), essa diferença não foi suficiente para indicar um efeito real na população estudada.

Assim a ausência de diferença significativa sugere que, independentemente do país (Portugal ou Cabo Verde), os níveis de satisfação com o trabalho foram semelhantes entre os participantes.

**Tabela 16- Relação satisfação com o trabalho em Portugal e Cabo Verde.**

Variável satisfação com o trabalho	Média	Desvio padrão (dp)	t-Student	p-valor
Portugal	3,10	0,405	- 1.10	0,276
Cabo Verde	3,22	0,468		

A análise da satisfação profissional por categoria profissional (Tabela 17), contemplando enfermeiros em Portugal e Cabo Verde, revelou médias que variam entre 3,02 e 3,83. Em Portugal, os enfermeiros especialistas apresentaram maior média de satisfação ( $M = 3,33$ ;  $dp = 0,533$ ), enquanto em Cabo Verde o valor mais elevado foi observado no enfermeiro assistente ( $M = 3,83$ ), embora este se baseie num único participante, o que inviabiliza generalizações.

Para avaliar se as diferenças observadas entre as categorias são estatisticamente significativas, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, apropriado para amostras pequenas e distribuição não normal. O resultado ( $h = 4,52$ ;  $p = 0,477$ ) indica não haver diferenças estatisticamente significativas entre as categorias profissionais quanto à satisfação com o trabalho. Assim, conclui-se que a variável categoria profissional, não apresentou impacto relevante sobre os níveis de satisfação profissional nesta amostra.

**Tabela 17 - Relação da variável categorias profissionais em Portugal e Cabo Verde e a satisfação com o trabalho.**

Variável					
Categoria profissional por país					
Categoria profissional	n	Média	Desvio padrão (dp)	ANOVA Kruskal-Wallis	p-valor
Pt-Enfermeiro	23	3,13	0,387	4,52	0,477
Pt-Enfermeiro Especialista	18	3,33	0,533		
Pt-Enfermeiro Gestor	1	3,25	na		
CV-Enfermeiro Graduado	26	3,08	0,389		
CV-Enfermeiro Principal	2	3,02	0,501		
CV-Enfermeiro Assistente	1	3,83	na		

Conforme a análise feita, a satisfação com a profissão é ligeiramente superior em Portugal ( $m = 3,30$ ), em comparação com Cabo Verde ( $m = 3,16$ ). No entanto, em ambos os contextos, as médias situam-se em níveis moderadamente positivos, considerando uma escala de 1 a 5. Sendo nenhum dos grupos atingiu uma média superior a 4, o que indica que existe alguma margem para melhoria em ambos os contextos.

Os enfermeiros em Portugal revelam maior satisfação relativamente ao apoio da hierarquia ( $m = 3,51$ ;  $m = 3,15$ ), as condições físicas do trabalho ( $m = 3,52$ ;  $m = 3,24$ ) e o reconhecimento pelos outros ( $m = 3,08$ ;  $2,96$ ) demonstrando as médias ligeiramente superiores comparando a Cabo Verde. Esta diferença, sugere que os profissionais portugueses percecionam um ambiente de trabalho ligeiramente mais favorável nesses aspetos.

Por outro lado, os enfermeiros de Cabo Verde, destacam-se apenas na relação com os colegas ( $m = 3,00$ ) que é ligeiramente superior á média registada em Portugal ( $m =$

2,91). Este resultado pode indicar um ambiente de maior coesão e colaboração entre profissionais no contexto cabo-verdiano.

Embora se observam pequenas variações nas médias das dimensões entre os dois países, os resultados da análise de variância (ANOVA Welch) demonstraram que essas diferenças não são estatisticamente significativas. Isto quer dizer que, as percepções dos enfermeiros de Portugal e Cabo Verde sobre a satisfação profissional são semelhantes estatisticamente ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 18 - Satisfação com o trabalho por dimensões comparação Portugal e Cabo Verde.**

Variável						
Dimensões de satisfação com o trabalho por país						
Dimensões	País	n	Média	Desvio-padrão (dp)	ANOVA (Welch) f	p-valor
Segurança com o futuro	Cabo Verde	29	3,18	0,893	0,0249	0,875
	Portugal	40	3,15	0,864		
Apoio da hierarquia	Cabo Verde	29	3,15	0,933	2,5725	0,114
	Portugal	40	3,51	0,896		
Reconhecimento pelos outros	Cabo Verde	29	2,96	0,562	0,7706	0,384
	Portugal	40	3,08	0,518		
Condições físicas do trabalho	Cabo Verde	29	3,24	1,035	1,3363	0,253
	Portugal	40	3,52	0,890		
Relação com colegas	Cabo Verde	29	3,00	0,526	0,5749	0,451
	Portugal	40	2,91	0,479		
Satisfação com a profissão	Cabo Verde	29	3,16	0,539	1,1974	0,278
	Portugal	40	3,30	0,495		
Total da satisfação	Cabo Verde	29	3,10	0,405	1,2613	0,266
	Portugal	40	3,22	0,468		

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta secção, procede-se à análise crítica e interpretativa dos principais resultados obtidos, tendo como base os objetivos definidos anteriormente, bem como literaturas científicas relevantes. A discussão incide sobre o nível de satisfação profissional dos enfermeiros no atendimento à população estrangeira, com especial atenção às possíveis diferenças entre os contextos de Portugal e Cabo Verde e à influência de variáveis de caracterização.

O estudo do nível de satisfação profissional do enfermeiro de família com o atendimento à população estrangeira manifesta grande importância, por este influenciar na qualidade e na segurança dos cuidados prestados.

Hong et al. (2019), refere que a satisfação profissional se tornou uma área prioritária, por ser crucial na melhoria do funcionamento das organizações, e pelo impacto que pode causar no desempenho e na qualidade do atendimento do paciente (Mendes, 2014 citado por Silva et al., 2021).

Os resultados deste estudo evidenciaram níveis de satisfação profissional moderados entre os enfermeiros de família, tanto em Portugal como em Cabo Verde, sem diferença estatisticamente significativas entre os dois contextos, o que demonstra uma perceção global semelhante da prática profissional em cuidados de saúde primários. A média global de satisfação obtida ( $m = 3,18$ ) confirma uma tendência já amplamente reconhecida na literatura, que aponta para níveis moderados de satisfação entre os enfermeiros em contextos comunitários e de cuidados de proximidade, influenciada sobretudo por condições organizacionais e pela estrutura dos serviços de saúde.

### **Avaliação da variável sociodemográfica**

A análise cruzada entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação profissional dos enfermeiros de família no atendimento à população estrangeira revela padrões interessantes, mas estatisticamente não significativos na maioria dos casos ( $p > 0,05$ ).

A maioria dos participantes pertence ao sexo feminino, tanto em Portugal como em Cabo Verde. De acordo com os dados da INE (2024), em Portugal, a maioria dos enfermeiros que exercem funções, pertencem o sexo feminino (82,68%). O estudo de Correia et al. (2025) com os enfermeiros em Portugal, observaram que o género não demonstrou uma relação significativo com a satisfação, mas em contraponto, os enfermeiros de sexo feminino apresentaram maior nível de satisfação. Em Cabo Verde os resultados são semelhantes, comparando com o estudo, em que a amostra é representada pelo sexo feminino (Rosa, 2018; Duarte & Melo, 2023). Relacionando as variáveis, verificou-se que apesar de ter uma amostra maioritariamente feminina, os enfermeiros do sexo masculino obtiveram uma média ( $m = 3,30$ ) ligeiramente maior do que as enfermeiras ( $m = 3,15$ ) em relação a satisfação com o trabalho. No entanto, não há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ( $p = 0,316$ ).

Em Portugal, a média da idade situou-se 44,5 anos, em contraste, em Cabo Verde a média foi de 30,7 anos, apresentando um perfil mais jovem dos participantes. No entanto, esta variável apresenta uma correlação negativa e muito fraca ( $r = -0,022$ ) e o valor do  $p$  (0,857) muito alto, verifica-se que a idade não associa aos níveis de satisfação, o que corrobora com o estudo de Queirós (2021).

O estado civil, em Portugal 44,93% representado pelos enfermeiros casados/união de fato e enquanto em Cabo Verde predomina os enfermeiros solteiros (38,1%), constatou-se que esta variável não influencia de forma significativa ( $p = 0,601$ ) o nível de satisfação com o trabalho dos enfermeiros participante do estudo. Corroborando com a literatura que identifica variáveis contextuais, como carga de trabalho, autonomia e apoio organizacional, como fatores com maior impacto na satisfação profissional do que nas características pessoais (Correia et al., 2025; OMS, 2025).

As habilitações literárias, nos dois países, predominam o grau de licenciatura (Portugal - 36,23%; Cabo Verde - 40,58%). Os resultados demonstraram médias semelhantes no mestrado ( $m = 3,19$ ) e licenciatura ( $m = 3,19$ ), e estatisticamente não houve diferenças significativas ( $p = 0,659$ ). Isso indica que a formação académica não se

traduz automaticamente em maior satisfação, possivelmente porque as expectativas associadas a graus mais avançados podem não ser atendidas na prática, um fenómeno já descrito em estudos de carreira em enfermagem (Ferreira et al., 2023).

A análise da variável, categoria profissional, revelou variações nas médias de satisfação entre os grupos, mas não houve diferença estatisticamente significativas ( $p = 0,477$ ). Profissionais com maiores qualificações ou em posições hierárquico superiores, como enfermeiro especialistas ou gestores, apresentam médias ligeiramente mais altas, tanto em Portugal como em Cabo Verde. Contudo, essas diferenças não foram suficientes para demonstrar o impacto da progressão na carreira sobre a satisfação profissional.

Em contraste, o estudo de Correia et al. (2025) obtiveram resultados divergentes, referindo que tendencialmente à medida que os profissionais exercem cargos de chefia, possuem mais idade, mais tempo de experiência, aumentando o nível de satisfação com o trabalho.

Em relação a tempo de exercício profissional a maioria dos participantes (35,2%) apresenta entre 1 a 5 anos de experiência. Os resultados demonstraram uma correlação positiva muito fraca e não significativa ( $r = 0,016$ ;  $p = 0,896$ ), ou seja, o tempo de experiência profissional não influencia os níveis de satisfação com o trabalho neste estudo. No estudo de Silva et al. (2022), reforça que os fatores individuais, idade, sexo, especialização, não revelam como influenciadores da satisfação profissional dos enfermeiros.

Embora não tenham sido encontradas associações significativas entre variáveis sociodemográficas e satisfação profissional, estes resultados corroboram com estudos (Correia et al., 2025; Silva et al., 2023; Marques et al., 2020; Rosa, 2019) que sugerem que fatores como idade, experiências, género ou formação avançada tendem a ter menor impacto comparativamente ao contexto organizacional e as relações profissionais

## **Avaliação da satisfação profissional**

Na análise descritiva das respostas obtidas no presente estudo, que envolve enfermeiros de família de Portugal e de Cabo Verde, evidencia níveis de satisfação globais moderados, com pequenas variações entre os países (Portugal-  $m= 3,22$ ; Cabo Verde-  $m= 3,10$ ). A média global, em torno de  $3,18$  ( $dp = 0,431$ ) numa escala de 1 a 5, sugere uma perceção de satisfação equilibrada, mas com margem de melhorias considerável. Este resultado está em consonância com estudos nacionais e internacionais que apontam a satisfação moderada como tendência predominante entre enfermeiros de cuidados de saúde primários (Correia et al., 2025; Kassa et al., 2024; Ditlopo et al., 2024; Massamo et al., 2023; Rosa, 2019).

De forma comparativa, a satisfação com a profissão revelou-se ligeiramente superior em Portugal ( $m = 3,30$ ), do que em Cabo Verde ( $m = 3,16$ ). No entanto, em ambos os contextos, as médias situam-se em níveis moderadamente positivos de satisfação, sem diferenças significativas, mas com nuances contextuais relevantes.

Em Portugal, verificou-se uma menor média na dimensão relação com colegas ( $m = 3,00$ ), o que pode refletir sobrecarga de trabalho, rotatividade elevada de equipas ou fragilidades nos modelos de comunicação interna. Já em Cabo Verde, a dimensão com menor média foi o reconhecimento pelos outros ( $m = 2,91$ ), sugerindo que, apesar de relações interpessoais ser percebida como positiva, os enfermeiros podem sentir insuficiente valorização profissional por parte das instituições e sociedade.

Resultados semelhantes foram identificados no estudo de Karadas et al. (2022), que identificou a colaboração entre profissionais como preditor significativo de maior satisfação laboral, reforçando que ambientes cooperativos e comunicativos favorecem o bem-estar e o desempenho profissional. Da mesma forma, Silva et al. (2022), defende que a qualidade das relações entre colegas é um dos fatores determinantes para a satisfação profissional.

Vale refletir, a divergência com o estudo de Pais-Ribeiro (2002), no qual a relação com colegas obteve uma das maiores pontuações ( $m = 4,90$ ), essa diferença pode ser

explicada por fatores contextuais e organizacionais, culturais e estruturais entre os sistemas de saúde avaliados, bem como pela evolução temporal das condições de trabalho e dos modelos de liderança.

Relativamente ao reconhecimento profissional, estudos como de Karadas et al. (2022) e Silva et al. (2022) reforçam que a perceção de respeitados, valorização e reconhecimento institucional, esta associada diretamente a maior envolvimento e motivação dos enfermeiros. A ausência desses elementos pode gerar sentimentos de desvalorização e diminuição da satisfação geral no trabalho, influenciando a produtividade e o comprometimento com a organização.

Os enfermeiros em Portugal revelam nível de satisfação ligeiramente superior nas dimensões condições físicas do trabalho ( $m = 3,52$  vs.  $m = 3,24$ ), ao apoio da hierarquia ( $m = 3,51$  vs.  $m = 3,15$ ), satisfação com a profissão ( $m = 3,30$  vs.  $m = 3,16$ ), segurança com o futuro ( $m = 3,15$  vs.  $m = 3,18$ ) e o reconhecimento pelos outros ( $m = 3,08$  vs.  $2,96$ ) quando comparados aos enfermeiros de Cabo Verde. Esta diferença, sugere que os profissionais portugueses percecionam um ambiente de trabalho ligeiramente mais favorável nesses aspetos (Correia et al., 2025; Massano et al., 2023).

Por outro lado, os enfermeiros de Cabo Verde, destacam-se apenas na relação com os colegas ( $m = 3,00$ ) que é ligeiramente superior á média em Portugal ( $m = 2,91$ ).

Estes resultados sugerem que apesar de partilharem a mesma matriz linguística e cultural, os contextos organizacionais dos dois países apresentam especificidades que moldam a satisfação profissional. Em sintonia com as recomendações da OMS (2024), melhorar a satisfação profissional exige estratégias adaptadas ao contexto local, como investir em ambientes de prática seguros, garantir recursos adequados, fomentar liderança de apoio e criar planos de progressão transparentes e motivadoras.

No que respeita as dimensões mais valorizadas, as condições físicas do trabalho e o apoio da hierarquia obtiveram valores mais elevados, sugerindo que os enfermeiros reconhecem as condições estruturais razoáveis e o suporte institucional como satisfatórios. Apoiando nas evidencias (Correia et al., 2025), destaca-se maior satisfação

associada com a chefia de serviço, com o estado de espírito no local de trabalho e com às características do trabalho.

Ainda o estudo Silva et al. (2022) realça que, relação saudável entre o líder e os colaboradores, contribui de forma gratificante para a satisfação profissional. A liderança eficaz influenciada pelo ambiente de trabalho, atua como mediadora entre a equipa e a gestão de topo, promovendo o envolvimento, a partilha de conhecimentos, a motivação, a abertura à mudança e a criação de um ambiente organizacional e favorável, contribuindo para maior satisfação profissional.

No estudo de Lucas et al. (2025), realizado em Portugal observou-se resultados menos favoráveis ( $m = 2,5$ ), indicando que os enfermeiros percebem o ambiente de prática de enfermagem desfavorável, e nível elevado de insatisfação profissional.

A dimensão, segurança com o futuro da profissão ( $m = 3,18$ ;  $m = 3,15$ ), apresentaram valores medianos, refletindo incertezas quanto à estabilidade e valorização da carreira de enfermagem. Esses resultados convergem com o estudo de Nwozichi et al. (2021), observou que a perceção de insegurança na carreira contribui diretamente à menor satisfação e a maior intenção de abandono da profissão.

Estudos de Massano et al. (2023) e Correia et al. (2025), confirmam resultados semelhantes, indicando preocupação dos enfermeiros com o futuro e reconhecimento da profissão.

## **Avaliação das dificuldades e estratégias enfrentadas pelos enfermeiros de família**

Comparando os resultados de Portugal e Cabo Verde, verificou-se que as principais barreiras apresentadas pelos enfermeiros no atendimento à população estrangeira (Tabela 8), a barreira cultural, barreira linguística, falta de formação e educação em competências culturais, pressão de tempo e de trabalho. Estas barreiras são consistentes com evidências recentes que referem desafios similares em contextos multiculturais de assistência à saúde.

Um estudo feito em Portugal, com a comunidade chinesa, aponta para dificuldades linguísticas e a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre os hábitos culturais chinesas como obstáculos significativos no acesso aos serviços de saúde (Aparício et al., 2023).

No que respeita a formação, no estudo internacional com alunos de enfermagem, observaram que os alunos demonstram alto nível de sensibilidade intercultural, mas baixo nível na competência práticas e conhecimento cultural que permitam lidar de forma eficiente com diversidade cultural no cuidado (Sagarra et al., 2024).

No estudo de Domingues (2022), obtiveram resultados semelhantes, no entanto para minimizar essas barreiras foram implementadas estratégias de enfermagem transcultural, incorporação de mediadores culturais, elaboração de guias de saúde em diferentes idiomas, criação de espaços de diálogo com associações de imigrantes e formação de enfermeiros em interculturalidade.

As principais estratégias apontadas pelos enfermeiros de Portugal e Cabo Verde, consideradas eficazes para melhorar o atendimento à população estrangeira são: demonstrar interesse proximidade em conhecer todo o histórico atual da família; compreender as crenças e os valores sem julgamento; valorização da prática de escuta ativa; planear os cuidados em parceria com o utente, em harmonia com os seus padrões culturais; ter auxílio de interpretes comunicacionais.

Apoiado no estudo de Zarth et al., (2024) refere que um cuidado culturalmente competente e apropriado os enfermeiros devem estar cientes dos fatores culturais e religiosos dos pacientes. Ainda acrescenta que, cuidado culturalmente competente não é equivalente em conhecer todas as culturas, mas sim respeitar as diferenças culturais e compreender como este interfere nos padrões de cuidados.

No estudo de Santos (2023), reforça que o reconhecimento da cultura e valores de migrantes e suas famílias é crucial para o planeamento e prestação de cuidados de saúde congruente.

Uma revisão de literatura (Mihu, Marques & Sousa, 2024) mapeou intervenções usadas para melhorar o atendimento a pacientes multiculturais. Estratégias como individualizar os cuidados, ter formação em diversidade cultural, uso de práticas empáticas e comunicação adaptativa emergiram como práticas recomendadas.

Contudo, os enfermeiros em Portugal e Cabo Verde afirmaram estar satisfeitos com o nível de cuidados oferecidos à população estrangeira. Do mesmo modo, referem que o conhecimento cultural influencia positivamente na qualidade desse atendimento.

Esta perceção positiva pode estar ligada com o reconhecimento da importância da competência cultural na prestação de cuidados. De facto, vários estudos demonstram que a competência cultural é um fator crucial para garantir a qualidade do cuidado, centrado no paciente, especialmente em contextos multiculturais (Teixeira et al., 2024; Gaspar et al., 2020).

A literatura evidencia que a capacitação cultural dos enfermeiros está relacionada à satisfação profissional, uma vez que aumenta a perceção de eficácia, reduz conflitos intercultural e promove o sentimento de valorização do seu trabalho (Teixeira et al., 2024). No entanto, a integração de estratégias de formação e apoio institucional à competência cultural pode melhorar a qualidade do cuidado, a motivação e o bem-estar dos profissionais de saúde.

## 6. CONCLUSÃO

A ampla revisão literária e os resultados deste estudo, demonstraram que a satisfação profissional dos enfermeiros é um fator complexo e multifatorial. Quando relacionada a contextos multiculturais, esta dimensão torna-se ainda mais desafiante, exigindo não apenas o envolvimento direto dos profissionais, mas também a colaboração efetiva das instituições de saúde e das políticas governamentais, no sentido de promover condições organizacionais favoráveis e culturalmente sensíveis.

As evidências científicas indicam que a satisfação profissional dos enfermeiros é influenciada por inúmeros fatores, entre os quais se destacam os aspetos organizacionais, estruturais e relacionais. Quando os cuidados são culturalmente congruentes, observa-se maior nível de satisfação, tanto por parte do profissional como da pessoa e família cuidada.

Neste estudo, constatou que as variáveis sociodemográficas não demonstraram relações estatisticamente significativas com a satisfação no trabalho. Este resultado é consistente com estudos prévios, reforçando que, no contexto do atendimento à população estrangeira, a satisfação profissional dos enfermeiros de família está mais relacionada fortemente com fatores organizacionais, estruturais e relacionais.

A investigação permitiu avaliar o nível de satisfação profissional dos enfermeiros de família no atendimento à população estrangeira em Portugal e Cabo Verde. Os resultados revelaram níveis moderados de satisfação profissional em ambos os contextos, sem diferença estatisticamente significativas entre os países. Apesar disso, emergem fragilidades distintas nas dimensões, em Portugal observa-se que a relação entre colegas revela necessidades de fortalecimento; em Cabo Verde, destaca-se a carência de maior reconhecimento institucional e valorização do trabalho do enfermeiro.

Estas fragilidades influenciam o nível de satisfação profissional, enfatizando a importância de implementar estratégias de melhoria organizacional que assegurem

ambientes de trabalho saudáveis, comunicação eficaz e valorização profissional, condições cruciais para garantir a qualidade e segurança nos cuidados prestados.

Foram igualmente identificadas barreiras importantes na prestação de cuidados culturalmente congruentes, nomeadamente as barreiras linguísticas, o desconhecimento de práticas culturais e falta de formação direcionada para o desenvolvimento da competência cultural. As estratégias relatadas pelos enfermeiros reforçam a importância da compreensão, empatia, respeito pelas crenças e da comunicação terapêutica, apontando para um exercício profissional sensível e comprometido com a diversidade cultural.

Apesar dos desafios, os enfermeiros afirmaram estar satisfeitos com o nível de cuidados oferecidos à esta população. E da mesma forma reconhecem que o conhecimento cultural influencia positivamente na qualidade do atendimento, contribuindo para relações terapêuticas mais eficazes e maior segurança no cuidado. Conclui-se ainda que, promover a satisfação profissional dos enfermeiros é essencial para o bem-estar dos profissionais e para a qualidade e humanização dos cuidados prestados às populações culturalmente diversas.

### **Implicações para a prática**

Considerando as competências do enfermeiro de família, torna-se imperativo, reforçar a sua capacidade de assistir as famílias estrangeiras em todo o contexto. Os resultados deste estudo demonstram a necessidade de:

- Implementar programas de formação contínua em competência cultural, que pode ser promovido pelas entidades competentes e incentivados pelo próprio profissional;
- Criar espaços de comunicação, reflexão e trabalho colaborativo entre equipas multidisciplinares, favorecendo a partilha de experiências e o apoio mútuo;

- Reforçar o reconhecimento profissional e a valorização institucional dos enfermeiros, promovendo políticas de incentivos, progressão na carreira e ambientes organizacionais mais satisfatórios.
- Estas medidas podem contribuir para melhorar o ambiente organizacional, aumentar a motivação e otimizar a qualidade dos cuidados prestados, tendo em consideração os princípios da equidade e da diversidade cultural.

### **Limitações do estudo**

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser considerados na interpretação dos resultados:

- Amostragem não probabilística, dificultando a generalização dos resultados à totalidade da população de enfermeiros.
- O tamanho da amostra reduzida e dependência das redes profissionais (*snowball sampling*) podem introduzir viés de seleção;
- O autopreenchimento do questionário pode ter condicionado algumas respostas, devido à desejabilidade social;
- As características contextuais e estruturais diferentes entre Portugal e Cabo Verde podem igualmente influenciar a perceção da satisfação profissional.

### **Sugestões para estudos futuros**

Considerando as limitações apontadas, recomenda-se que investigações futuras:

- Desenvolvam estudos qualitativos aprofundados, que explorem as experiências vividas pelos enfermeiros de família no atendimento a população estrangeiras;
- Realizem estudos comparativos em outros países lusófonos, de forma a compreender as particularidades culturais e institucionais que influenciam a satisfação profissional;

- Invistam na criação e validação de instrumentos de avaliação de competência cultural em enfermagem, adequados ao contexto sociocultural dos países de língua portuguesa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIMA (Agência para a Integração Migração e Asilo). (2023). *Relatório de Migrações e Asilo*. AIMA I.P – Agência para a Integração, Migrações e Asilo <http://www.aima.gov.pt>.

AIMA (Agência para a Integração Migração e Asilo). (2025, abril, 08). *Número de imigrantes em Portugal deve chegar a 1,6 milhões*. SIC Notícias. [Número de imigrantes em Portugal deve chegar a 1,6 milhões - SIC Notícias](#).

Alves, L. D. (2025). Grau de satisfação dos enfermeiros e médicos do serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos do Hospital de São José [Dissertação de mestrado, IPL, ESTSL, UAlg, ESSF]. Instituto Politécnico de Lisboa.

Antón-Solanas, I. et al. (2021). Perceções de Enfermeiros Qualificados sobre Competências Cultural e Experiências de Cuidar de Pacientes Culturalmente Diversos: em Estudo Qualificados em Quatro Países Europeus. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35645360/>.

Aparício, S. L. et al. (2023). Equity in the access of Chinese immigrants to healthcare services in Portugal. *Int J Environ Res Public Health*, 20(3), 2442. DOI: [10.3390/ijerph20032442](https://doi.org/10.3390/ijerph20032442).

Ariza, K. J. B, Whitaker, M. C. O, Soto, C. E. G. (2024). Etnoenfermagem e teoria cultural do cuidado, evidências metodológicas na pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 13(2), 2393-6606. <https://doi.org/10.22235/ech.v13i2.3926>.

Alta Autoridade para a Imigração, I.P. (2024). *Formação em mediação intercultural e atendimento ao público*. <https://aai.gov.cv/>.

Batista, V. et al. (2010). Satisfação dos enfermeiros: estudo comparativo em dois modelos de gestão hospitalar. *Revista Referência, série II*, 12, 57-69. <https://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-5769.pdf>.

Batista, V. L. D., Santos, R. M. F., Santos, P.M.F., Duarte, J. C. (2010). Nurse Satisfaction: comparative study on two Models of Hospital Management. *Revista Referência*, 2(12), 57-69.

Branco, A. G., Ramos, V. (2001). *Cuidados de saúde primários em Portugal*. *Repositório Universidade Nova*, 19(2), 5-12. <http://hdl.handle.net/10362/15293>.

Bernardino, E. (2018). Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal. Análise estatística. *Ordem dos enfermeiros* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisfaca%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>.

Boletim Oficial n.º 56/2021 do Conselho de Ministros. (2021). Imprensa Nacional de Cabo verde n.º 91, Série I de 2021-09-21. <https://kiosk.incv.cv/1.1.91.3918/>.

Boletim Oficial n.º 76/IX/2020 da Assembleia Nacional. (2020). Imprensa Nacional de Cabo Verde n.º 24, Série I de 2020-03-02. [https://minsaude.gov.cv/documentos/#all\\_0-102-legislacao](https://minsaude.gov.cv/documentos/#all_0-102-legislacao).

Brito, A., Vicente, B., Reis, A., Amendoeira, J. (2015). Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes. *Revista da UIIP Santarém*. 3(5). 75-90. <http://hdl.handle.net/10400.15/1982>.

Briscoe, D.R., & Schuler, R. S. (2004). International human resource management- Policy and practice for the global enterprise. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203816189>.

Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12113146/>.

Correia, M. M. S. V. (2016). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18161/1/manuela%20veloso%2028%20%281%29.pdf>.

Conselho de Ministros. (2005). Programa do XVII Governo Constitucional. [Microsoft Word - Programa Governo XVII.doc](#).

Convenção de Oviedo (2000). Disponível em: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/ces/Documents/Conven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Oviedo.pdf>.

Correia, T., Morais, R. & Beja, A. (2025). *A satisfação dos profissionais de saúde em Portugal e retenção no SNS*. IHMT/PLANAPP. <https://www.ihmt.unl.pt/ihmt-nova-lidera-primeiro-estudo-nacional-sobre-satisfacao-e-retencao-de-profissionais-de-saude-em-portugal/>.

Cunha, M. P., Rego, M., Cunha, R. C., Cabral-Cardoso, C., Neves, P. (2016). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. (8ª ed.) Editora RH.

Decreto Lei n.º 26/2007. (2007). Bolimim Oficial da República de Cabo Verde n.º 28/2007, Série I de 2007-07-30. Ministério de Saúde. <https://www.bercluso.com/projectobercluso/files/documentacaoJuridica/caboverde/Decreto-lei>.

Decreto Lei n.º 28/2008. (2008). Diário de república n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. Ministério de Saúde. Lisboa. Disponível: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>.

Decreto Lei n.º 56/79 da Assembleia da República, Serviço Nacional de Saúde. (1979). Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>.

Decreto Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, aprova o Estatuto Nacional de Saúde. (2022). Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04. [Decreto-Lei n.º 52/2022 | DR](#).

Decreto Lei n.º 124 do Ministério de saúde. (2011). Diário da República n.º 249/2011, Série I de 2011-12-29. <https://www.sns.gov.pt/institucional/ministerio-da-saude/lei-organica/>.

Decreto Lei n.º 88/2005 do Ministério da Saúde. (2005). Diário da república n.º107/2005, Série I de 2005-06-03. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/88-2005-220169>.

Decreto Lei n.º 35/2012 do Ministério de Saúde. (2012). Diário da República n.º 33/2012, Série I de 2012-02-15. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/35-2012-543026>.

Decreto Lei n.º 22/2012 do Ministério de Saúde. (2012). Diário da República n.º 21/2012, Série I de 2012-01-30. <https://sg.min-saude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+leoms.htm#A3>.

Decreto Lei n.º 48/90 da Assembleia da República. (1990). Diário da República n.º 195/1990, Serie I de 1990-08-24. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/48-1990-574127>.

Decreto Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República n.º 109/2006, Série I de 2006-06-06. [Decreto-Lei n.º 101/2006 | DR](#).

Decreto-Lei n.º 118/2014 - Diário da República n.º 149/2014, Série I de 2014-08-05. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/pesquisa>.

Decreto-Lei n.º104/98. Ministério da Saúde. (1998). Diário de República n.º93, Série I-A de 1998-04-21. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>.

Declaração de Helsínquia (2013). Disponível em: [https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia\\_2013.pdf](https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf).

Delgado, A. P. (2018). Um olhar sobre a trajetória dos cuidados primários de saúde em Cabo Verde, de Alma-Ata, 1978, a Astana, 2018. *Instituto de Higiene e Medicina Tropical, NOVA, Lisboa Portugal; Faculdade de Ciências e tecnologia da Uni-CV, Praia Cabo Verde*. <https://orcid.org/0000-0002-9292-0378>.

Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5th ed). SAGE Publications.

Dewes, J.O. (2013). *A amostra em bola de e neve e respondente-driven sampling: uma descrição dos métodos*. Universidade federal do rio grande do sul.

Ditlopo, P. et al. (2024). The impacto f the nurse practice environment, workload, and professional support on job outcomes and standards of care at primary health care clinics in South Africa: A structural equation model approach. *Int Nurs stud Adv*, 10(7), 100-241. DOI: [10.1016/j.ijnsa.2024.100241](https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100241)

Domingues, R.S. (2022). *Relatório de Estágio*. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/7714>.

Domingos, A. R. D. (2019). *Competência cultural do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Escola superior de saúde de Viseu, Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/6176>.

Duarte, M., & Melo, R. (2023). Satisfação profissional dos enfermeiros em uma unidade hospitalar de Cabo Verde. *Revista Científica Internacional da RACS*, 5. DOI: <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5iSup.542>

European Comission. (2020). *Migrant`s health* Brussels: European Union. [https://health.ec.europa.eu/social-determinants/migrants-health\\_en](https://health.ec.europa.eu/social-determinants/migrants-health_en).

Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Jornal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1-4. DOI: [10.11648/j.ajtas.20160501.11](https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11)

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência- Edições técnicas e científicas, lda.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Lisboa: Lusociência. Loures.

Freixo, J. M. V. (2010). *Metodologia Científica*. editora Piaget.

Gabinete de Estratégias e Estudo (GEE). (2023). *Dados estatísticos sobre demografia, educação e emprego no distrito de Bragança*. Ministério da Economia e do Mar. <https://www.gee.gov.pt/pt/docs/doc-o-gee-2/estatisticas-regionais/distritos-concelhos/braganca/3036-distrito-de-braganca/file>.

Gaspar, A. M. F. C. C. et al. (2020). As estratégias de enfermagem adotadas para ultrapassar as barreiras culturais e linguísticas com pessoas culturalmente diversas- uma scoping review. *Revista da UIIPS*, 8(1),215-222. DOI: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19893>

Gil, A. C. (2008). *Método e técnicas de pesquisa social*. 6. Ed. São Paulo:Atlas.

Governo de Cabo Verde. (2025). *Lei n.º2172025: Plano de cargos, funções e remunerações do pessoal médico e de enfermagem*. Governo de Cabo Verde. <https://www.governo.cv/plano-de-cargos-funcoes-e-remuneracoes-do-pessoal-medico-e-de-enfermagem-aprovado-em-conselho-de-ministros/>.

Governo de Cabo Verde. (2022, 12, 12). *Multiculturalidade em saúde- um projeto do ministério da saúde para maior inclusão e humanização*. Governo de Cabo Verde, a Trabalhar para Todos. <https://www.governo.cv/multiculturalidade-em-saude-um-projeto-do-ministerio-da-saude-para-maior-inclusao-e-humanizacao/>.

Governo de Cabo Verde (2021). *Programa de Governo e Moção de Confiança 2021-2026: VIII Governo Constitucional República de Cabo Verde*. <https://www.governo.cv/governo/programa-do-governo/>.

Hespanhol, A., Malheiro, A., Pinto, A. (2002). O Projecto «Tubo de Ensaio» - breve história do Centro de Saúde S. João. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar Clínica Geral* 18 (3), 171-86.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Loures: Lusociência.

Hong, L., Yang, Z. Alison, W. (2019). Job Satisfaction among hospital nurse: a literature review. *Revista Internacional de Estudos de Enfermagem*, (94), 21-31. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011%200020>.

Hughes, T. L., George, M., Shah, R., Dias, B. M., Dhorn, J., Cassiani, S. H. B. (2022). Nursing engagement in research priorities focused on health systems and services in Latin America countries. *Hum Resour Health*, 20(1), 45. DOI: [10.1186/s12960-022-00746-9](https://doi.org/10.1186/s12960-022-00746-9).

INE-Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Anuário estatísticos nacionais. Estatística de Enfermeiros - Ordem dos Enfermeiros*.

INE (Instituto Nacional de Estatística). (2023, Dezembro). *Relatório sobre população estrangeira e imigrante (REPEI) - Resultados definitivos do 1º inquérito à população estrangeira e imigrante em Cabo verde*. [\\*relatorio-populacao-estrangeira-2022.pdf](https://ine.gov.cv/publicacoes/relatorio-populacao-estrangeira-2022.pdf).

INE (Instituto Nacional de Estatística). (2021). Migrações- Contar para conhecer, conhecer para desenvolver. <https://ine.cv/publicacoes/migracao-2021/>.

Kassa, M. et al. (2024). The impact of the nurse practice environment, workload, and professional support on job outcomes in primary healthcare clinics.

Karadas, A., Dogu, O., Kaynak, S. (2022). The Effect of nurse-nurse collaboration level on job satisfaction. *Jornal of medical sciences- Cyprus*, 7(1), 128-135. DOI: [10.4274/cjms.2021.2959](https://doi.org/10.4274/cjms.2021.2959).

Lino-Indio, M. S., Berrezueta-Malla, G. E., Delvalle-Lino, R. E., Chong-Zavala. (2023). Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado transcultural nursing as na approach to care management. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de la salud. Salud y vida*, 7(14), 69-79. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2563>.

Leiniger, M. M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3) 189-192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>.

Leininger M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermeira. *Cultura do Cuidado*, 6(1A), 5-8. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>

Leininger, M. (1997). Transcultural Nursing research to Transform Nursing Education and Practice: 40 Years. *Journal of Nursing Scholarship*, 29(4), 341-348. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9433006/>.

Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.

Leininger, M. M. (1978). *Transcultural nursing theories and research approach*. In M. M. Leininger (Ed), *Transcultural nursing: concepts, theories and practice* (cap .17, p. 31-51). New York, John Wileys & sons.

Lucas, P. et al. (2025). The nursing practice environment and job satisfaction, intention to leave and burnout among primary healthcare nurses: a cross-sectional study. *Nurs Rep*, 15(17). <https://doi.org/10.3390/nursrep15070224>.

Machado, J.R.F. (2023). Metodologia de pesquisa: um diálogo quantitativo, qualitativo e quali-quantitativo. *researchGate*. DOI:[10.30905/rde.v7i1.697](https://doi.org/10.30905/rde.v7i1.697).

Massano, A., et al. (2023). *Relatório do estudo da satisfação dos profissionais de saúde no trabalho*. Unidade local de saúde Lezíria- SNS.

Ministério de Saúde de Cabo verde. (2022). *Estratégico de Desenvolvimento Sustentável (PEDS II) 2022 – 2026*. <https://www.mf.gov.cv/documents/20126/0/PEDS+II+01OUTUBRO+web+AF.pdf/e3e5f134-ac0c-013c-4a38-d71021b7cb88?t=1728041985167>.

Ministério de Saúde. (2022). *Multiculturalidade em Saúde é um projeto que o Ministério da Saúde está a preparar para maior inclusão e maior humanização nos serviços de saúde*. <https://minsaude.gov.cv/>.

Ministério de Saúde. (2014). Diário da República n.º 149/2014, Série I de 2014-08-05. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>.

Ministério de Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde- 2004/2010 Volume I- Prioridades*. Direção Geral de Saúde: Lisboa. [PNS 2004-2010 – Plano Nacional de Saúde](#).

Ministério de Saúde. (2007). *Política Nacional de Saúde: Reformar para uma melhor saúde*. <https://minsaude.gov.cv/>.

Mihu, L., Marques, R. M. D., Sousa, P. P. (2024). Strategies for nursing care of critically ill multicultural patients: a scoping review. *Jornal of clinical nursing wile*, Vol(33), 3468-3476. <http://hdl.handle.net/10400.14/44735>.

McFarland, M. R., Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leiningers Theory of Culture Care Diversity and Universality: Na Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *J Transcult Nurs*, 30(6), 540-557. DOI: [10.1177/1043659619867134](https://doi.org/10.1177/1043659619867134).

Néné, M. & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem. Teoria e prática*. Lidel. <https://www.researchgate.net/publication/360088996>.

Nunes, A. M. (2020). O serviço nacional de saúde português: Caracterização, classificação e perspetivas. *Revista de gestão em sistemas de saúde- RGSS*, São Paulo, 9(3), 499-516. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.18541>.

Timoteo, F. (2021). *Experiência de enfermeiros no cuidado transcultural na atenção primária à saúde em um município de fronteira*. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu. <https://tede.unioeste.br/handle/tede/6067>.

Oliveira, P. (2015). O ensino clínico: influência positiva no desenvolvimento de competências dos estudantes de Enfermagem. Disponível.

[https://www.academia.edu/98731568/O\\_ensino\\_c1%C3%ADnico\\_influ%C3%Aancia\\_positiva\\_no\\_desenvolvimento\\_de\\_compet%C3%Aancias\\_dos\\_estudantes\\_de Enfermagem](https://www.academia.edu/98731568/O_ensino_c1%C3%ADnico_influ%C3%Aancia_positiva_no_desenvolvimento_de_compet%C3%Aancias_dos_estudantes_de Enfermagem)

OMS – Organização Mundial de Saúde. (2010, 03, 03). *Health of Migrants: The way forward. Reporto f a global consultation*. World Health Organization. [Saúde dos migrantes: o caminho a seguir](#).

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 126/2011. Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18. [Regulamento 126 2011 CompetenciasEspecifEnfSaudFamiliar.pdf](#).

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Regulamento n.º 140/2019 | DR](#).

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem saúde familiar. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guião para a Organização dos Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional. *Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>.

Oriá, M. O. B., Ximenes, L. B., Alves, M. D. S. (2005). Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural- um resgate histórico.

*Biblioteca virtual em saúde-bvs, 4(2), 24-30.*

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-41329>.

OPAÍS.CV. (2024). Médicos e enfermeiros Cabo-verdianos recebem formação especializada em Portugal. <https://opais.cv/profissionais-de-saude-recebem-formacao-especializada-em-imobilizacao-e-transporte-de-doentes/17/06/2024/>.

Okeya, O. (2021). Perceptions of Student Nurses about Transcultural Nursing. *International Journal of Science and Healthcare Research, 6(1), 7-20.* [https://ijshr.com/IJSHR\\_Vol.6\\_Issue.1\\_Jan2021/IJSHR02.pdf](https://ijshr.com/IJSHR_Vol.6_Issue.1_Jan2021/IJSHR02.pdf).

Papadopoulos, I. (2006). Transcultural health and social care: Development of culturally competent practitioners. *Churchill Livingstone*.

Pais Ribeiro, J. L. (2002). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 3 (17), 547-558.* <http://hdl.handle.net/10400.12/5940>.

Pais-Ribeiro, J. (2002). Satisfação com a Profissão e Impacto na saúde em profissionais de uma Unidade de Cuidados Intensivos. In: Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA (pp.239-246). DOI: [10.13140/2.1.2806.2405](https://doi.org/10.13140/2.1.2806.2405).

Peckover, S. & Chidlaw, R. G. (2007). The (Un)- certainties of district nurses in the contexto of cultural diversity. *Journal of Advanced Nursing, 58 (4), 377-378.* DOI: [10.1111/j.1365-2648.2007.04247.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04247.x).

Pereira, T. L. S. (2011). *Unidades de Saúde Familiar - A Evolução na Gestão dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. [dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/61085>.

Pisco, L., Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: o percurso dos cuidados de saúde primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva* 25(4). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>.

Pisco, L. (2011). Primary Healthcare Reform in Portugal on two fronts: autonomous family healthcare units and management of groupings of Health Centers. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600022>.

Pordata. (2024). *Estatística*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas>.

Portugal. (2021). Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável de todos para todos. Lisboa: DGS.

Portugal. (2016). *Programa do XXI Governo Constitucional - 2015-2019*. Lisboa: governo de Portugal. <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/governo/programa-do-governo>.

Portugal. (2001). Ministério de Saúde. Gabinete do Ministério de Saúde. Despacho n.º 25.360/2001, 2º série, de 12 de dezembro. Diário da República <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/25360-2001-3622857>.

Portugal. (2024). *Arranca nova fase da organização do Serviço Nacional de Saúde*. Disponível. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/08/31/nova-organizacao-dos-cuidados-de-saude/>.

Portugal. (2017). *Relatório sobre a saúde em Portugal*. Conselho Nacional de Saúde. [https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Saude\\_em\\_Portugal\\_3.11.2017\\_final.pdf](https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Saude_em_Portugal_3.11.2017_final.pdf).

Queirós, S. T. S. (2021). *Satisfação profissional dos enfermeiros: estudo comparativo entre enfermeiros a exercer em Portugal e no estrangeiro*. Escola superior de enfermagem do Porto- esep. <http://hdl.handle.net/10400.26/39541>.

Ramos, N. (2016). Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais. Seguridade social, interculturalidades e desigualdades na contemporaneidade, 230-269. consultado em <http://hdl.handle.net/10400.2/6381>.

Reis, A. M. S. S.C (2014). Da multiculturalidade em cuidados à produção de competências nos enfermeiros [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/84696>.

Relvas, A. P. (2004). O Ciclo Vital da Família. Lisboa: Edição Afrontamento.

Regulamento n.º428/2018. (2018). Diário da República, nº 428/2018, Série II de 2018-07-16. Ordem dos Enfermeiros. Disponível: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>.

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República nº 35/2011, p. 8660.

Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, Presidência do Conselho de Ministros. (2005). Diário da República n.º196/2005, Série I-B de 2005-10-12. [Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 | DR](#).

República de Cabo Verde n.º5/2008, Política nacional de Saúde. (2008). Boletim Oficial n.º 7/2008, Série I de 2008-02-18. [381 - I Série - Número Oficial 7 <BR> Boletim Oficial](#).

Rodrigues, M., Gaspar, M., Lucas, P. (2022). A satisfação profissional dos enfermeiros em contexto hospitalar: Revisão scoping. *New trends in qualitative research*, v(13). DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e650>.

Santos, R. A. L. (2022). *Cuidar Multiculturalmente competente em saúde infantil e pediatria – intervenção do enfermeiro especialista*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/45527>.

Sagarra, R. et al. (2024). Cultural competence of undergraduate student nurses: a multicentre study. *Rev Lat Am Enfermagem*, v(32), e4230. doi: [10.1590/1518-8345.7070.4230](https://doi.org/10.1590/1518-8345.7070.4230).

Santos, P. R. S. (2023). *Além-fronteiras: Acessibilidade da População estrangeira aos cuidados de saúde primários*. [Tese de mestrado, IPS-ESS]. Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/45589>

Silva, C. I. N. P., & Potra, T. M. F. S. (2021). Nurses job satisfaction assessment by áreas of care. *Revista Escola Enfermagem USP*, 5. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020013203730>.

Silva, E. R. et al. (2021). Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health*, Vol.13(2), 2178-2091. <https://doi.org/10.25248/reas.e5561.2021>.

Silva, M. P. et al. (2022). Satisfação profissional e a qualidade dos cuidados de enfermagem- uma revisão integrativa. *Gestão e Desenvolvimento* (30), 363-385. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11393>.

Sousa, F. G. M. Figueiredo, M. C. A. B. Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: Um estudo descritivo. *Revista Pesquisa em Saúde*, 11, 60-63. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/341>.

SNS- Serviço Nacional de Saúde. (2023). *A evolução do Serviço Nacional de Saúde nas últimas décadas*. <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>.

SNS - Serviço Nacional de Saúde. (2025). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primário (BI-CSP)*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>.

Teixeira, G., Picoito, R., Gaspar, F., Lucas, P. (2024). Competência cultural e ambiente de trabalho de enfermagem: impacto nos cuidados culturalmente congruentes

em unidades de saúde multiculturais Portuguesas. *Healthcare- Revista saúde*, 12(23). <https://doi.org/10.3390/healthcare12232430>.

Teixeira, C. J. (2017). *Diferentes Modelos Organizativos de Cuidados de Saúde Primários Apresentam Diferenças no Desempenho?* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). <http://hdl.handle.net/10400.1/10106>

Vieira, T. I. N. (2021). + *Apoio a Comunidades Estrangeiras para Serviços de Saúde Organizados [+ ACESSO]*. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Évora e Instituto Politécnico de Beja. + [Apoio a comunidades estrangeiras para serviços de saúde organizados \[+ ACESSO\]](#).

Wikipédia. (2025, 24 de Agosto). *Distrito de Bragança*. Wikipédia. [https://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito\\_de\\_Bragan%C3%A7a](https://pt.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Bragan%C3%A7a).

Zarth, M. D. et al. (2024). Cuidado transcultural de enfermagem à mulher imigrante na gestação e parto: experiências e vulnerabilidades. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 45, e2023016. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230161.en>.



## ANEXOS

## **ANEXO I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Caro (a) colega,

Sou Jacira Tavares da Rosa, enfermeira e aluna do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Encontro-me a desenvolver um estudo intitulado **“Satisfação com o trabalho dos Enfermeiros de Família no Atendimento à População Estrangeira: Estudo Comparativo entre Portugal e Cabo Verde”** e venho solicitar a sua participação.

Tem como objetivo geral analisar a relação entre o nível de satisfação com o trabalho dos enfermeiros que exercem funções no âmbito da saúde familiar, face ao atendimento à população estrangeira, comparando os contextos de Portugal e Cabo Verde.

O estudo desta problemática, tornou-se uma área prioritária, no sentido que se reflete de forma direta na qualidade e na segurança dos cuidados prestados. O conhecimento do nível de satisfação profissional, pode constituir um recurso para identificar dificuldades e/ou oportunidades de melhoria com impacto na qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. A identificação destas dificuldades ou oportunidades, só é possível com a sua participação. Motivo, que releva a sua perceção, como de extrema relevância para este estudo.

Não havendo prejuízo ou qualquer benefício direto da sua participação, constituindo apenas um contributo de melhoria do conhecimento nesta área. Podendo desistir a qualquer momento, caso se sinta desconfortável.

As suas respostas serão tratadas de forma confidencial e anónima. Os dados serão tratados de forma aglomerada e utilizados simplesmente para fins académicos e de investigação.

Serão considerados os aspetos éticos de acordo com a Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. Não havendo prejuízo ou benefício, pode desistir a qualquer momento.

Agradeço por dedicar o seu tempo para responder a este questionário.

Jacira Tavares Da Rosa



## PARTE-I

### CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

**1. Idade:** \_\_\_\_\_

**2. Sexo:**  Feminino  Masculino

**3. Estado Civil:**  Solteiro(a)  Casado(a) / União de Facto  Divorciado(a)  
 Viúvo(a)

**4. Habilitações Literárias:**  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

**5. Tempo de Exercício Profissional:** \_\_\_\_\_ anos.

**6. Categoria Profissional dos Enfermeiros em Portugal:**

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Gestor
- Enfermeiro com Competências Acrescidas

**7. Categoria Profissional dos Enfermeiros em Cabo Verde:**

- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Assistente
- Enfermeiro Principal

**8. Em Portugal: Local (distrito) onde exerce função:**

Aveiro		Faro		Ilha da Madeira	
Beja		Guarda		Ilha de Porto Santo	
Braga		Leiria		Ilha da Graciosa	
Bragança		Lisboa		Ilha das Flores	
Castelo Branco		Portalegre		Ilha de Santa Maria	
Coimbra		Porto		Ilha de São Jorge	
Évora		Santarém		Ilha de São Migue	
Ilha do Faial,		Ilha do Pico		Ilha Terceira	

### 9. Em Cabo Verde: Ilha onde exerce função:

Centro de Saúde		Posto Sanitário		Unidade Sanitária de Base	
Santo Antão		Santo Antão		Santo Antão	
São Vicente		São Vicente		São Vicente	
São Nicolau		São Nicolau		São Nicolau	
Sal		Sal		Sal	
Boa Vista		Boa Vista		Boa Vista	
Maio		Maio		Maio	
Santiago		Santiago		Santiago	
Fogo		Fogo		Fogo	
Brava		Brava		Brava	

**10. Quais as barreiras/dificuldades enfrentadas no atendimento à população estrangeira.**

Barreiras linguísticas e comunicacional.

Barreiras culturais (compreensões diferentes de sintomas, hábitos de vida, tratamentos, relações).

- Estereótipos e juízo de valores associadas as diferentes culturas.
- Preconceitos em determinado grupo cultural.
- Choque cultural, que pode causar desconforto, ansiedade, angustia, estresse.
- Falta de formação e educação em competências culturais.
- Pressão de tempo e de trabalho.

Outros (especificar) \_\_\_\_\_

**11. Quais as estratégias utilizadas na prestação de cuidados culturalmente congruente à população estrangeira?**

Demonstrar interesse proximidade em conhecer todo o histórico atual do cliente e a família.

- Valorização da prática da escuta ativa.
- Ter auxílio de interpretes comunicacionais.
- Congruência na comunicação verbal e não verbal.
- Planear as ações e decisões de cuidados, em parceria com o utente, em harmonia com os seus padrões culturais.

Compreender as crenças e os valores, sem julgamentos, do cliente.

Demonstra respeito, pessoal e profissional da particularidade cultural dos clientes.

Ter competência cultural (nível profissional e/ou curricular) sobre as principais culturas que constituem o contexto onde presta cuidados.

Participa de programas e formações que aumentem a compreensão da diversidade cultural e suas práticas de saúde.

Reflexão crítica sobre as estratégias de prover cuidados culturalmente sensível.

Outros (especificar) \_\_\_\_\_

**12. Sinto-me satisfeita com o nível de cuidados de saúde que ofereço à população estrangeira.**

Sim

Não

**13. Concordo que, o conhecimento cultural influencia positivamente a qualidade do atendimento oferecido à população estrangeira.**

Sim

Não

## PARTE – instrumento de colheita de dados

### Se assinalar

- 1 significa que **discorda totalmente** com a afirmação
- 2 significa que **discorda bastante** com a afirmação
- 3 significa que **nem concorda, nem discorda** com a afirmação
- 4 significa que **concorda bastante** com a afirmação

1-Ninguém reconhece que sou um bom profissional.	1	2	3	4	5
2-O meu trabalho é muito rotineiro.	1	2	3	4	5
3-O progresso na minha carreira é muito lento.	1	2	3	4	5
4- O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho.	1	2	3	4	5
5-A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro.	1	2	3	4	5
6-As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem feitas.	1	2	3	4	5
7-A minha relação com os meus colegas é boa.	1	2	3	4	5
8-A administração da minha empresa tem uma política clara.	1	2	3	4	5
9-As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis.	1	2	3	4	5
10-O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir.	1	2	3	4	5
11-O meu chefe direto dá-me todo o apoio de que preciso.	1	2	3	4	5
12-O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade.	1	2	3	4	5

13- A administração da minha empresa explica bem a sua política.	1	2	3	4	5
14- A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos.	1	2	3	4	5
15- Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho.	1	2	3	4	5
16- A minha profissão dá-me oportunidades de promoção.	1	2	3	4	5
17- As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis.	1	2	3	4	5
18- Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho.	1	2	3	4	5
19- O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho.	1	2	3	4	5
20- Não gosto das pessoas com quem trabalho.	1	2	3	4	5
21- Ninguém reconhece o meu trabalho.	1	2	3	4	5
22- Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas.	1	2	3	4	5
23- As condições de trabalho no meu serviço são boas.	1	2	3	4	5
24- Os meus colegas não me tratam bem.	1	2	3	4	5

**Agradeço a disponibilidade e colaboração!**

## **ANEXO II-CONSENTIMENTO INFORMADO**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### Satisfação com o trabalho dos Enfermeiros de Família no Atendimento à População Estrangeira: Estudo Comparativo entre Portugal e Cabo Verde

O presente estudo surge no âmbito do 2º ano do curso de Mestrado Enfermagem De Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

A investigação tem como objetivo, analisar a relação entre o nível de satisfação com o trabalho dos enfermeiros que exercem funções no âmbito da saúde familiar, face ao atendimento à população estrangeira, comparando os contextos de Portugal e Cabo Verde. O estudo desta problemática, tornou-se uma área prioritária, no sentido que reflete de forma direta na qualidade e na segurança dos cuidados prestados aos clientes. O conhecimento do nível de satisfação profissional, pode constituir um recurso para identificar dificuldades ou oportunidades de melhoria que reflete na qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros.

**Ao assinar este documento estou ciente que:** concordo em participar do presente estudo, tendo-me sido disponibilizado tempo para refletir sobre a participação, assim como, colocar qualquer dúvida. Fui devidamente informado e esclarecido, pelo pesquisador, sobre os objetivos da pesquisa e de todo o procedimento nela envolvidos. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem nenhuma penalidade ou justificação. Consinto participar neste estudo e autorizo a divulgação dos dados recolhidos nesta pesquisa.

Consinto participar no estudo

Data: \_\_\_\_\_

## **Caracterização do Serviço Nacional de Saúde Português**

O serviço de saúde, em Portugal, sofreu inúmeras alterações ao longo do tempo, considerando os aspetos políticos, sociais, económicos e religiosos, foi dando respostas aos problemas de saúde associada as diferentes temporadas. No entanto a prestação de cuidados de saúde era da índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres, que seriam cuidadas por hospitais Misericórdia, de caridade religiosas (SNS, 2023).

### **Criação e desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS)**

No ano de 1976, com a aprovação do decreto-lei n.º 56/79 (1979), foi criado um sistema de saúde público, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), concretizando o direito à proteção da saúde, garantida a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde à todos os cidadãos, incluindo os estrangeiros que residem ou se encontrem no país, independentemente da condição económica e social (Decreto-lei n.º 52/2022, 2022).

O SNS esteve em constante evolução, conforme as necessidades e as lacunas identificadas ao longo do tempo, sendo o principal objetivo melhorar a acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados e aumentar a satisfação dos utentes e dos profissionais.

O SNS é um conjunto de estabelecimentos e serviços públicos, organizado e articulado, supervisionada pelo Ministério da Saúde que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde dos cidadãos. O SNS integra os estabelecimentos e serviços de saúde do setor privados e social mediante a celebração de contratos, respeitando a lei de base de saúde (Decreto-lei n.º 52/2022, 2022).

O SNS organiza-se a nível territorial, por regiões de saúde, que são: Norte, centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve; e a nível funcional, por níveis de cuidados, que compreendem os cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados integrados (Decreto-lei n.º 52/2022, 2022).

Estes serviços integrados no SNS, abrange todos os cuidados de saúde, nas vertentes de promoção e vigilância de saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento

dos doentes, reabilitação e cuidados paliativos. Sendo assim os utentes tem direito as seguintes prestações:

- Cuidados de promoção e vigilância da saúde;
- Cuidados de prevenção da doença;
- Cuidados médicos (clínico geral e especializados);
- Cuidados de enfermagem (geral e especializados);
- Internamento hospitalar;
- Tratamentos cirúrgicos;
- Transporte de doentes quando indicado;
- Exames complementares de diagnóstico e de tratamento especializado;
- Medicamentos, produtos farmacêuticos e suplementos;
- Próteses e outros dispositivos;
- Apoio social, articulado com outros serviços de seguridade social (decreto-lei n.º 56/1979, 1979).

Conforme o decreto-lei n.º 56/79 (1979), no caso em que não for possível garantir a prestação de cuidados por entidades integradas no SNS, o cuidado será oferecido por entidades privados numa base contratual com SNS ou pode haver reembolso direto aos usuários, em caso excepcional.

Assim, atualmente, o SNS é composto por todas as entidades públicas prestadoras de cuidados e serviços de saúde, em que os agrupamentos de centros de saúde, estabelecimentos hospitalares e as unidades locais de saúde, estão integrados (Decreto-lei n.º 52/2022, 2022).

Os cuidados de saúde que integram o SNS encontra-se dividida em atenção primária (realizada em ACeS), cuidados hospitalares (realizadas em hospitais e centros hospitalares) e cuidados continuados e paliativos (realizados em unidades próprias ou no domicílio do cliente) (Nunes, 2020).

### **Cuidados de atenção primário**

O Programa do Governo Constitucional XVII (2005), refere explicitamente que os cuidados de saúde primários constituem o pilar fundamental do sistema de saúde.

Representando o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com os cuidados de saúde, garantindo uma resposta de proximidade e continuidade dos cuidados (Decreto-lei n.º 52/2022, 2022).

A atenção Primária (AP) considera como principal foco, manter a saúde e bem-estar da população, através das ações de promoção de saúde e medidas preventivas no contacto próximo a comunidade (Alves, 2014 citado por Nunes, 2020).

No ano de 2005, o XVII Governo Constitucional, atribuiu uma especial relevância aos Cuidados de Saúde Primários, reconhecendo a sua importância pela proximidade da população, constituindo o primeiro acesso destes aos cuidados de saúde, contribuindo pela melhoria dos níveis e da qualidade de saúde da população (Decreto-lei n.º 88/2005, 2005).

Por outro lado, esta reforma, acarretou mudanças significativas na reestruturação dos CS, em que foi reconfigurado os Centros de Saúde (CS) em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com a perspectiva de melhoria da qualidade e da participação de todos os profissionais, procurando obter ganhos em saúde, apostando na governação clínica. A implementação das USF, foi a face mais visível desta reforma, em que integram uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e administrativos), organizados em três modelos, que dão respostas as necessidades de saúde, centrados na família, ao longo de toda fase do ciclo vital (Conselho de Ministros, 2005; MS, 2004).

O novo modelo ACeS, caracteriza-se por um modelo organizacional, com autonomia administrativa, constituído por várias unidades funcionais, com objetivo de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica definida (Pisco, 2011; Decreto-lei n.º 52/2022, 2022).

Cada unidade funcional integra equipas multidisciplinares, que compartilham os mesmos objetivos, em que possuem a autonomia organizativa e técnica, garantindo a intercooperação e complementaridade com as demais unidades funcionais do ACES.

Estas unidades foram implementadas de acordo com o perfil populacional e as necessidades em saúde. Destas unidades incluem: Unidade de Saúde Familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na

Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Decreto-lei n.º 52/2022, 2022).

Atualmente, inicia uma nova reforma organizativa do Serviço Nacional de Saúde, uma delas é a generalização das Unidades de Saúde Familiar (USF) em modelo B (Portugal, 2024).

Essa modernização, tem como intuito garantir a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde à indivíduos e famílias, sendo um modelo organizado que concilia maior motivação dos profissionais e satisfação dos clientes, podendo melhorar os indicadores de saúde (Portugal, 2024).

### **Cuidados de saúde hospitalares**

Os Hospitais do SNS são de carácter polivalentes, oferecem um conjunto de diferentes serviços para uma assistência médica curativa e de reabilitação (Harfouche, 2012 citado por Nunes, 2020). O cliente tem acesso a este nível de cuidado, ingressando na ala urgência/emergência ou através do encaminhamento feito pelo médico de família nos cuidados primários.

Os hospitais do SNS, funcionam de forma interligada, formando uma rede de cuidados que garante uma resposta mais eficiente e organizada. Ou seja, quando os hospitais apresentam dificuldades em responder de forma adequada o problema do cliente, seja por insuficiência de recursos materiais ou profissionais, ele pode assegurar a transferência do utente para outro hospital da rede, considerando o critério de proximidade geográfica e na capacidade imediata de resposta (Portugal, 2016).

Nesse sentido, a rede hospitalar portuguesa apresenta uma ampla cobertura das necessidades da população, com todas as especialidades médicas e exames, sem necessidades de evacuação para outro país a fim de realizar qualquer tratamento (Portugal, 2016).

### **Cuidados continuados**

O cuidado continuado deve-se, por necessidade de prestação de cuidados de longa duração e paliativos, decorrente do aumento da prevalência de pessoas com doenças

crónicas incapacitantes. Constitui como principal foco, prestar cuidados continuados e integrados a cliente que se encontra em situação de dependência, independentemente da idade.

A rede é composta por unidades e equipas de cuidados continuados e/ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, abrangendo hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais de segurança social, a rede solidária e as autárquicas locais. Organiza-se em dois níveis territoriais e operacionalização, regional e local.

O cuidado continuado pode ser realizado no domicílio (residência do cliente), em que a equipa profissional de saúde presta serviço em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, em que a situação não requer internação, mas sim observação e acompanhamento regular e constante da equipa de saúde. A outra modalidade é cuidados prestados em unidades próprias do sistema de saúde (Decreto-lei n.º 101/2006, 2006).

### **Governança do sistema de saúde**

O Ministério de Saúde (MS) é o membro do Governo responsável pela área da saúde, tem por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentável dos recursos e a avaliação dos seus resultados.

O MS desenvolve as suas atribuições através de estruturas integrada na administração direta do Estado, de organismos integrados na administração indireta do Estado, de órgãos consultivos, de outras estruturas e de entidades integradas no setor empresarial do Estado (Decreto-lei n.º 124/2011, 2011).

A gestão do SNS feita pelo Ministério de Saúde é descentralizada e desconcentrada, com o intuito de prestação de cuidados de saúde globais a população (Ministério de Saúde, 2017).

Entre as entidades de administração, é de especial importância para o SNS, a Administração Regional de Saúde (ARS). As ARS têm por missão garantir, à determinada população, o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e considerando as políticas e programas de saúde (Decreto-lei n.º 22/2012, 2012).

As ARS dispõem de serviços desconcentrados, agrupamentos de centro de saúde (ACES), responsável pela supervisão de prestação de cuidados no âmbito de atenção primária e hospitalar não integrado no setor empresarial do estado (Pisco, 2007 citado por Nunes, 2020).

Outra estrutura importante tutelado pelo MS, é a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que integra a órgão de administração direta do Estado. É responsável por gerenciar o orçamento do SNS, e monitorar os recursos financeiros e humanos em todo o SNS. Além disso, cuida das instalações e equipamentos. Sua missão é proceder a definição e implementação de políticas, normas, regulamentos e planejamentos em saúde, nas áreas da sua intervenção, em estreita colaboração com as ARS no domínio da contratação da prestação de cuidados (Decreto-lei n.º 35/2012, 2012).

Atualmente, as entidades de saúde estão organizadas em ULS, em que integram numa mesma entidade a prestação de cuidados de saúde primários e hospitalares. Cada ULS é responsável pela gestão e organização dos recursos humanos, financeiros e materiais, facilitando o acesso dos cidadãos aos serviços conforme as suas necessidades, assegurando a mobilidade facilitada entre centros de saúde e hospital (Portugal, 2024).

Foi aprovado pelo Governo XXIII (2024), a legislação para a estruturação modernizada do SNS, que consiste em generalizar as ULS (criando 31 novas), integrando os hospitais e os CS sob uma única gestão. O país ficará com uma cobertura de 39 ULS (Portugal, 2024). Essa reorganização, tem como foco dar respostas às necessidades dos cidadãos, priorizando a proximidade, a otimização de recursos, a continuidade e a integração de cuidados de saúde em todos os níveis.

## **ANEXO IV - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE DE CABO VERDE**

## **Caracterização do Serviço Nacional de Saúde De Cabo Verde**

De acordo com o artigo 70º da Constituição da República, a saúde é um direito universal, incumbido ao Estado garantir o mesmo. Para garantir esse direito, foi proposto a criação do SNS, que visa garantir a funcionalidade com base na prestação dum conjunto básico de cuidados de saúde promocionais, preventivos, tratamento e de recuperação, também regulamentar as atividades e a qualidade dos cuidados prestados (República de Cabo Verde, 2007).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Cabo Verde obteve avanços significativos desde a independência (49 anos), tendo cumprido a missão, de promover e garantir os cuidados de saúde à população. Com a evolução positiva dos indicadores de saúde e por conseguintes ganhos em saúde, contribuiu para a progressão do país em desenvolvimento médio (República de Cabo Verde, 2008).

Desde então, o SNS de Cabo Verde sofreu várias reformas e melhorias para enfrentar os desafios específicos de um pequeno país insular, como a distribuição geográfica das ilhas e a limitação de recursos.

### **Organização e desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde**

O SNS é constituído, por todas as entidades públicas ou privadas que desenvolvem atividades de promoção, proteção, prevenção e tratamento na área de saúde (Decreto-lei n.º 4 /VI/2004, 2004).

A Constituição da República e a Lei de Base de Saúde de Cabo Verde, garantem o direito universal á saúde, a integridade e equidade na prestação dos cuidados de saúde, independentemente da condição social, económica, política e religiosa. Aos estrangeiros é também garantido o direito á saúde (República de Cabo Verde, 2012).

O SNS é caracterizado como um sistema misto, considerando o princípio de complementaridade, articula o setor privado e social com o setor público, garantindo a continuidade e coerência nos cuidados de saúde (República de Cabo verde, 2008).

O Setor Público de Saúde (SPS), é composto por um conjunto de órgãos, serviços e estabelecimentos articuladas e descentralizadas que prestam cuidados em três níveis:

municipal e local, que privilegia cuidados de atenção primária; regional, presta cuidados de atenção secundário; central, garante a prestação de cuidados de atenção terciária. No entanto, assim como alguns países da Europa, Cabo Verde urge melhorar seus indicadores de saúde, investindo em modelo que adota a atenção primária de saúde (APS) como coordenadora do sistema (República de Cabo Verde, 2020).

Esses serviços fazem parte das Regiões Sanitárias, dotada de autonomia financeira, dependentes da Direção Nacional de Saúde, com intervenção a nível de dois ou mais concelhos, com o objetivo de ampliar a rede e melhorar a prestação de cuidados de saúde na sua área territorial de responsabilidade (República de Cabo Verde, 2021).

A descentralização do SPS é feita principalmente pela Delegacia de Saúde, que incluem os CS e suas extensões (República de Cabo Verde, 2020).

### **Cuidados de saúde a nível municipal**

O cuidado a nível municipal, constitui os cuidados de saúde primária, considerada a porta de entrada do SNS. É garantida a universalidade e a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

A gestão deste nível é garantida pela Delegacia de Saúde, que integra uma equipa chefiada por um médico. Cada Delegacia de Saúde dispõe, pelo menos de um CS, que por sua vez administra dois estrutura de nível inframunicipal: Posto Sanitário (PS) e Unidade Sanitário de Base (USB).

O CS é a estrutura de referência do sistema de serviço de saúde, unidade basilar, onde é oferecido os cuidados essenciais integrados de atenção primária, que inclui a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença e a recuperação da saúde. Também desenvolve as atividades implementadas no âmbito de programas específicos. Esses cuidados podem ser realizados na própria instalação ou na comunidade e estruturas inframunicipais (PS e UBS).

Os cuidados de saúde são garantidos por um equipe multidisciplinar, liderada por um médico.

Os PS, são extensões do CS, prestadora de cuidados primários de saúde a determinada população. Os cuidados são prestados por uma equipa liderada por um enfermeiro ou pela equipa do CS e da região sanitária, que se deslocam com periodicidade regular. Os PS, com a reorganização, tenderão progressivamente evoluir em CS, onde a dimensão da população servida e outros critérios se justifica.

As Unidades sanitárias de Base (USB), também constitui uma extensão mais periférica dos CS. Esta estrutura desempenha uma função importante no sistema de saúde, pois, garante o acesso de serviços de saúde a todos cidadão, principalmente nas áreas mais necessitadas e periférica. É liderada por um agente sanitário de base, e pode evoluir para um PS, quando as condições as condições de prestação de cuidados, melhoria do acesso geográfico e económica permitir.

### **Cuidados de saúde a nível regional**

O nível municipal integra estruturas sanitárias de municípios próximos, que prestam cuidados hospitalares secundários e de qualidade em complementaridade à atenção primária de acordo com os recursos disponíveis. Assenta na coordenação de várias unidades de saúde, organizada hierarquicamente em função a complexidade dos cuidados, incluindo os centros de saúde municipais e o Hospital Regional (HR).

### **Cuidados de saúde a nível central**

O cuidado do nível central é de abrangência nacional e garante a prestação de cuidados de saúde especializados, de nível terciário. Os Hospitais Centrais (HC) dedicam a prestação de cuidados diretos, às referenciadas ou evacuações para exterior, em caso que excedam a sua capacidade de resposta.

As estruturas da rede de cuidados primários e secundários são essenciais para garantir o pleno funcionamento dos HC, ou seja, apesar da sua autonomia administrativa desenvolve as suas atividades em articulação com outros serviços, com os HR e com as DS da respetiva área geográfica.

### **Governança do sistema de saúde**

O Ministério de saúde (MS), dirigido pelo Ministro de saúde, é o departamento governamental que possui a missão de definir, executar e avaliar a política nacional de saúde, promover e fiscalizar a sua aplicação (Decreto-lei n.º 56/2021, 2021).

O MS está organizado em órgãos e gabinetes de apoio (formulação de políticas), serviços centrais (coordenam as políticas de saúde, supervisão, regulação e implementação de programas de saúde pública), as regiões sanitárias e as delegacias de saúde e as estruturas especiais (Decreto-lei n.º 56/2021, 2021).

A desconcentração do SNS, é feito através das Delegacias de Saúde (DS) que abrange os conselhos ou municípios, que são as unidades administrativas básicas do país. Essas estruturas gozam da autonomia para a gestão dos recursos nela integradas. Foi criada as Regiões Sanitárias que são entidades descentralizadas, que administra um conjunto de DS contíguas, com o objetivo de facilitar a gestão regional integrada, permitindo uma melhor gestão dos recursos e a prestação de cuidados de acordo com a realidade local (Decreto-lei n.º 76/2020, 2020).

Nos últimos anos o SNS registou avanços significativos. Atualmente com o programa do Governo da VIII legislatura de 2021 a 2026 anunciaram objetos significantes para o setor de saúde. Obteve investimentos nas infraestruturas de saúde, melhorado o acesso a cuidados de saúde primários com o aumento de recursos humanos incluindo capacitação dos agentes comunitários da saúde e aumento da literacia em saúde. Outros objetivos anunciados, foi a institucionalização do médico e enfermeiro de família na rede de cuidados de saúde primários e implementação do conceito de saúde familiar com a constituição de equipa pluridisciplinar para atendimento à família (Governo de Cabo Verde, 2022).