



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

As Competências Interculturais e o Serviço Social Hospitalar

Maria Beatriz Pimentel Domingos

Mestrado em Serviço Social

Orientador:

Doutor Pablo Álvarez Pérez, Professor Associado
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2025



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

As Competências Interculturais e o Serviço Social Hospitalar

Maria Beatriz Pimentel Domingos

Mestrado em Serviço Social

Orientador:

Doutor Pablo Álvarez Pérez, Professor Associado
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2025

Agradecimentos

É com coração cheio e com enorme gratidão que agradeço a todas as pessoas que estiveram comigo durante esta fase mais desafiante da minha vida. Por enquanto, faço uma pausa nesta faculdade que me deu tanto e que, de certo modo, sinto como uma casa.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu professor e orientador, Pablo Álvarez, cujo pragmatismo, calma, orientação e conselhos constantes foram fundamentais para eu alcançar esta meta. Sem o seu apoio, esta etapa não teria sido a mesma. Reconheço nele uma enorme admiração!

Um especial agradecimento às minhas grandes e queridas amigas que o ISCTE me trouxe e que irei levar para a vida - Carolina, Mariana e Thayná, que tornaram este percurso mais leve e motivador, sempre com sorrisos, lágrimas, apoio e encorajamento, mesmo nos dias em que a motivação parecia desaparecer.

Como uma agradável surpresa que a vida profissional me trouxe, deixo também o meu agradecimento à minha querida amiga Luísa Jorge, que deu o último empurrão para terminar esta dissertação.

Um beijinho enorme à minha família, em especial ao meu avô, cujo amor e presença sempre foram o meu porto seguro mesmo nos dias em que a minha impaciência se fazia sentir.

Resumo

A crescente diversidade cultural impõe aos sistemas de saúde o desafio de garantir um acesso equitativo, exigindo dos seus profissionais competências específicas para uma intervenção de qualidade junto de populações diversas. A presente dissertação propõe-se analisar os desafios e as barreiras que condicionam o acesso da população culturalmente diversa à saúde, a partir da perceção de assistentes sociais que atuam em contexto hospitalar. O objetivo central é identificar as competências interculturais mobilizadas por estes profissionais, visando a formulação de linhas orientadoras para o fortalecimento de uma prática profissional culturalmente sensível.

Adotou-se uma metodologia de cariz qualitativo, assente num paradigma interpretativo. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas a oito assistentes sociais a exercer funções no Hospital Distrital de Santarém, da Unidade Local de Saúde da Lezíria. A análise de conteúdo dos discursos evidencia que a prática profissional é condicionada por uma complexa interação de barreiras. Destaca-se como preponderante o constrangimento linguístico e comunicacional, o qual se articula intrinsecamente com determinantes de nível estrutural, social e individual. A investigação revela que, não obstante as profissionais reconhecerem e mobilizarem um conjunto de competências interculturais na sua intervenção, emerge a necessidade de um desenvolvimento focalizado em domínios como a construção da autoconfiança, a advocacia cultural e a proficiência no uso de ferramentas digitais de mediação. Conclui-se que o fortalecimento de uma prática eficaz depende não apenas da capacitação individual, mas também, e de forma crítica, de um reforço do suporte e das estruturas a nível organizacional e institucional.

Palavras-chave: Competências Interculturais; Diversidade; Saúde; Barreiras no Acesso; Serviço Social

Abstract

In a society marked by increasing cultural diversity, health systems face the challenge of guaranteeing equitable access, requiring professionals to possess specific competencies for quality intervention with diverse populations. This dissertation aims to analyze the challenges and barriers that affect the access of culturally diverse populations to healthcare, based on the perceptions of social workers operating in a hospital context. The central objective is to identify the intercultural competencies mobilized by these professionals, with the aim of formulating guidelines to strengthen culturally sensitive professional practice.

A qualitative methodology, based on an interpretive paradigm, was adopted. Data collection was carried out through semi-structured interviews with eight social workers working at Santarém District Hospital, part of the Lezíria Local Health Unit. Content analysis of the discourses reveals that professional practice is influenced by a complex interaction of barriers. Linguistic and communication constraints stand out as predominant, intrinsically articulated with structural, social, and individual level determinants. Although the research reveals that professionals recognize and mobilize a set of intercultural competencies in their intervention, there remains a need for focused development in domains such as trust-building, cultural advocacy, and proficiency in the use of digital mediation tools. It is concluded that the strengthening of effective practice depends not only on individual capacity-building but also, and critically, on reinforcing organizational and institutional support structures.

Keywords: Intercultural Competencies; Diversity; Health; Barriers to Access; Social Work

Índice Geral

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Índice de Figuras	VII
Índice de Quadros	VII
Glossário de Siglas	VIII
Introdução.....	1
ESTADO DA ARTE.....	3
1.1 – Saúde.....	3
1.2 – Diversidade	5
QUADRO TEÓRICO/ ANALÍTICO	8
2.1 – Conceito de Diversidade	8
2.2 – Serviço Social na Saúde	8
2.3 – Modelo de Competência Intercultural	12
MÉTODOS.....	14
3.1 – Objeto, Lógica e Estratégia de Investigação.....	14
3.2 – Campo Empírico, Universo e Amostra.....	15
3.3 – Técnicas de Recolha e Análise de Dados	15
3.4 – Dificuldades e Limitações.....	16
3.5 – Considerações Éticas.....	17
ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	18
4.1 – Caracterização sociodemográfica dos entrevistados.....	18
4.2 – Barreiras no acesso aos cuidados de saúde – percepção dos assistentes sociais.....	18
4.3 – Competências Interculturais Autoatribuídas	25
4.4 – Competências Interculturais: Forças e Fragilidades	33
4.5 – Serviço Social na saúde em contexto de diversidade.....	36
CONCLUSÕES.....	39
Referências Bibliográficas	42
ANEXO I.....	48
ANEXO II.....	51
ANEXO III.....	53

Índice de Figuras

Figura 2.1 – Adaptação do Modelo de Competência Intercultural de Deardorff (2006)

Figura 4.1 – Competências Interculturais Autoatribuídas

Figura 4.2 – Atitudes e Motivação

Figura 4.3 – Conhecimento e Compreensão

Figura 4.4 – Resultado Interno Desejado

Índice de Quadros

Quadro 4.1 – Categorização Sociodemográfica

Glossário de Siglas

AIMA	Agência para a Integração, Migração e Asilo
APSS	Associação dos Profissionais de Serviço Social
CI	Competências Interculturais
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EIHCP	Equipa Intervenção Hospitalar em Cuidados Paliativos
ERS	Entidade Reguladora de Saúde
HDS	Hospital Distrital de Santarém
IA	Inteligência Artificial
ICOT	Inquérito às Condições de Vida, Origens e Trajetórias da População Residente
INE	Instituto Nacional de Estatística
NHCJR	Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
RNU	Registo Nacional de Utentes
SNS	Serviço Nacional de Saúde
ULS	Unidade Local de Saúde

Introdução

Na sociedade globalizada, a crescente mobilidade das populações e a intensificação de conflitos étnico-religiosos promovem um aumento da coabitação com a diversidade cultural. Esta mobilidade, ao gerar uma maior heterogeneidade linguística, cultural, social e comportamental, impõe aos diversos setores, nomeadamente o da saúde, o desafio de enfrentar diariamente cenários complexos, desde a gestão e organização dos serviços de saúde, à relação e comunicação com utentes culturalmente distintos (Rangel & Ramos, 2017).

O acesso e a utilização dos serviços de saúde nos países de acolhimento são fatores determinantes para a saúde e bem-estar das populações culturalmente diversas e, consequentemente, para a sua boa integração (Oliveira, 2023). Neste cenário, o assistente social que intervém em diversos níveis de cuidados de saúde – primários, hospitalares, continuados e paliativos - assume um papel fundamental e representa uma mais-valia no sistema de saúde (Guadalupe et al., 2020).

A complexidade do contexto atual exige que estes profissionais detenham um conjunto de competências. Entre estas, destacam-se as competências interculturais (CI), cuja importância é cada vez mais reconhecida por permitirem uma atuação promotora da equidade e sensível à diversidade (Rangel & Ramos, 2017).

A presente dissertação visa contribuir para o aprofundamento desta temática, procurando promover uma maior consciencialização sobre os modos de atuação do assistente social na aplicação das competências interculturais (CI), de forma a proporcionar aos utentes uma intervenção de qualidade.

Face ao exposto, o objeto do estudo é analisar as competências interculturais dos assistentes sociais que trabalhem em contextos hospitalares. Para orientar esta análise, a investigação procura responder a um conjunto de questões interligadas: por um lado, pretende-se identificar as competências interculturais mais utilizadas por estes profissionais e, por outro, aferir quais carecem de maior desenvolvimento. Como resultado, estas questões conduzem à problemática central de compreender em que medida os assistentes sociais se encontram efetivamente capacitados para o confronto com a diversidade cultural.

Para responder às perguntas de partida definiu-se como objetivo geral:

- Analisar os desafios e as barreiras que condicionam o acesso da população culturalmente diversa à saúde, a partir da perceção de assistentes sociais, focando na identificação e mobilização de competências interculturais, com vista a propor linhas orientadoras para uma prática sensível à diversidade.

Assim, determinaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar as percepções dos assistentes sociais sobre o impacto das condições de acesso e determinantes de saúde da população culturalmente diversa;
- Identificar as competências interculturais consideradas essenciais e as que são efetivamente mobilizadas pelos assistentes sociais na sua prática profissional com utentes diversificados;
- Mapear as abordagens, metodologias e funções desempenhadas pelo Serviço Social para responder às necessidades de saúde de populações em contexto de diversidade;
- Elaborar linhas orientadoras para o fortalecimento de uma prática do Serviço Social na saúde em contexto de diversidade.

O primeiro capítulo dedica-se ao Estado da Arte, onde se problematizam os conceitos centrais de saúde e diversidade, contextualizando os desafios e barreiras que a população culturalmente diversa enfrenta no acesso aos cuidados de saúde. No segundo capítulo, apresenta-se o Quadro Teórico-Analítico, aprofundando o papel do Serviço Social na saúde e detalhando o modelo de competências interculturais, que serve de alicerce para a criação do guião de entrevista e a análise dos dados. O terceiro capítulo descreve o Enquadramento Metodológico da investigação, explicando o paradigma interpretativo e a abordagem qualitativa adotados, o universo e a amostra do estudo, as técnicas de recolha e análise de dados, e, por fim, as dificuldades e considerações éticas do processo. Finalmente, no quarto capítulo, procede-se à Análise e Discussão dos Resultados obtidos através das entrevistas. Inicia-se com a caracterização da amostra e, a partir do discurso das profissionais, retrata-se a complexa teia de barreiras que condicionam a sua prática, com especial destaque para o constrangimento linguístico-comunicacional. Analisam-se também as competências interculturais autoatribuídas, e o estudo resultante distingue as forças já consolidadas das fragilidades que apontam para necessidades de desenvolvimento. Por fim, a dissertação conclui com uma reflexão sobre os resultados, propondo linhas orientadoras que sublinham a importância de articular a capacitação individual dos profissionais com um reforço decisivo do suporte organizacional e institucional.

ESTADO DA ARTE

Para a revisão bibliográfica, recorreu-se a diversas bases de dados tais como: Medline, Web of Science, Google Académico, Scopus e PubMed. Privilegiou-se estudos relevantes, preferencialmente publicados nos últimos cinco anos. A aplicação de operadores booleanos – and, not, or – permitiram refinar os resultados.

As palavras-chave utilizadas incluídas foram: Serviço Social; assistente social; competências interculturais; saúde e diversidade.

A pesquisa embora varie conforme a base consultada, resultou em cerca de cem artigos relacionados com o tema de investigação – As Competências Interculturais e o Serviço Social na Saúde.

Deste modo, destacam-se dois conceitos centrais:

- Saúde (Condições de acesso - barreiras no acesso; necessidades médicas assistidas e fatores de risco; Determinantes de saúde – estruturais, sociais e individuais).
- Diversidade (Serviço Social na saúde - Competências Interculturais).

1.1 – Saúde

A população culturalmente diversa enfrenta diversos desafios relativamente às condições de acesso nos serviços de saúde exigindo, tanto dos sistemas de saúde, como dos profissionais, respostas adaptadas à diversidade (Entidade Reguladora da Saúde (ERS), 2015; Dias et al., 2018; Ramos, 2020).

Destaca-se exemplos de desafios que incluem: barreiras linguísticas e de comunicação, constrangimentos económicos e sociais, estilos de vida diferentes, stresse, discriminação, desconhecimento do funcionamento do sistema, falta de confiança, acompanhamento irregular, preconceitos e desconfiança, entre outros (Amiri et al., 2015; Gil Estevan & Solano Ruíz, 2017, Dias et al., 2018; Ramos, 2020; Oliveira, 2023).

Neste contexto, o Relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), (2023), destaca que, em Portugal, o acesso aos cuidados de saúde está abaixo da média europeia. Verifica-se que 2,3% dos utentes portugueses reportam falhas nos serviços de saúde, valor que coincide igualmente com a média da OCDE, no entanto, apenas 63% dos portugueses manifestam satisfação com os cuidados recebidos, valor inferior à média europeia, que é de 67% (OCDE, 2023).

Esta realidade reflete-se também na existência de necessidades médicas não assistidas. A nível europeu, cerca de 27,8% da população enfrenta dificuldades para

aceder a cuidados de saúde devido aos custos ou barreiras de acesso, sendo que estas dificuldades são mais comuns entre mulheres com baixos rendimentos e com saúde fragilizada. Portugal destaca-se como um dos países com os valores mais elevados nestes domínios (Kullamaa & Reile, 2023).

Adicionalmente, diversos estudos demonstram que as populações culturalmente diversas estão mais expostas a fatores de risco, com maior incidência de doenças infecciosas/ transmissíveis/ crónicas, falhas nos registos de vacinação e problemas relacionados com a saúde mental, oral, visual, sexual e reprodutiva (Tulloch et al., 2017; Silva et al., 2022).

Apesar da legislação nacional estar orientada segundo os princípios constitucionais da igualdade, não discriminação e equidade de direitos e deveres entre nacionais e pessoas estrangeiras, existem vários determinantes que influenciam a saúde das pessoas. A categorização dos determinantes de saúde pode ser formulada em três níveis (Oliveira & Gomes, 2018).

Estes determinantes de saúde têm um carácter multifatorial e não podem ser abordados como resultados independentes, na medida em que são influenciados e condicionados por fatores externos e internos ao indivíduo (Oliveira, 2023; Direção Geral da Saúde (DGS), 2022).

Dentro dos determinantes estruturais, de natureza legal, institucional e administrativa, destacam-se as leis, medidas e despachos, bem como, fatores administrativos, nomeadamente burocracias complexas e procedimentos exigentes nos serviços de saúde. Estas barreiras podem dificultar o acesso da população culturalmente diversa ao processo de inscrição no Serviço Nacional de Saúde (SNS), inibindo também a solicitação dos seus direitos junto dos serviços (Dias & Gonçalves, 2007; Oliveira & Gomes, 2018; Aladova, 2019; Duarte et al., 2024).

Outros autores salientam ainda barreiras de natureza estrutural e de funcionamento, como o aumento das taxas moderadoras, diminuição das isenções e falta de médicos (Dias et al., 2018; Oliveira & Gomes, 2018).

No que se refere aos determinantes sociais, individuais e económicos, estes referem-se às circunstâncias sociais e económicas (Oliveira & Gomes, 2018). São exemplos aspetos como: emprego/desemprego; a natureza do vínculo laboral; as baixas remunerações; a privação económica, social e/ou habitacional; a precariedade no mercado de trabalho; a insegurança laboral; a maior exposição à sinistralidade, bem como, o risco acrescido de pobreza, exclusão social e privação material (Oliveira & Gomes, 2018; Silva et al., 2022; Oliveira, 2023; Duarte et al., 2024).

Por fim, os determinantes individuais traduzem-se em fatores de natureza individual e cultural, que podem explicar a sua maior ou menor procura e utilização dos cuidados de saúde, tais como: características sociodemográficas, idade, sexo, país de origem, escolaridade, profissão, crenças e atitudes face à saúde e à doença, experiências passadas de cuidados e acesso a serviços de saúde, exposição às discriminação e estigmatização, conhecimento de direitos e deveres, entre outros. (Oliveira, 2023; Duarte et al., 2024).

1.2 – Diversidade

O segundo conceito central da presente dissertação é a diversidade. Este conceito é amplamente moldado pela globalização e processos migratórios, que por sua vez, favorece a convivência com as variadíssimas diferenças individuais. A diversidade torna-se dessa forma, uma característica essencial da sociedade atual, na qual múltiplas realidades e identidades coexistem e se relacionam de forma contínua (Violeta et al., 2023; Silva et al., 2022a).

Em Portugal, o número de pessoas nascidas no estrangeiro e a residir no país tem vindo a aumentar de forma expressiva. Em 2017, os imigrantes representavam cerca de 7% da população residente, correspondendo aproximadamente a 720 mil pessoas. De acordo com os Censo 2021, este valor aumentou para 8,6%, ou seja, 896.333 imigrantes, num total de 10.343.066 residentes (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2023)

Esta diversidade é igualmente visível nos dados apresentados no Inquérito às Condições de Vida, Origens e Trajetórias da População Residente, em Portugal (ICOT), (2023), conduzido pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) relevam vários aspetos significativos.

As pessoas com idades entre os 18 e os 74 anos autoidentificam-se, ao nível da sua origem ou pertença étnica, do seguinte modo: 6,4 milhões com o grupo étnico branco; 169,2 mil com o grupo negro; 56,6 mil com o grupo asiático; 47,5 mil com o grupo cigano, e 262,3 mil com o grupo de origem ou pertença mista (INE, 2023).

Relativamente ao género, verifica-se que, no total da população nacional em 2023 (10,5782 milhões), 5,526 milhões são mulheres e 5,052 milhões são homens. Em relação à idade, a média da população portuguesa é 47 anos (INE, 2023);

No que concerne à nacionalidade mais representada em Portugal, referente ao ano 2022, destacam-se os seguintes países: Brasil, Reino Unido, Cabo Verde, Índia, Itália, Angola, França, Ucrânia, Nepal e Guiné-Bissau (Oliveira, 2023).

Por fim, no que concerne à língua mais falada em Portugal, verifica-se que a esmagadora maioria da população utiliza exclusivamente o português, que permanece como a língua dominante, sendo falada por mais de 9,5 milhões de pessoas. Entre estas, cerca de 661,7 mil referem utilizar o português e outra língua em casa, predominantemente línguas europeias (56%), seguidas de outras línguas (22,9%) e de línguas ou dialetos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) (18,5%). Adicionalmente, 247 mil pessoas indicaram não ter falado português em casa até aos 15 anos (INE, 2023).

Assim os dados apresentados, evidenciam a crescente diversidade da população residente em Portugal, realidade que se reflete também no acesso aos serviços de saúde. Neste contexto o papel do assistente social torna-se ainda mais relevante, uma vez que a sua intervenção deve responder a estas diferenças culturais, assegurando equidade e inclusão no processo de cuidados (Granada et al., 2017; Sustelo, 2019).

Para mitigar os constrangimentos enfrentados pela população culturalmente diversa, vários autores defendem que o desenvolvimento de competências interculturais (CI) por parte dos assistentes sociais é fundamental (Gonçalves & Matos, 2016); (Moita & Leite da Silva, 2016; Rangel & Ramos, 2017; Bracons & Leiva, 2019; Bracons, 2020).

Por exemplo, o estudo de Osborn & Karandikar (2023), que reúne a perspetivas de 10 assistentes sociais nos Estados Unidos, destaca a importância da autorreflexão sobre preconceitos e suposições, bem como, a necessidade de adaptar as abordagens após a interação com utentes culturalmente diversos. Todavia, verificou-se que persistem atitudes problemáticas como estereótipos, resistência à mudança, falta de sensibilidade cultural, que por sua vez, dificultam a prática culturalmente competente. Estes desafios evidenciaram a urgência de mudanças políticas e organizacionais, incluindo a oferta de formação contínua e desenvolvimento e aprimoramento das CI (Osborn & Karandikar, 2023).

Neste sentido, um estudo internacional de Ziegler et al., (2022), concluiu que as CI mais importantes para garantir cuidados equitativos incluem: respeito, empatia e autorreflexão (dimensão afetiva); conhecimento dos determinantes sociais da saúde e direitos humanos (dimensão cognitiva), comunicação clara, uso de intérpretes, flexibilidade e adaptação cultural e cuidado centrado nas necessidades do utente (dimensão prática), (Ziegler et al., 2022).

No contexto nacional, o estudo de Bracons (2020), que teve como foco conhecer a intervenção do Serviço Social com pessoas provenientes de outras nacionalidades. Através das entrevistas colocadas aos assistentes sociais, concluiu-se que é

extremamente importante a intervenção do Serviço Social na defesa dos direitos humanos, na valorização e preservação das especificidades culturais dos utentes. Porém, foram identificadas dificuldades como: barreiras comunicacionais, problemas económicos e ausência de apoios formais e informais, realçando a relevância do conhecimento das práticas culturais para promover maior proximidade e empatia (Bracons, 2020).

Os desenvolvimentos de CI revelam-se assim como uma estratégia essencial para combater desigualdades na saúde, promover a literacia, melhorar a relação entre profissionais e utentes. Para além disso, capacitam os assistentes sociais para reconhecer e respeitar a diversidade, adaptar as suas práticas às especificidades dos utentes e garantir uma intervenção mais inclusiva e centrada na pessoa. Trata-se de uma ferramenta fundamental para promover a equidade, a justiça social, a advocacia cultural e o acesso efetivo aos cuidados de saúde. Para este fim, é necessário alterações não só num nível micro, nomeadamente, nos comportamentos individuais e decisões próprias, como também a nível macro, com a promoção de políticas e medidas organizacionais que promovam a diversidade.

QUADRO TEÓRICO/ ANALÍTICO

2.1 – Conceito de Diversidade

O conceito de diversidade, encerra em si não só uma, mas diversas definições. No geral, remete para o reconhecimento, compreensão, aceitação e valorização das diferenças entre os indivíduos no que concerne à idade, classe social, origem étnica ou racial, sexo, deficiência, género, entre outras características individuais (Fernandes et al., 2018; Ramos, 2020).

A diversidade, enquanto fonte de intercâmbios, criatividade e inovação não é um conceito estático; é sim dinâmico e renovável. Este conceito contribui para a sobrevivência da humanidade, evita fundamentalismos, respeita a dignidade da pessoa e ainda promove e preserva as culturas existentes (UNESCO, art.1º, Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural, 2002; (Padilla et al., 2013; Rangel & Ramos, 2017). Compreender e promover a diversidade é fundamental para a criação de uma sociedade mais justa e igualitária, na qual todos os indivíduos, independentemente das suas características, possam ter acesso equitativo a oportunidades, recursos e serviços (Rangel & Ramos, 2017).

Neste sentido, a valorização e reconhecimento da diversidade não só fortalece a coesão social, como também promove um ambiente mais participativo e inclusivo que por si só fomenta o respeito mútuo e aceitação das diferenças ((M. N. P. Ramos, 2012)Rangel & Ramos, 2017).

Todavia, para que os benefícios da diversidade se concretizem na área da saúde, e se ultrapassem os desafios a ela associados, é fundamental investir no desenvolvimento de CI, bem como, na criação de medidas, políticas e práticas que assegurem a inclusão efetiva e permitam um acesso equitativo aos serviços. (Farmer, P. 2003, como citado em, Ramos, 2014; Ramos & Rangel, 2017; Bracons, 2020).

Esta realidade de diversidade cultural no campo da saúde, exige uma análise aprofundada da atuação do Serviço Social hospitalar, colocando diariamente o profissional à prova face à complexidade dos contextos multiculturais.

2.2 – Serviço Social na Saúde

A saúde tem sido um dos principais campos de intervenção do Serviço Social, tratando-se de uma relação histórica que tem sido influenciada pela evolução da própria medicina e inerentemente, pela evolução das concepções de saúde (Lopes et al., 2012).

Globalmente, as funções do assistente social nos cuidados hospitalares têm um papel fundamental no processo de “elaboração do diagnóstico social, de apoio na

adaptação do doente ao contexto hospitalar, na fase de recuperação e de reabilitação, [e no processo de] reintegração sociofamiliar e comunitária, estabelecendo uma estreita ligação entre os serviços de saúde, a família e os serviços sociais” (Guadalupe et al, 2020).

A intervenção do Serviço Social assenta nos princípios éticos e valores consagrados no Código Deontológico dos Assistentes Sociais, da Associação dos Profissionais de Serviço Social, (2018) que preconiza como valores fundamentais a justiça social, o respeito pela igualdade e dignidade, o consentimento informado e confidencialidade. Este código orienta ainda para uma visão centrada nas necessidades, direitos e interesses, capacitação e participação, autonomia e determinação. De acordo com o mesmo documento, cabe aos assistente sociais, intervir junto dos utentes e das família, realizar avaliação psicossocial, intervir na comunidade, avaliar os resultados das suas ações, colaborar com equipas multidisciplinares e proceder à sua qualificação e desenvolvimento profissional contínuo (APSS, 2018).

No contexto da intervenção social em saúde, as funções do assistente social enquadram-se nas orientações da Circular Normativa n.º8/ 2002, tal como citado por Lopes et al., (2012), que sublinha a importância da intervenção social enquanto componente essencial dos cuidados de saúde. Embora a circular não seja específica para estes profissionais, fornece diretrizes relevantes que sustenta o seu papel na promoção da inclusão social e na resposta integrada às necessidades dos utentes e família. Paralelamente, o Programa de Apoio à Implementação da Rede Social, criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 187/97, de 18 de novembro, reforça a importância da parceria interinstitucional e da planificação estratégica da intervenção social, princípios fundamentais para a atuação dos assistentes sociais em contexto hospitalar e comunitário.

Em primeiro lugar, compete a estes profissionais identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando um complexo diagnóstico social rigoroso. Com base nesse diagnóstico, os profissionais devem elaborar um plano de intervenção social, acompanhando e prestando apoio psicossocial tanto aos utentes como às respetivas famílias.

Compete-lhe ainda participar na definição, elaboração e promoção das políticas de intervenção social a cargo dos serviços onde exercem funções, bem como, definir, elaborar, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária de acordo com as necessidades da população abrangida.

Outra dimensão importante da função passa pela análise, seleção e elaboração e registo da informação, garantindo a sistematização e continuidade do trabalho desenvolvido.

Adicionalmente, cabe-lhes ainda assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade. De igual modo, também compete envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento dos recursos adequados às suas necessidades.

Por último, destaca-se o papel fundamental de articular com os restantes profissionais do serviço e de forma sistemática, sempre que necessário, principalmente em situações com fatores de risco.

Face à crescente diversidade, é essencial o assistente social adotar um conjunto de orientações que, aliadas às CI visem responder adequadamente às necessidades específicas dos utentes culturalmente diversos, de forma a garantir a inclusão e o acesso aos cuidados de saúde. A primeira, é a de se compreender os desafios que condicionam fortemente o acesso aos serviços de saúde, e que foram abordados no primeiro capítulo; a segunda, vai ao encontro da abordagem interseccional, que é fundamental para se captar as múltiplas dimensões e especificidades da pessoa culturalmente diversa (Heyman & Congress, 2018). A terceira, está relacionada com a defesa e promoção à individualização, promovendo a valorização das características do utente. Assim evita as generalizações e combate o preconceito. Para esta prática respeitosa e inclusiva, é essencial garantir um ambiente seguro e acolhedor, livre de julgamentos e de microagressões, com base numa relação de confiança (Heyman & Congress, 2018). Por último, deve também ser incentivado o trabalho em equipa, fulcral para integrar diferentes saberes e competências (Heyman & Congress, 2018).

Importa ainda referir a importância de o assistente social conseguir encontrar o equilíbrio entre os utentes, as diretrizes institucionais e a sua própria conduta profissional, não descorando o papel ativo na promoção de políticas justas e inclusivas, participando em iniciativas de educação, prevenção e advocacia que visem ampliar o acesso e a qualidade dos serviços e aos cuidados de saúde para todos (Gouveia et al., 2019; Castro, 2012; Heyman & Congress, 2018).

2.3 – Modelo de Competência Intercultural

O conceito de competência cultural, tem conquistado um lugar de destaque em diversas áreas, nomeadamente, na área de cuidados de saúde como por exemplo, “na melhoria da qualidade da relação profissional/paciente, na melhor compreensão das

barreiras culturais dos cuidados de saúde, na resolução de conflitos, no atendimento nas instituições de saúde a utentes culturalmente diferenciados (Anand, 2004) e, mais recentemente no serviço social” (Anand, 2004; Cohen-Emerique, 2011, como citado em Bracons & Leiva, 2019).

Para Bennet, 2008 a competência cultural envolve dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais e características que possibilitam a interação efetiva e apropriada em diversos contextos culturalmente diversos (Bennett, 2008, como citado em Bracons & Leiva, 2019)

De acordo com Campinha-Bacote (2002) enfatiza a importância do desejo cultural, como sendo a motivação para entender o outro e estar aberto a novas ideias como fonte de motivação (Campinha-Bacote, 2002, como citado em Martínez et al., 2006). O mesmo autor, define as dimensões das CI como: conhecimento cultural (visão e estruturas teóricas de outras culturas); consciência cultural (eliminar preconceitos e ser sensível às necessidades do outro); e habilidades culturais (boa comunicação e adaptação ao contexto cultural), (Campinha-Bacote, 1998, como citado em Martinez et al., 2006).

Não obstante, foi proposto por Barcazar et al. (2009), um modelo de CI que inclui quatro construtos: consciência cultural (apreciação de outras culturas e reconhecimento de preconceitos); conhecimento cultural (familiaridade com características e valores de outras culturas); competência prática (aptidões para adaptar a prática profissional às necessidades culturais) e apoio organizacional (implementação de práticas que promovam uma intervenção culturalmente adequada), (Barcazar et al., 2009, como citado em Gonçalves & Matos, 2016).

Dada a complexidade do conceito, através de uma revisão de literatura sobre os modelos e componentes da competência intercultural, considera-se pertinente para a presente dissertação destacar a adaptação de um modelo de competência intercultural, de Darla Deardorff (2006) e sintetizado por Spitzberg & Changnon (2009) que contém diversas componentes que são igualmente salientadas por outros autores e modelos que compõem este conceito.

Deste modo, o modelo de CI adaptado tem como principais dimensões: as atitudes e motivação; conhecimento e compreensão; resultado interno desejado e por fim, resultado externo desejado.

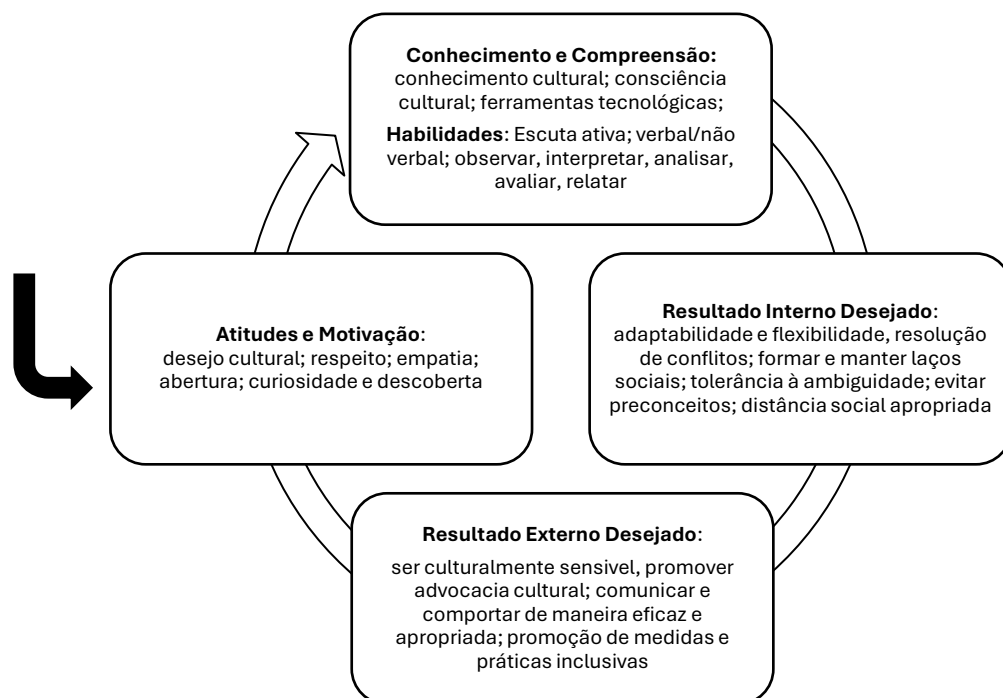


Figura 2.1 – Adaptação do Modelo de Competência Intercultural de Deardorff (2006)

Atitudes e Motivação

O motor de todo o enredo do modelo inicia com a pré-condição indispensável: “atitudes e motivação”. Sem esta dimensão o modelo não terá um resultado satisfatório. Incluiu componentes como: o desejo cultural; respeito, empatia, abertura, curiosidade e descoberta (Campinha-Bacote, 1998, 2002; Deardorff, 2006, como citado em Spitzberg & Changnon, 2009; Balcazar et al., 2009; Projeto INCA, 2004; Bastos, 2014).

Conhecimento e Compreensão

A dimensão do “conhecimento e compreensão” procura ir ao encontro da necessidade de introspeção de entender o outro. Incorpora componentes como: conhecimento cultural; consciência cultural; ferramentas tecnológicas (Hunter et al., 2006; Balcazar et al., 2009; Campinha-Bacote, 1998; Ziegler et al., 2022, Bastos, 2014; Whitehead et al., 2023). Para tal, é necessário um conjunto de habilidades, tais como: escuta ativa; verbal/não verbal; observar, interpretar, analisar, avaliar, relatar e uso de ferramentas tecnológicas e de inteligência artificial que promovam o acesso e facilitem a comunicação com o outro.

Estas componentes promovem a reflexão, a compreensão e o reconhecimento, não só a própria cultura, valores, crenças, ideologias, evitar preconceitos, como também favorecem a adaptação e abertura a outras culturas, levando assim à avaliação cultural. (Hunter et al., como citado em Spitzberg & Changnon, 2009; Balcazar et al., 2009; Campinha-Bacote, 1998; Ziegler et al., 2022).

Resultado Interno Desejado

É na dimensão “resultado interno desejado” que se prevê que haja uma mudança no quadro de referência pessoal, onde a adaptabilidade e a flexibilidade são cruciais. O que significa que, internamente, a pessoa torna-se mais capaz de ajustar as suas perspetivas, conhecimentos e comportamentos que permitam interagir com outras culturas, numa visão etnorelativa. Neste sentido, as componentes da dimensão em questão são: adaptabilidade, aliada à flexibilidade comportamental, isto é, capacidade de adaptar os comportamentos não só às diferentes situações, mas especialmente às normas culturais dos interlocutores; capacidade de formar laços sociais, capacidade de lidar com e ambiguidades e incertezas no processo de troca de mensagens ou na construção de significados e manter a distância social apropriada (Spitzberg & Changnon, 2009).

Resultado Externo Desejado

É na fase final do modelo que se encontra a dimensão “resultados externos desejados”. Esta, por sua vez, está relacionada com a capacidade do indivíduo ser culturalmente sensível, comunicar e comportar-se de maneira eficaz e apropriada em situações interculturais, de se tornar um indivíduo culturalmente sensível, promover a advocacia cultural, bem como, aliar o apoio organizacional e institucional com a implementação de práticas individuais e organizacionais que promovam a capacidade dos profissionais para intervir de forma culturalmente adequada (Deardorff, 2009; Ramos, 2020, Osborn & Karandikar, 2023).

MÉTODOS

3.1 – Objeto, Lógica e Estratégia de Investigação

A presente dissertação pretende analisar as competências interculturais dos assistentes sociais que trabalhem em contextos hospitalares. Para orientar esta análise, a investigação procura responder a um conjunto de questões interligadas: por um lado, procura identificar as competências interculturais mais utilizadas por estes profissionais e, por outro, aferir quais carecem de maior desenvolvimento. Como resultado, estas questões conduzem à problemática central de compreender em que medida os assistentes sociais se encontram efetivamente capacitados para o confronto com a diversidade cultural.

Para responder a estas questões definiu-se como objetivo geral: analisar os desafios e as barreiras que condicionam o acesso da população culturalmente diversa à saúde, a partir da perceção de assistentes sociais, focando na identificação e mobilização de competências interculturais, com vista a propor linhas orientadoras para uma prática sensível à diversidade.

Assim, determinaram-se os seguintes objetivos específicos: caracterizar as perceções dos assistentes sociais sobre o impacto das condições de acesso e determinantes de saúde da população culturalmente diversa; identificar as competências interculturais consideradas essenciais e as que são efetivamente mobilizadas pelos assistentes sociais na sua prática profissional com utentes diversificados; mapear as abordagens, metodologias e funções desempenhadas pelo Serviço Social e responder às necessidades de saúde de populações em contexto de diversidade e, por fim, elaborar linhas orientadoras para o fortalecimento de uma prática do Serviço Social na saúde em contexto de diversidade.

Para tal, adotou-se um paradigma interpretativo privilegiando uma abordagem qualitativa que possibilita compreender o significado atribuído por estes profissionais (Rubin & Babbie, 2011).

A investigação desenvolve-se numa lógica indutiva, que, segundo, parte do particular para o geral, ou seja, define-se numa primeira instância um ponto de partida em relação a uma determinada situação e, posteriormente, reformula-se uma problemática para se investigar, interligada aos objetivos e às ideias previamente estabelecidas pelo investigador. A lógica indutiva permite construir conhecimento diretamente a partir dos dados recolhidos, privilegiando a compreensão do ponto de vista dos sujeitos (Rubin & Babbie, 2008).

Relativamente à estratégia metodológica, a escolha da abordagem qualitativa justifica-se por esta ser especialmente indicada para a compreensão profunda de fenómenos sociais no seu todo (Valles, 2003). Na ótica de Vilelas (2020), a abordagem qualitativa visa a descoberta, identificação, descrição e formação de explicações, análise do verdadeiro significado e intenções dos atos, estruturas sociais e relações sociais, de forma alcançar a compreensão do objetivo de estudo (Vilelas, 2020).

3.2 – Campo Empírico, Universo e Amostra

A escolha do distrito de Santarém para a realização deste estudo, deve-se por um lado, à proximidade geográfica e laboral com esta região e, por outro lado, com a estratégia demográfica e sociocultural em comparação com outras regiões do país. Entre 2019 e 2022, o distrito de Santarém registou um crescimento populacional estimado em cerca de 1,3%, passando de aproximadamente 433.782 habitantes em 2019, para cerca de 435.000 em 2022 (PORTADA, 2024). Contudo em 2023, verificou-se um ligeiro decréscimo populacional, com o total de habitantes a descer para 432.293, mantendo-se assim como o oitavo distrito mais populoso de Portugal (INE, 2023).

O estudo realizou-se em duas unidades de saúde públicas localizadas no distrito de Santarém, especificamente em hospitais da região. Desta forma, o universo é composto por quatro hospitais distribuídos pelas Unidades Locais de Saúde do distrito de Santarém: o Hospital Dr. Manoel Constâncio em Abrantes, o Hospital Nossa Senhora da Graça em Tomar e o Hospital Rainha Santa Isabel em Torres Novas (Unidade Local de Saúde do Médio Tejo); e o Hospital Distrital de Santarém (HDS), (Unidade Local de Saúde da Lezíria). Relativamente à amostra, esta centrou-se no HDS da ULS Lezíria, composto por 9 assistentes sociais, sendo que apenas 8 participaram no estudo.

3.3 – Técnicas de Recolha e Análise de Dados

Dada a natureza qualitativa, a entrevista é o instrumento de recolha de dados que mais se adequa ao estudo, precisamente porque procura recolher dados sobre motivações, atitudes, opiniões, representações mentais, sentimentos ou histórias de vida (Pinho & Moreira da Silva, 2025).

Em particular, a entrevista semiestruturada, permite o estabelecimento de uma relação de partilha de informações, perceções, emoções, estímulo do pensamento livre e favorecimento da expressão e exploração profunda das respostas, esperando-se que este tipo de entrevista permita liberdade e espontaneidade (Quivy & Campenhoutdt, 1998)

Previamente à aplicação das entrevistas semiestruturadas, foi desenvolvido um guião de entrevista¹, seguindo linhas orientadoras apresentadas na tabela sobre os conceitos centrais da presente dissertação “Saúde” e “Diversidade”, bem como, do Modelo de Competências Interculturais apresentado no referencial teórico/ analítico.

O guião de entrevista é composto por 22 questões, sendo que cada entrevista durou aproximadamente 45 minutos. As entrevistas foram gravadas e automaticamente codificadas, tendo sido garantido que o acesso às gravações era também protegido com um código que só o investigador tem acesso.

Desta forma, deu-se início à interpretação e análise de dados através da análise de conteúdo categorial, possibilitando criar inferências sobre determinado grupo.

Após a transcrição literal das entrevistas gravadas, procedeu-se à codificação do conteúdo textual através do programa MAXQDA – software qualitativo que permite organizar, codificar e interpretar informações provenientes das entrevistas transcritas. Esta codificação foi criada com base nos conceitos, dimensões, subdimensão e indicadores² previamente definidos com base na revisão de literatura, para facilitar a categorização e organização dos dados textuais. Por fim, recorreu-se a ferramentas visuais com a criação de mapas semânticos, para extrair redes semânticas com relação entre código e subcódigo com coocorrências.

3.4 – Dificuldades e Limitações

Durante o processo de investigação, identificaram-se constrangimentos e limitações. A primeira limitação sentida consistiu na complexidade burocrática ao submeter o pedido de estudo à ULS Médio Tejo e ULS Lezíria.

Identificou-se ainda o largo intervalo de tempo de resposta entre a submissão do pedido de estudo (submetido em novembro de 2024) e o parecer final de ambos os Conselhos de Administração, (resposta final efetivada entre março e maio de 2025). Salientou-se o imprevisto do investigador por motivos laborais em ter de alterar a recolha das entrevistas presenciais para a via ZOOM.

Destacou-se também a limitada adesão dos profissionais de Serviço Social da ULS Médio Tejo, incluindo a desistência de um dos participantes após inicialmente ter aceitado colaborar. Verificaram-se dificuldade nas perguntas não ligadas à intervenção

¹ Ver “Anexo I: Guião de Entrevista”

² Ver “Anexo III: Quadro Base”

social hospitalar e dificuldade de os profissionais para participar nas entrevistas via ZOOM, tanto durante como fora do horário laboral.

De ressaltar que houve a necessidade de proceder-se a ligeiras alterações no guião de perguntas após a realização da primeira entrevista, nomeadamente, através de ajustes linguísticos tornando o discurso mais acessível. Paralelamente, considerou-se pertinente o acréscimo de algumas questões complementares de modo a aprofundar determinados aspetos que emergiram do diálogo e que se relevaram importantes para se aplicar nas entrevistas seguintes.

3.5 – Considerações Éticas

No domínio ético, os dados pessoais foram tratados apenas pela investigadora, comprometida com o dever de sigilo e confidencialidade. Além da confidencialidade, a participação foi voluntária, cabendo ao participante decidir livremente a sua colaboração através do Consentimento Informado³. Colocou-se igualmente, à disposição a interrupção voluntária por parte dos participantes, se expressassem tal vontade. Foi-lhes informado que os dados pessoais seriam armazenados durante 5 anos e que se procederia à sua destruição após esse período. O anonimato dos participantes é garantido na divulgação dos resultados, que se limita a fins estatísticos, pedagógicos, comunicação em encontros científicos ou publicações.

³ Ver “Anexo II: Consentimento Informado”

ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4.1 – Caracterização sociodemográfica dos entrevistados

As 8 assistentes sociais no HDS são do sexo feminino, com idades entre os 27 anos e 65 anos, apresentando uma moda de 53 anos. Observa-se uma maior incidência no grupo etário entre os 55 e os 65 anos, o que demonstra um predomínio de profissionais em fase madura da carreira. Relativamente à formação em diversidade cultural, apenas 3 entrevistados referiram terem estado envolvidos em atividades ou ações formativas, ocorridas há vários anos, o que revela uma lacuna de atualização neste domínio.

Quadro 4.1 – Categorização Sociodemográfica

Género	Idade	Profissão	Tempo de Serviço no HDS/anos	Especialidade
Feminino	63	Assistente Social	25	Psiquiatria e Equipa Comunitária de Saúde Mental;
Feminino	61	Assistente Social	38	Direção do Serviço; Comissão da Qualidade; Comissão de Humanização; Gabinete do Cidadão;
Feminino	63	Assistente Social	30	Medicina Interna; Ortopedia; Equipa de Gestão de Altas;
Feminino	27	Assistente Social	10 (meses)	Medicina Interna; Cirurgia Geral Homens;
Feminino	61	Assistente Social	18	Unidade de Cuidados Paliativos; Oncologia e Consulta da Dor; EIHCP; Gabinete do Cidadão;
Feminino	57	Assistente Social	25	Especialidades Médicas; Ortopedia;
Feminino	47	Assistente Social	20	Pediatria; Obstetrícia, Neonatologia; Ginecologia; EPVA; NHCJR; Especialidades Cirúrgicas;
Feminino	33	Assistente Social	5	Psiquiatria de Crianças e Jovens e Equipa Comunitária de Saúde Mental de Crianças e Jovens;

Fonte: Elaboração Própria

4.2 – Barreiras no acesso aos cuidados de saúde – percepção dos assistentes sociais

Este objetivo tem como fundamento analisar a percepção dos assistentes sociais relativamente ao acesso da população culturalmente diversa nos sistemas de saúde. Desta forma, através dos relatos dos profissionais, foi possível reunir constrangimentos de diferentes níveis e que não podem ser analisados de forma isolada, mas sim, interdependente.

À luz dos relatos, os desafios que a população culturalmente diversa enfrenta com mais recorrência são: os constrangimentos linguísticos e comunicacionais; económicos;

sociais; as diferenças culturais e estilos de vida e os determinantes estruturais, individuais e sociais.

Verificou-se que o obstáculo com mais referências foi o linguístico e comunicacional, salientado pelos 8 participantes, sobretudo no caso de pessoas que não dominam o português, o inglês (E1; E3; E4; E5; E6; E7; E8), ou em alguns casos, o espanhol (E2), como ilustrado no excerto seguinte:

“(...) de certa forma, os desafios linguísticos não são apenas obstáculos de comunicação, são obstáculos ou são fatores que podem comprometer o acesso à saúde!” (E2).

Este desafio foi descrito como bilateral. Por um lado, os utentes de diferentes nacionalidades não falam português e outras línguas de uso comum; por outro, os profissionais de saúde, sobretudo os assistentes sociais, não possuem competências noutras línguas além da materna (E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8).

“(...) não só eu, mas o enfermeiro, mas o médico, e isso causa um certo desconforto, até os próprios médicos às vezes dizem que a questão da barreira em linguística é muito complicada!” (E8).

Embora exista uma “bolsa de tradutores” (E7) disponível para os profissionais do hospital, este recurso permanece pouco desenvolvido, mesmo sendo reconhecida a sua utilidade. No entanto, a questão da diversidade e barreiras linguísticas não se limita apenas à necessidade de traduzir um diálogo, antes pelo contrário. Para garantir uma intervenção efetiva e culturalmente sensível, é necessário recorrer a diversos profissionais e especialidades, como intérpretes e mediadores culturais, capazes de interpretar contextos culturais, promover uma comunicação mais efetiva e apoiar a integração e compreensão entre profissionais e utentes de diferentes origens tal como é apresentado por E8:

“Nós estamos ainda muito atrasadas em relação a isso tudo. Devia haver, lá está, não só os tradutores, como os intérpretes, como os mediadores culturais...” (E8).

Para além destes, um outro entrevistado acrescentou que este recurso se revela excessivamente complexo e pouco prático (E3):

“Houve uma situação de uma doente de uma utente alemã e eu tive de recorrer a uma tradutora daquelas que estão registadas e pedia ajuda a essa pessoa, mas depois percebi que era muito complicado recorrer a esse serviço (...). Todos os dias era muito complicado eu ligar para aquele número e agendar uma hora para, depois tem de se agendar uma hora, a pessoa tem que estar disponível naquela hora, pronto, e então eu nunca mais usei esse instrumento” (E3).

Ao longo do discurso dos entrevistados o constrangimento linguístico e comunicacional revelou um padrão de preocupação por vários motivos. Ainda que de forma implícita, mais de metade dos entrevistados sugere indiretamente a vulnerabilidade clínica associada à falha linguística e comunicacional, evidenciando que, quando a comunicação entre equipa de saúde e utente culturalmente diverso falha, existe um risco acrescido de comprometer o diagnóstico e, consequentemente, o estado de saúde:

“Diria que a dificuldade de comunicação compromete o entendimento, dificulta o processo de cuidados, na compreensão da doença, do diagnóstico, na dificuldade em apreender as recomendações e os tratamentos médicos” (E7).

De acordo com os estudos realizados por Silva et., al (2022) e Tulloch & Melamed (2016), os migrantes podem estar em maior risco de saúde precária devido a doenças infecciosas e vacinação, doenças crónicas, doenças transmissíveis e problemas no foro da saúde mental, oral, visual, sexual e reprodutiva, devido a uma grande variedade de fatores em diferentes momentos antes, durante e após a migração (Silva et al., 2022; Tulloch & Melamed, 2016). Neste sentido, a dificuldade linguística e comunicacional pode comprometer o diagnóstico clínico, aumentando a probabilidade de que fatores de risco e informações clínicas relevantes não sejam plenamente compreendidos ou transmitidos de forma adequada, como exemplifica EA:

“Os médicos se não souberem falar com a pessoa, como é que vão saber sobre o cumprimento do plano de vacinação de uma criança?” (EA).

Relativamente à presença de fatores de risco associados especificamente à saúde mental, o entrevistado E6 destacou o aumento de casos de crianças de outras nacionalidades com problemas de saúde mental:

“Nós temos uma grande população nacionalidade brasileira, temos um grande boom de miúdos já com diagnóstico de autismo, essencialmente, e também de PHDA (Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção) (...). Nós temos uma grande cultura afegã aqui em Santarém que inclusive já acompanhámos algum desses adolescentes dessa nacionalidade (...)” (E6).

Foi referida também a importância de se ter cuidado com as traduções literais mesmo quando a comunicação ocorre em inglês, pois palavras ou expressões podem assumir diferentes sentidos dependendo do contexto:

“O médico, mesmo que esteja a tentar falar ou arranhar o inglês, pode não estar a conseguir dar a informação mais clara para uma pessoa. Ou seja, determinadas palavras,

nós pensamos que sejam, ou que nós usamos para o nosso inglês diário, (...) se fores traduzir à letra, a letra no inglês é uma coisa, se fores traduzir para uma conversa específica, para uma conversa normal, é outra” (E2).

A problemática linguística e comunicacional condiciona não só a intervenção da equipa médica, como também a intervenção social, especialmente ao tentar recolher informações de forma clara e objetiva. Estas dificuldades podem gerar conflitos, más-interpretações ou mal-entendidos, como evidenciam alguns entrevistados:

“A dificuldade de comunicação que pode gerar mal-entendidos, dificultar os processos de tratamento (...)” (E4).

“De certa forma, se calhar a informação que fazem chegar, se calhar ou não chega mesmo, ou não é a mais correta, o que vai depois dificultar na resolução da sua situação. Porque é difícil de facto conseguirem comunicar com eles...” (E5).

O segundo maior obstáculo mais salientado pelos entrevistados prende-se com os determinantes sociais.

A literatura descreve que, após uma fase inicial saudável, com o passar do tempo, o estado de saúde da população culturalmente diversa tende a deteriorar-se, consequência de dimensões como: legalização, risco de pobreza ou de exclusão social, discriminação, desemprego, baixa remuneração, tipo de contrato e regime de duração de trabalho mais precários, sinistralidade laboral e condições habitacionais (Silva et al., 2022; Oliveira, 2023). Tal como os profissionais entrevistados abordaram:

“Se as pessoas têm esses constrangimentos, pobreza, desemprego, vai dificultar o acesso em termos de transportes, em termos de aspeto económico, na compra da medicação...Todos esses fatores vão implicar no acesso” (E5).

A acessibilidade aos serviços de saúde é também influenciada por fatores individuais.

“Reconhecer ou abordar as barreiras individuais, de certa forma, permite reconhecer que o acesso à saúde não depende apenas do sistema ou da nossa estrutura, mas também dos fatores pessoais e culturais de cada um. E isso influencia a forma como percebem e procuram os próprios cuidados necessários” (E2).

Todas as entrevistadas percecionam que os utentes culturalmente diversos têm uma atitude fechada, receio, insegurança, vergonha, desconfiança para com os profissionais, e pouca abertura em criar e manter laços, tal como, contacto verbal:

“ (...) falando concretamente nesses grupos, também às vezes eu acho que elas se sentem constrangidas por aquilo que os outros possam pensar, têm vergonha, alguns, e

todos isso são circunstâncias que os afetam na deslocação ou os centros de saúde, ou os serviços de saúde. Muitas vezes recorrem a esses serviços na última, ou seja, quando estão mesmo a precisar, ou têm uma crise, e aí não há meio, ou são descobertos, ou alguém dá o alerta, ou alguém os traz, enfim, circunstâncias várias.” (E8).

As entrevistadas supõem que este comportamento por parte dos utentes culturalmente diversos, possa decorrer do medo de sofrerem algum tipo de consequência, especialmente de aqueles cuja situação é irregular:

“as pessoas também são muito desconfiadas, têm receios, têm medos do que é que lhes possa vir a acontecer, e as pessoas não dizem tudo, não dizem tudo, ficam um bocadinho a jogar à defesa. Quando estão em situação de irregularidade, pior ainda. Depois não estão informadas, não existe conhecimento total dos direitos e dos deveres” (E8).

Esta questão já foi analisada noutros estudos, onde os imigrantes estavam mais expostos aos riscos de saúde, uma vez que evitam procurar ajuda médica por receio de serem alvo de xenofobia (Devakumar et al., 2020), de serem presos e até deportados ((Raposo & Violante, 2021)).

Uma das participantes faz ainda a observação de que o facto de os utentes não recorrerem aos serviços por receio de consequências, pode comprometer o diagnóstico precoce e a eficácia do tratamento (E2). A baixa literacia em saúde (E2; E7; E8), a falta de conhecimento sobre direitos e deveres (E2; E5; E7; E8), bem como, o desconhecimento do funcionamento dos serviços de saúde (E2; E7; E8), foram fatores individuais apontados tanto pela literatura (Dias et al., 2018; Duarte, 2024), como por alguns dos profissionais inquiridos.

Não obstante, o fator económico emergiu ao longo das entrevistas em diversas dimensões, tais como as dificuldades de fazer face à despesa com transportes (para tratamentos ou exames) e adquirir medicação (E7). Uma das entrevistadas referiu que os utentes frequentemente se viam forçados a optar entre satisfazer as necessidades básicas ou cumprir com as orientações clínicas e plano terapêutico, o que traduz uma clara vulnerabilidade económica e social no acesso à saúde (E2), sendo que os utentes com baixos rendimentos, muitas vezes, acabam por abdicar da continuidade do tratamento de saúde para assegurarem o pagamento de outras despesas diárias, o que conduz, inevitavelmente, para o agravamento do seu estado clínico:

“É evidente que um doente que não tenha acesso a alguns recursos tais como económicos e sociais influencia muito mais para que o doente fique mais debilitado” (E1).

Paralelamente, 6 das 8 profissionais (E1; E2; E3; E6; E7; E8) referiram que as diferenças culturais, hábitos e estilos de vida podem comprometer o acesso aos serviços

de saúde, nomeadamente, quando os utentes apresentam resistência às orientações ou não cumprem o tratamento indicado:

“(...) a própria adesão aos serviços e ao esquema terapêutico e às recomendações que a equipa terapêutica faz, (...), no sentido de promover o melhor, o bem-estar para a pessoa na sua situação clínica. E isso às vezes...nem sempre que conseguimos fazer” (E1).

Por fim, são mencionados com muita frequência obstáculos de nível estrutural de diversas dimensões.

Um dos problemas mais referidos tanto pelo estudo do ERS (2015) como pelos participantes (E7 e E8), ocorre quando o utente de outra nacionalidade não realiza corretamente a sua inscrição nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), nomeadamente, no Registo Nacional de Utente (RNU).

A complexidade e a burocracia inerente a esta inscrição da população culturalmente diversa no Serviço Nacional de Saúde, feita nos CSP, com várias regras e especificidades e documentos, faz com que as pessoas recorram diretamente ao hospital do que aos Centros de Saúde, tal como é referido tanto pelos inquiridos, como por Duarte (2024).

“As pessoas não têm número do utente, ninguém lhes diz para se deslocarem aos cuidados primários (...) não têm o Serviço Nacional de Saúde, ninguém lhes diz que têm que ir e escrever. E há pessoas que até residem cá há bastante tempo e continuam a não ter. Como é que é possível? E já nem falo no cartão de autorização de residência, que para qualquer coisa é necessário, mas isto é tão simples quanto a deslocação ao Centro de Saúde” (E7).

Ainda a nível estrutural, parte dos participantes apontaram outras lacunas. Exemplificaram que por vezes os utentes imigrantes em situação irregular, apresentam documentos de terceiros como títulos de residência, passaporte ou outros dados fictícios como a morada. Estas situações causam uma enorme dificuldade aos serviços, dificultando a correta identificação do utente, comprometendo a fiabilidade da informação social e clínica do utente (E1; E8):

“A questão da deslocação à parte da administrativa, não há documentos formais, desconhecimento até não só da identificação, que é que geralmente trazem os passaportes, e também já aconteceu um passaporte ser de várias pessoas (...) descobrimos que no fim do processo todo, a pessoa não tinha...o documento não pertencia àquela pessoa. Uma pessoa que foi para os Cuidados Continuados e que o documento não pertencia àquela pessoa, só porque, apesar de ser o mesmo número, descobriu-se pela data de nascimento que não era a mesma pessoa.” (E8).

Para além da utilização de documentos de terceiros, as profissionais identificaram um conjunto de problemas que dificultam o acesso. Inclui a apresentação de passaportes caducados (E4), a total ausência de documentação (E5) e as dificuldades em obter títulos de residência devido a atrasos burocráticos que se prolongam vários meses ou anos (E2; E6). Este bloqueio por si só complexo, agrava-se com o isolamento social que caracteriza muitos destes utentes que entram nas urgências sem qualquer acompanhante ou nenhum familiar ou amigo para articular com a equipa de saúde (E4; E 8).

Estas limitações e dados errados, acabam por colocar entraves no planeamento da alta social, nomeadamente, pelo tempo que a pessoa fica internada indevidamente:

“ (...) esta situação depois ultrapassou-se, porque até com o apoio domiciliário que depois a senhora veio a ter, e foi ultrapassada, mas demorou muito tempo isto, muito tempo num hospital, semanas e meses, sabe que é muito, muito complicado, já nem falo na questão económica, na ocupação de uma cama e essas coisas todas, mas às vezes as coisas não se conseguem ultrapassar de uma forma muito fácil (...)” (E4).

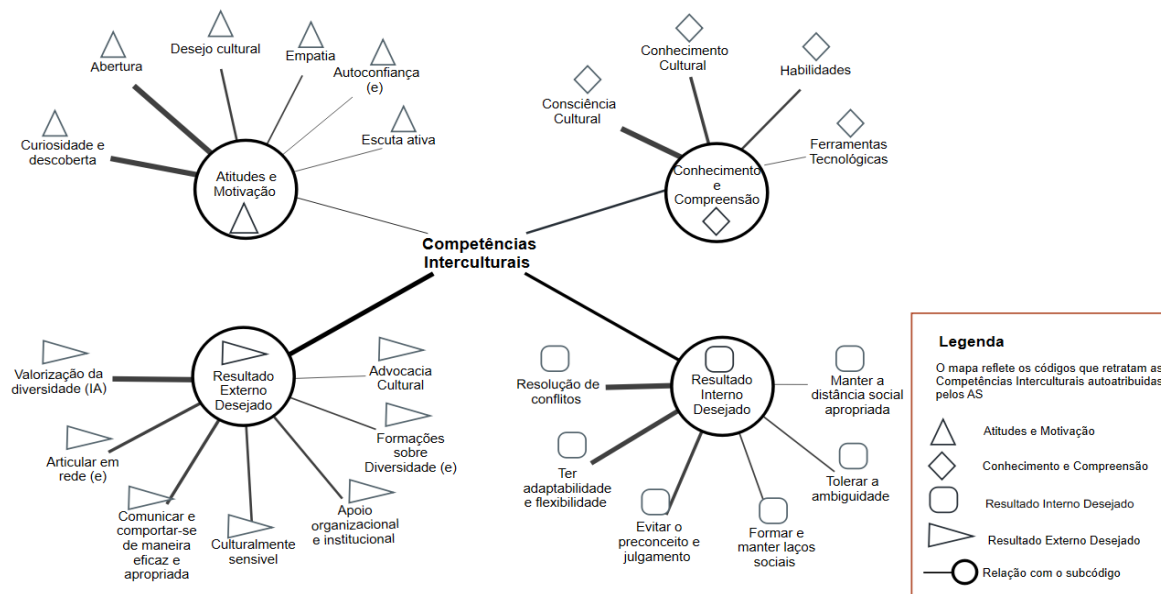
Para além das barreiras já referidas, os inquiridos destacaram os custos associados às deslocações e transportes, que agravam ainda mais as dificuldades na continuidade do tratamento. Para utentes, sobretudo residentes em áreas periféricas, a distância até ao hospital representa um obstáculo real:

“São situações que também a própria área de território, a área de residência, também pode estar muito a interferir com a parte do acesso à saúde que depois fica prejudicada se a pessoa não tiver as melhores condições ou se não tiver muita capacidade financeira para poder pagar a deslocação (...) A distribuição desigual nos serviços (...) territórios com mais população ou com menos população, chamadas zonas urbanas ou rurais. As zonas rurais têm que percorrer uma distância maior para ter acesso aos cuidados de saúde, por exemplo, uma diferença de estar numa aldeia ou estar no centro da cidade” (E2).

Os entrevistados relataram ainda que o acesso da população está condicionado por fatores como a falta de profissionais (E3; E5; E7) e demora no agendamento de consultas (E2; E3; E5; E7).

4.3 – Competências Interculturais Autoatribuídas

Figura 4.1 – Competências Interculturais Autoatribuídas

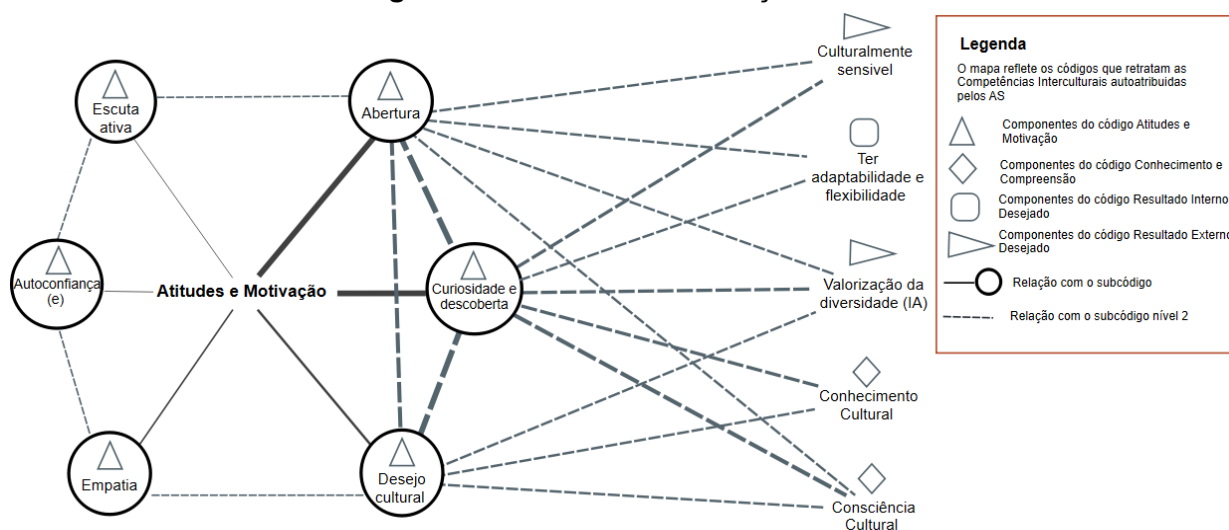


Fonte: Elaboração Própria 2025, com recurso ao MAXQDA

Como referido no enquadramento teórico, relativamente às competências interculturais, a figura 4.1 espelha o modelo, ilustrando as quatro dimensões principais – Atitudes e Motivação; Conhecimento e Compreensão; Resultado Interno Desejado e Resultado Externo Desejado.

Ao longo das entrevistas realizadas às 8 assistentes sociais, as suas perceções permitiram aprofundar a compreensão de como estas dimensões se manifestam na prática profissional, validando e enriquecendo com novas competências adicionadas ao modelo base.

Figura 4.2 – Atitudes e Motivação



Fonte: Elaboração Própria 2025, com recurso ao MAXQDA

As *Atitudes e Motivação* representa uma pré-condição para a interação intercultural, refletindo as qualidades intrínsecas e a predisposição dos assistentes sociais no confronto com a diversidade. Tal como se pode verificar na Figura 4.2, salientam-se dois pontos de partida para a presente análise.

Primeiramente, ao longo das entrevistas foi mencionado diversas vezes um novo subcódigo considerado como emergente, e que alimentou o modelo base apresentado por (Deardorff, 2006) sintetizado por Spitzberg & Changnon (2009).

O subcódigo *autoconfiança* (e⁴), apesar da sua linha ténue simboliza um elemento crucial na atitude inicial e na construção da relação de ajuda e eficácia da intervenção com os utentes culturalmente diversos. Representa a autoconfiança intrínseca ao próprio profissional, ou seja, o assistente social ter autoconfiança para intervir e não demonstrar que não tem conhecimento. Esta atitude permite que o profissional se sinta seguro e motivado para intervir, fazendo com que o utente também se sinta apoiado, num espaço livre de julgamentos:

“Temos que ter sempre uma postura afirmativa, não podemos mostrar insegurança. Temos que dar sempre a entender à outra pessoa que sabemos que não podemos mostrar fraqueza. Temos que aplicar sempre uma linguagem que não dê a entender à outra pessoa que nós estamos com essa incerteza, mas sim que estamos com o conhecimento de causa da situação para que realmente se consiga resolver tudo adequadamente” (E7).

Este subcódigo emergente está intrinsecamente relacionado com os subcódigos *empatia* e *escuta ativa*, uma vez que são igualmente atitudes que se interligam mutuamente, pois todas as entrevistadas referiram a importância dos profissionais serem empáticas para com o *outro* e terem escuta ativa.

“O ganho da confiança e da empatia, que eu acho que é muito importante, e que às vezes demora muito tempo a ser conquistado, porque as pessoas estão sempre a jogar um bocadinho à defesa” (E8).

“Também acho que transmitir alguma confiança à pessoa, para a pessoa sentir que está ali a ser apoiada” (E5).

Ainda sobre a análise da figura 4.2, três códigos revelam um grande destaque: a *abertura*, a *curiosidade e descoberta*, e o *desejo cultural*. Entre eles existe uma intensa ligação. Teoricamente, autores como Campinha-Bacote, (2002), Deardorff (2006),

⁴ (e) significa que o código proposto emerge do discurso, de forma indutiva, e não através das categorias iniciais sugeridas pela literatura.

Balcazar et al. (2009), (Bastos, 2014) sustentam que estes conceitos estão interligados, uma vez que para se conhecer o *outro*, pressupõem-se que o profissional tenha que ter abertura, tenha desejo cultural e tenha curiosidade e descoberta.

Estes subcódigos correlacionam-se fortemente com outros tal como se pode ver na figura 3: *valorização da diversidade (IA)*⁵, *consciência cultural*, *ter adaptabilidade e flexibilidade*, *ter conhecimento cultural* e *ser culturalmente sensível*.

De acordo com a figura 4.1, apesar de ser perceptível que a *valorização da diversidade (IA)* é um subcódigo de *Resultado Externo Desejado*, ao analisar-se a figura 3, simboliza uma atitude e motivação inicial. Isto significa que, para muitos assistentes sociais, a valorização da diversidade é uma atitude intrínseca e um princípio base que orienta a intervenção em contexto multicultural, estando presente tanto numa fase inicial do modelo, como na fase final do mesmo.

Esta visão positiva da diversidade cultural alinha-se com alguns autores, como UNESCO, (2001), que destaca a diversidade como fonte de criatividade, inovação e meio para evitar fundamentalismos. Isto é sustentado pelos entrevistados:

“ (...) temos que valorizar e respeitar a cultura de cada um, não é? E acho que isso é o primeiro passo para o nosso trabalho, o respeito e valorizar realmente essas culturas e como é que elas funcionam, respeitar as suas crenças para podermos depois comunicar de uma forma clara e sem grandes obstáculos, não é?” (E5).

Na figura 4.2 observa-se uma ligação tripla entre os subcódigos com maior frequência, o que demonstra que o profissional ao ter abertura, curiosidade e descoberta, e desejo cultural, tem que ter conhecimento e compreensão do *outro*.

As referências teóricas de Balcazar et al. (2009), e Campinha-Bacote (1998), esclarecem que possuir conhecimento cultural significa desenvolver uma visão ampla do mundo, integrando informações e compreensões sobre crenças, valores, normas, práticas, histórias, experiências de diferentes origens. Já a consciência cultural implica reconhecer e interpretar tanto as diferenças como as semelhanças culturais, bem como compreender o impacto que desta relação. Isto confirma-se através da opinião das entrevistadas:

“têm valores diferentes dos nossos (...) a gente para respeitar, temos que conhecer, os modos de vida deles, aquilo que eles pensam e a gente não conhece” (E4).

⁵ Sugestão de codificação com recurso à ferramenta Inteligência Artificial (IA) disponível no MAXQDA.

“ (...) é percebermos as manifestações culturais que temos no nosso dia-a-dia, perceber os seus hábitos, os rituais, a questão da roupa, coisas assim. E, de certa forma, estas práticas permitem oferecer um apoio mais específico, mais personalizado. E aí de forma a respeitar a diversidade cultural de cada pessoa” (E2).

A adaptabilidade e flexibilidade, relaciona-se com se ter abertura curiosidade e descoberta, o que quer dizer que o assistente social tem de ser flexível e ter a capacidade de se moldar, tal como é referido por E3 e E2:

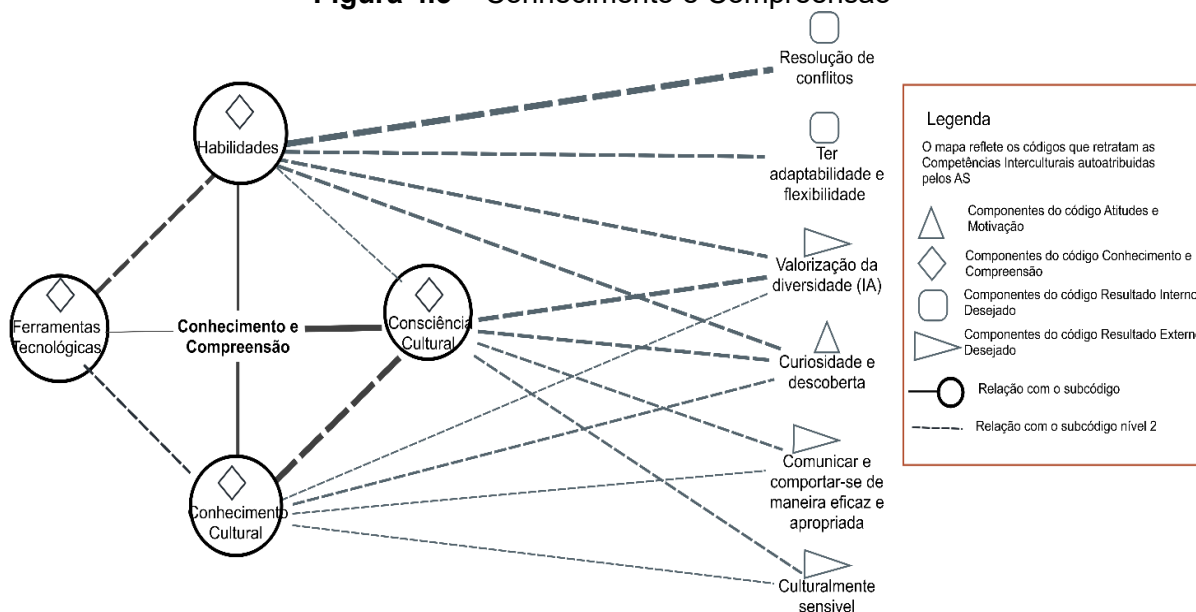
“ (...) devemos nos colocar num lugar do outro, e por isso temos que perceber o que é que aquela pessoa, o que é que ela (...) culturalmente toda a vida ouviu e que deveria de fazer. Temos que perceber isto, para podermos perceber, o que é leva uma determinada pessoa a ter determinada atitude” (E3).

“Depois aqui também é questão de flexibilidade, que é tentarmos adaptar a nossa intervenção, a nossa prática a cada situação e perceber as necessidades de cada doente e os seus valores culturais” (E2).

Para finalizar a análise das atitudes e a motivação (figura 4.2), destaca-se o subcódigo ser culturalmente sensível que está agregado ao código Resultado Externo Desejado e que representa a capacidade do profissional de desenvolver competências para lidar com o outro culturalmente diferente apesar das diferenças, como exemplificado pela E2:

“Em suma é reconhecer e valorizar as próprias diferenças, não por uma questão ética, mas por uma estratégia para garantir um apoio mais eficaz, inclusivo, mais humano na nossa área de saúde, neste caso” (E2).

Figura 4.3 – Conhecimento e Compreensão



Fonte: Elaboração Própria 2025, com recurso ao MAXQDA

O código *Conhecimento e Compreensão* objetiva fazer a preparação do profissional no confronto com o outro culturalmente diverso.

À luz da figura 4.3, percebe-se uma forte relação com o subcódigo consciência cultural, seguido pelo conhecimento cultural. Os profissionais referem que é extremamente importante haver conhecimento e consciência prévia da cultura do utente:

“Eu sei que vou atender uma pessoa com aquela diversidade cultural, não é? Imaginando que vou que vou a casa, por exemplo, há pouco estava a falar da comunidade afegã. Eu não fazia ideia, ok, eu vou a casa, será que tenho que descalçar à entrada? (...) se eu estou a entrar na zona de conforto do outro, se eu quero intervir da melhor forma, eu tenho que fazer aqui um conhecimento prévio e tentar perceber, então, como é que eu posso abordar, até onde é que eu posso ir. E foi muito curioso porque, efetivamente, por exemplo, o descalço, o não pisar tapetes, era logo ali uma barreira” (E6).

Este conhecimento e compreensão do utente culturalmente diverso, faz com que através da capacidade de aplicar determinadas habilidades, tais como: saber observar, interpretar, analisar, avaliar, relatar, comunicar verbal/ não verbalmente, saber utilizar ferramentas digitais, entre outras, consiga resolver e/ou evitar determinados conflitos e situações que vão surgindo ao longo da intervenção. Como tal, é necessário o profissional conseguir ser flexível e adaptar-se, para comunicar e comportar-se de forma eficaz.

Destaca-se um ponto muito importante para a maioria dos entrevistados: a forma como procuravam a informação cultural do utente para conseguir intervir de forma competente e em que situações aplicavam determinadas competências.

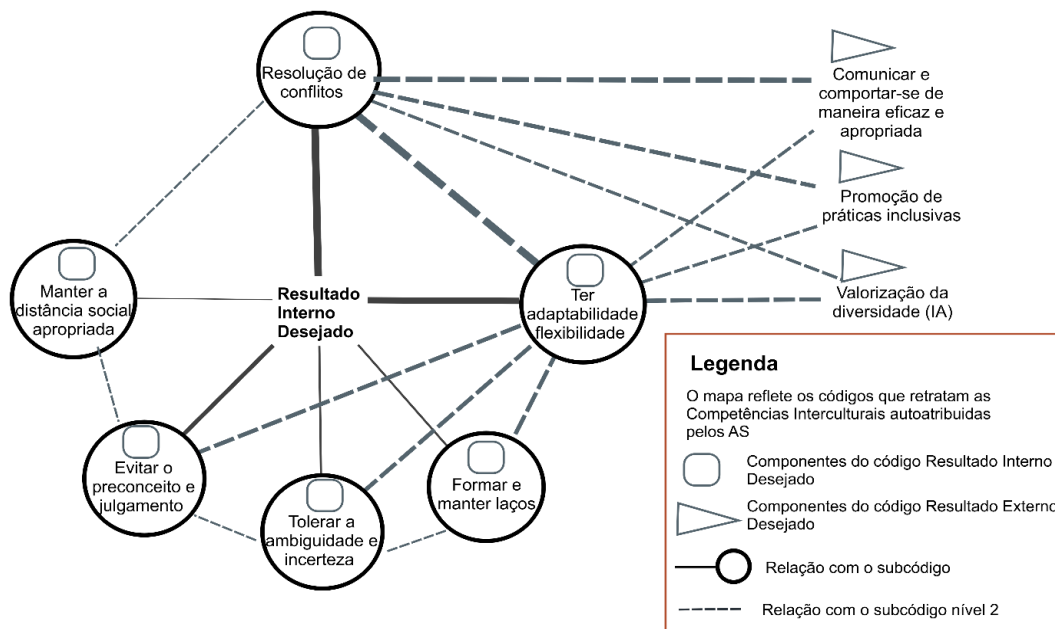
Foi relatado por mais de metade dos entrevistados que não procuravam diretamente informações sobre outras culturas ou características culturais diferentes, mas que iam adquirindo ao longo dos anos de experiência profissional (externa/ interna às funções no hospital), e experiência pessoal.

Quanto ao recurso de ferramentas tecnológicas, foi destacado por 6 entrevistados como algo fundamental no confronto com utentes de outras nacionalidades, principalmente quando estes não falavam português, tendo sido já anteriormente apurado que a barreira linguística e comunicacional era limitadora no momento da intervenção. O uso do *Google Tradutor* foi mencionado como única aplicação utilizada, tendo sido sublinhado que este também falhava.

“Não é por não saber falar a língua que eu não comunico com a pessoa e descobri há pouco tempo que há essa aplicação maravilhosa no telemóvel que é o Google Tradutor

quando eu estou muito aflita, se a pessoa não falar o inglês felizmente, ainda mais ou menos falo inglês, mas se a pessoa não falar eu vou e tento articular assim” (E3).

Figura 4.4 – Resultado Interno Desejado



Fonte: Elaboração Própria 2025, com recurso ao MAXQDA

É no *Resultado Interno Desejado* que se preconiza uma mudança interna, ou seja, evolução no quadro de referência pessoal do profissional. A figura 4.4 representa o código central, com destaque dos subcódigos *resolução de conflitos*, *ter adaptabilidade e flexibilidade*, e *evitar preconceito e julgamento*.

A rede semântica representa dados que apesar de repetitivos, revelam outro tipo de observações, uma vez que, o facto de surgirem intensamente no código central em questão, pode-se interpretar como uma mudança no quadro de referência pessoal. Constitui a manifestação prática da CI, representando as ações e impactos observáveis. Não implica não gerir apenas a diversidade, mas sim celebrá-la e integrá-la.

A adaptabilidade, flexibilidade e resolução de conflitos neste prisma assume que o profissional já se torna cada vez mais capaz de formar e manter laços, com distanciamento necessário, reconhecer e/ou evitar preconceito e julgamento, e tolerar a ambiguidade e a incerteza.

“Eu acho que todos nós temos algum tipo de preconceito cultural. Quem disser o contrário, eu acho que não está a ser verdadeiro” (E6).

Esta capacidade de reconhecimento sobre o preconceito não é algo negativo, mas sim como um crescimento pessoal e uma capacidade de fazer uma reflexão sobre as

suas fragilidades na intervenção. Nestas situações, os entrevistados referiram tentar arranjar à sua maneira, mecanismos e estratégias para evitar ou contornar determinado pensamento intrusivo, tolerando o que é desconhecido e situações incomuns e incertas:

“Temos que nos distanciar, e não fazer juízes de valor mediante a pessoa que está à nossa frente e que precisa de ajuda e que nós estamos ali mesmo para isso. E às vezes é um trabalho um bocadinho difícil de fazer. Cada situação é uma situação e é dessa forma que temos que ver e não fazer chapa cinco que há uma pessoa que tem nacionalidade indiana, vamos tratar sempre todos os que têm nacionalidade indiana daquela forma. Não, não é isso!” (E6).

A estratégia mais adotada pelos entrevistados é tentar não generalizar situações e fazer um *reset* face à experiência que os leva inconscientemente a pensar no preconceito face àquela pessoa culturalmente diversa. No entanto, isto é um desafio:

“Às vezes é um bocadinho difícil fazer esta distanciação, porque já tivemos uma má experiência ou má prática com uma pessoa que até tinha a mesma etnia ou nacionalidade e inconscientemente vamos logo buscar aquela situação, é difícil fazer essa distanciação, mas é um trabalho interno necessário” (E6).

Por fim, o código *Resultado Externo Desejado*. É na fase final do desenvolvimento das CI que se prevê que o profissional esteja cada vez mais apto para o confronto com a diversidade. Nesta etapa, espera-se que não só o indivíduo tenha novas capacidades para lidar com a diversidade cultural, como também haja o apoio, medidas e políticas institucionais e organizacionais que facilitam os profissionais a evoluírem e desenvolverem constantemente competências.

O mapa de rede semântica demonstra que os subcódigos têm relações muito fortes entre eles. Esta coocorrência entre subcódigos pode ser interpretada como um resultado positivo.

Verifica-se que a *valorização da diversidade* foi o subcódigo mais referenciado. Apesar desta componente surgir em diversas etapas da entrevista, o facto de surgir no resultado externo, revela que o profissional desenvolveu competências suficientes para olhar para a diversidade como algo positivo ao ponto de se tornar também *culturalmente sensível* com o *outro*:

“É motivante, eu trabalhar com pacientes de diferentes culturas é motivante porque é um desafio eu adquirir novos conhecimentos de acordo com a realidade com a pessoa que estou a trabalhar (...). A interação com pacientes de diferentes culturas mudou a minha perspetiva pessoal e profissional. Claro que mudou!” (E1).

Paralelamente, as entrevistadas revelaram que, para a intervenção ser bem-sucedida, muitas das vezes não é pelo trabalho individual, mas sim em rede. Esta colaboração com elementos da equipa de Serviço Social, outros profissionais da equipa de saúde, assistentes sociais presentes nos CSP, ou parceiros da comunidade são cruciais para a resolução de situações complexas, tal como destacam as E4 e E2 em relação ao subcódigo *articular em rede*:

“Eu meço o sucesso, se houver aqui um trabalho com vários parceiros (...) há pessoas que trabalham para o mesmo objetivo. A interprofissionalidade, é isso, não é várias equipas trabalhando para o mesmo para aquele objetivo. (...) Isso é importantíssimo. O sucesso vem daí” (E4).

“Às vezes quando eu penso, mas será que já fiz tudo? Será que há aqui alguma coisa que eu esteja a falhar? Gosto na situação de discutir a situação, perceber se alguma outra colega fazia alguma coisa diferente.” (E2).

À luz da interpretação teórica, vários estudos têm evidenciado que o apoio organizacional e institucional desempenha um papel central no desenvolvimento de CI, tanto pela pluralidade cultural dos seus profissionais como pela diversidade dos utentes. Isto exige que as instâncias saibam prestar serviços culturalmente competentes, ou seja, funcionar como organismos multiculturais e ainda apoiar e desenvolver a formação dos seus profissionais em contextos de diversidade cultural. Defendem ainda que um sistema culturalmente competente é aquele que valoriza a diversidade, reconhece e incorpora em todos os seus níveis a importância da cultura, a avaliação de relações interculturais, atende-se à dinâmica que resulta de diferenças culturais, expande o seu conhecimento cultural e adapta os serviços para atender às necessidades culturais específicas (Bersani et al., 2022).

Muitas das referências dos entrevistados foram precisamente o apoio por parte da ULS Lezíria no confronto com a diversidade e até especificaram a grande necessidade de haver *formações sobre a diversidade (e)*, tal como é referido pela maioria dos inquiridos, e que ajudaria a aumentar a capacidade do próprio profissional para promover a *advocacia cultural*, ou como E2 refere “empowerment da saúde”.

“Nós temos uma grande diversidade cultural e que se calhar tem tendência a aumentar. Nós temos que tentar aqui fazer formações, eu acho que isso é muito importante e batalho muito nisso, mas se calhar acaba por ser às vezes um tema que ou não se vê muito nas formações que vão ocorrendo ou se calhar não nos interessamos, nós temos interesse e percebemos que faz falta, mas se calhar passa-nos um bocadinho ao lado. Falo por mim, culturas, então agora se calhar é mais importante ir fazer de intervenção social” (E6).

4.4 – Competências Interculturais: Forças e Fragilidades

As CI no contexto do Serviço Social hospitalar configuram um processo evolutivo de constante adaptação aos desafios da sociedade e às dinâmicas institucionais. A análise dos dados recolhidos revela um conjunto de competências sólidas já presente na prática diária, enquanto evidencia outras que, apesar do seu igual potencial, requerem uma maior atenção e desenvolvimento.

As forças representam as CI que se mostram mais desenvolvidas e frequentemente mobilizadas pelos assistentes sociais, contribuindo de forma positiva e proativa para a sua intervenção.

Deste modo, a *curiosidade* e *descoberta* aliadas à *abertura*, surgiram como CI fortes. Os entrevistados revelam que o contacto com os utentes de diferentes culturas desperta um desejo genuíno de compreender as suas práticas, valores e formas de vida. Esta atitude motiva-os a ter uma postura recetiva e flexível, essencial para inicial o processo de aprendizagem intercultural, pois fomenta a disposição para refletir sobre o outro e sair da sua própria zona de conforto, tal como se prevê no modelo de CI de Deardorff (2006). Esta predisposição não se limita a um primeiro impulso de interesse, mas articula-se com o desenvolvimento de conhecimento e consciência cultural, já que compreender o outro implica recolher informações sobre as crenças, valores, normas, práticas histórias, entre outros aspetos.

É precisamente neste ponto que se destaca as competências de *resolução de conflitos*, *adaptabilidade* e *flexibilidade* e o *esforço de evitar preconceitos*. Ao compreenderem as diferenças e semelhanças culturais, bem como o impacto que estas têm nas relações, o assistente social encontra recursos internos para lidar com tensões, negociar significados ou resolver mal-entendidos. Do mesmo modo, a *adaptabilidade* e *flexibilidade* surgem como respostas práticas a contextos de ambiguidade permitindo ajustar a intervenção. Finalmente, o *evitar preconceitos* não significa para os entrevistados negar a sua presença, mas desenvolver estratégias para neutralizar pensamentos inconscientes e automáticos, garantido que cada intervenção é abordada de forma individual e sem generalizações.

A análise das entrevistas evidencia que a valorização da diversidade emerge como uma das forças mais consolidadas entre os assistentes sociais hospitalares.

Esta competência não se limita a uma postura de tolerância, mas traduz-se na perceção da diversidade como um valor acrescentado para a prática profissional e para a humanização do cuidado. O facto de as inquiridas associarem a interação com utentes culturalmente diversos a uma intervenção curiosa e motivadora, reflete no interesse de

aprendizagem contínua, de evolução interna e de mudança tanto da perspetiva pessoal, como da profissional. Estudos recentes também identificaram a valorização da diversidade como um ponto fundamental das CI, uma vez que reconhecer a diversidade como um recurso e não como um obstáculo, promove o crescimento profissional e a qualidade da intervenção junto dos utentes (Al Khateeb & Hassan, 2023).

Outro ponto central nas forças é a competência *articular em rede (e)*. Os dados evidenciam que as assistentes sociais associam o sucesso da intervenção ao trabalho colaborativo com colegas, equipas multidisciplinares e parceiros da comunidade. Esta perspetiva reforça a noção de que a CI pode ser entendida como um esforço individual, mas exige práticas coletivas e dinâmicas de cooperação e em rede. A revisão de literatura confirma que a colaboração interprofissional entre assistentes sociais e outros profissionais de saúde potencia ganhos significativos em equidade, acesso e qualidade dos cuidados prestados (Noel et al., 2022).

A *sensibilidade cultural*, expressa através de *práticas de autorreflexão, reconhecimento de preconceitos e esforço para evitar julgamentos*, constitui outra competência bastante desenvolvida. Ao admitirem que o preconceito é algo inevitável, mas que pode ser conscientemente controlado e transformado, os profissionais revelam maturidade intercultural.

Apesar das forças evidenciadas, a análise das entrevistas também revelou fragilidades que merecem atenção.

Uma das fragilidades emergentes prende-se com a *autoconfiança*, destacadas pelas entrevistadas como um desafio recorrente. A falta de autoconfiança representa insegurança no profissional ao intervir em situações complexas junto destes utentes.

“(…) é efetivamente algo que me assusta, se calhar não é bem o termo, mas no fundo acaba por ser um bocadinho, que é o facto de sabermos que no serviço de urgência vai aparecer tudo” (E6)

Esta limitação está frequentemente associada à perceção de ausência de apoio institucional ou de formação especializada para lidar com a população diversificada, o que reforça a ideia de que a autoconfiança não é apenas um traço individual, mas uma competência que exige suporte contínuo para que os profissionais consigam construir relações seguras e eficazes.

“A formação é muito importante nessa área. É muito importante nessa área. Eu acho. Porque eu sinto-me que eu não sei nada. Ainda não sei nada...Ainda não sabemos nada (...). Eu acho muito importante, tem que haver formação porque nós sentimo-nos desajustadas” (E8).

Os profissionais identificaram a *insuficiência de recursos*, de medidas e de práticas institucionais que garantam condições adequadas para uma intervenção culturalmente competente. A ausência de mecanismos como intérpretes, mediadores culturais coloca maior carga sobre os profissionais que acabam por depender apenas da sua iniciativa individual. Esta realidade alinha-se com os dados revelados pelo estudo de Ziegler et al., (2022).

A necessidade de formações sobre diversidade cultural foi outra fragilidade fortemente sublinha. As entrevistadas reconhecem a importância de ampliar os seus conhecimentos para além as experiências práticas, referindo que as oportunidades nesta área de intervenção são urgentes, mas escassas ou inexistentes. A ausência de formação compromete a capacidade de atualização e de aprofundamento de práticas sensíveis à diversidade.

Tal como Osborn & Karandikar, (2023) referem, as formações promovidas pela instituição sobre diversidade e CI estão diretamente associadas a uma melhoria no atendimento e na satisfação dos utentes além de fortalecerem a autoconfiança dos profissionais nas suas próprias intervenções. Para além disso, é uma forma de colmatar barreiras no acesso da população culturalmente diversa aos serviços de saúde.

Por fim, surgiu também a fragilidade ligada ao *uso de ferramentas tecnológicas*. Embora as assistentes sociais referissem recorrer a instrumentos digitais, a sua utilização é bastante limitada restringindo-se muitas das vezes à aplicação *Google Tradutor*, o que se torna insuficiente para lidar com determinadas complexidades da comunicação intercultural. A ausência de competências digitais mais avançadas compromete a eficácia na relação, pode gerar mal-entendidos, dada a falha de traduções corretas, especialmente em situações clínicas que a precisão é essencial.

Estes dados vão ao encontro do estudo realizado por Genovese et al., (2024), que comprova que existe limitações e erros com o uso de determinadas aplicações de inteligência artificial. Contudo, o estudo de Whitehead et al. (2023), reforça que o uso correto das ferramentas digitais na saúde é uma estratégia poderosa e um facilitador fundamental.

Os resultados das assistentes sociais vão na linha de Whitehead et al. (2023), pois dão importância à literacia digital aplicada à mediação intercultural na saúde, destacando que a tecnologia, quando bem utilizada pode reduzir o maior dos obstáculos: barreiras linguísticas e comunicacionais.

Assim, a análise das fragilidades revela um quadro em que as competências dos assistentes sociais hospitalares não dependem apenas do esforço individual, mas

sobretudo do suporte organizacional, da oferta de formações internas específicas, interessantes e práticas e de promoção de novas ferramentas tecnológicas adequadas à intervenção social imediata e eficaz. As entrevistadas revelam falta de autoconfiança na intervenção com a população culturalmente diversa, o que parece refletir não apenas na ausência de formações e estratégias de apoio institucional, mas também a componente individual de cada profissional, marcada pelas suas experiências, inseguranças, perceções face à diferença cultural.

4.5 – Serviço Social na saúde em contexto de diversidade

A prática do Serviço Social em contexto hospitalar, mais do que um conjunto de tarefas, é uma missão alicerçada em princípios éticos. Esta identidade profissional é definida por um dos entrevistados (E8):

“ser assistente social é ter a capacidade de afirmação das questões éticas na defesa de direitos sociais, pela qualidade dos serviços prestados aos sujeitos que necessitam de cuidados de saúde e que, por uma situação de doença, se encontram mais vulneráveis. É trabalhar em prol da sociedade e dos sujeitos. Este é o papel da assistente social num mundo cada vez mais cercado por relações instáveis, imbuído pela atual crise económica, social e política, mais que o trabalho é uma missão” (E8).

Embora não tenham sido questionadas diretamente sobre as suas funções e orientações de intervenção com população culturalmente diversa, o discurso revela uma prática profissional coerente e alinhada com estas dimensões que se interligam de uma forma indissociável.

A função de *identificar e analisar os problemas e necessidades de apoio social* (E8), elaborando o respetivo diagnóstico social, constitui um exemplo desta fusão. O diagnóstico social, não é apenas um ato burocrático, mas uma fase central de qualquer procedimento. É a materialização da orientação de compreender os desafios que condicionam o acesso aos serviços de saúde.

Este processo é executado através da lente da *abordagem interseccional* (E2; E3; E4), que visa captar as múltiplas dimensões e especificidades da pessoa culturalmente diversa. Esta abordagem alinha-se com o quadro de competência cultural de (Betancourt et al., 2003), que defende que as barreiras socioculturais aos cuidados de saúde ocorrem em múltiplos níveis interdependentes. Um exemplo prático é o caso relatado por uma entrevistada:

“Tive uma situação de um jovem que era de Moçambique, com esquizofrenia, que não foi tratado e depois não tinha para onde ir. Estive quase um ano, (...) Mas meses e meses, era um jovem de 30 e poucos anos com as portas fechadas e fechado na psiquiatria por

não ter para onde ir (..) ele queria depois regressar ao país, só que as portas se fecharam de todo o lado, porque um bilhete para Moçambique ainda é um bilhete caro. (...) recorri a todos os serviços e mais alguns serviços de apoio aos imigrantes. E nós conseguimos! (fazer com que fosse para Moçambique)” (E1).

O diagnóstico não se limitou à condição clínica, mas implicou a análise interseccional que identificou a confluência da doença mental, o isolamento social por ausência de retaguarda familiar, o desejo do utente em querer regressar ao país de origem e a barreira económica que o impedia de fazer. Desta forma, a avaliação do diagnóstico social foi executado através da compreensão aprofundada dos múltiplos e interligados desafios que o utente enfrentava.

Uma vez estabelecido o diagnóstico social, a função de *acompanhar e prestar apoio psicossocial* (E3; E8) é inteiramente guiada pela orientação de *promover a individualização e garantir um ambiente seguro e de confiança* (E2; E5; E8). A recusa de tal como um entrevistado referiu “fazer chapa cinco” (E4), e o esforço consciente para não generalizar situações e pessoas a partir de experiências negativas anteriores, são a aplicação direta da orientação da individualização. Para chegar até ao utente as entrevistadas referiram ser necessário conquistar a confiança, uma resposta à desconfiança e ao medo que os profissionais identificaram nos utentes.

A função de *assegurar a continuidade dos cuidados sociais em articulação com os parceiros da comunidade* (E7; E8), vai ao encontro com a orientação de *incentivar o trabalho em equipa* (E2; E5; E8). A complexidade das situações exige que o assistente social integre diferentes saberes e competências e isso acontece quando articula com a equipa multidisciplinar intra e/ou interprofissional, levando ao sucesso das intervenções com base num esforço coletivo e em rede. Esta necessidade de articulação com outros elementos externos é reforçado no estudo de (Svård & Sernbo, 2023), que descreve que o sucesso das intervenções, depende do esforço coletivo.

Por fim, a função de participar na promoção de políticas de intervenção social e a defesa dos direitos dos utentes (E5; E8), está intrinsecamente ligada à orientação de promover políticas justas e inclusivas através da advocacia (E2; E5; E8), bem como, de encontrar um equilíbrio entre utentes, profissional e instituição (E7; E8).

Destaca-se por exemplo a nível micro, quando o profissional se foca na promoção e defesa intransigente dos direitos dos utentes aos cuidados de saúde. Os profissionais assumem-se como “guardiões dos Direitos Humanos”, sendo que, esta função torna-se visível em ações concretas de defesa quando por exemplo promove o acesso à informação:

“Como assistente social, é ajudar a pessoa a ultrapassar estas barreiras, seja com apoio à informação e uma abordagem centrada na pessoa, na dignidade da pessoa” (E2).

A nível meso, que corresponde à esfera institucional e organizacional, a advocacia traduz-se na tentativa de influenciar o próprio hospital a adotar medidas mais inclusivas. Embora os profissionais sintam que o apoio é limitado, as entrevistas revelam a existência de algumas praticas que resultam desta influência e necessidade interna. Um exemplo concreto é a criação de uma bolsa composta por profissionais que falem diversas línguas e que são mobilizados para facilitar a comunicação entre a equipa de saúde e o utente culturalmente diversificado. Outra medida, é adaptar a alimentação e dieta com base nas crenças religiosas (E3; E7), ou também, considerar em determinadas situações a presença de um guia espiritual (E2).

A nível macro, a advocacia transcende os casos individuais, manifestando-se um apelo geral por mudanças mais profundas. Apesar dos assistentes sociais terem identificado lacunas referiram não refletirem verdadeiramente sobre as mesmas, até ao momento da entrevista. Ou seja, não mobilizaram práticas para lutar por mudanças, apenas levantaram a necessidade de formações, disponibilização de recursos essenciais e práticos como os mediadores culturais ou intérpretes, e pelo desejo de contribuir ativamente para que o hospital de torne num espaço mais inclusivo. (E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8).

CONCLUSÕES

De acordo com o modelo de competências interculturais utilizado nesta investigação (Deardorff (2006), sintetizado por Spitzberg & Changnon (2009)), a progressão ideal segue uma sequência cíclica desde atitudes ao conhecimento, passando pelo resultado interno culminando no resultado externo.

Posto isto, a conclusão mais significativa da investigação manifesta-se no paradoxo que responde diretamente à problemática central: “estão os assistentes sociais capacitados em termos de CI para o confronto com a diversidade cultural?”. As entrevistas revelaram que, por um lado, no *Resultado Interno Desejado*, as assistentes sociais demonstram competências sólidas, pelo que, não só conseguem identificar como mobilizar CI, refletindo-se em forças como: abertura, curiosidade e o desejo cultural, adaptabilidade, flexibilidade e um esforço consciente para evitar julgamentos. Por outro lado, a aplicação das competências ao nível externo enfrenta desafios, configurando uma rutura no ciclo de desenvolvimento das CI. Ou seja, as entrevistas revelaram uma rutura transicional entre o resultado interno e o externo, demonstrando que a consolidação plena do ciclo das CI não depende exclusivamente de um processo individual, como depende fortemente das condições institucionais e organizacionais.

A consequência desta rutura transicional na fase final do ciclo das CI reflete-se nas funções práticas mobilizadas pelas assistentes sociais na saúde, que se ajustam para responder aos desafios da diversidade cultural e fragilidades do contexto organizacional. Consequentemente, as assistentes sociais por necessidade adotam uma intervenção predominantemente reativa, ou seja, no confronto com a diversidade procuram responder a situações críticas e desafiantes do quotidiano, num processo marcado pela adaptação, pela tentativa e erro e pela compensação das lacunas existentes em diferentes níveis. Este modelo de atuação revela um desenvolvimento de competências que emerge da prática e da experiência direta, demonstrando a capacidade resiliente das assistentes sociais em assegurar a continuidade da intervenção culturalmente sensível, ainda que num quadro organizacional limitado.

Em primeiro lugar, o diagnóstico social evolui para uma abordagem interseccional detalhada, considerando múltiplas barreiras e determinantes que condicionam os utentes culturalmente diversos no acesso aos cuidados de saúde. Esta abordagem é exigida para compensar a simplificação estrutural do sistema face à complexa teia de barreiras enfrentadas pelos utentes, sendo o constrangimento linguístico e comunicacional o obstáculo mais recorrente e difícil. O diagnóstico precisa ainda de detalhar, analisar e ultrapassar a confluência de múltiplos determinantes

interdependentes de natureza estrutural, individual e social (dificuldade na inscrição no RNU, processos burocráticos longos, não estarem regularizados, baixos rendimentos, precariedade laboral, desconfiança, medo, baixa literacia na saúde, entre outros).

Em segundo, a articulação intensiva em rede, tanto intra-hospitalar – que envolve outros elementos das equipas multidisciplinares, como extra-hospitalar – incluindo os parceiros da comunidade, surge como estratégia essencial para compensar as insuficiências do contexto organizacional, nomeadamente a limitação de respostas e a escassez de recursos especializados.

Por último, o uso do *Google Tradutor* ilustra a natureza reativa da intervenção, marcado pela dependência de ferramentas tecnológicas limitadas, acionadas apenas como solução de emergência face às barreiras linguísticas e comunicacionais.

Partindo da premissa da necessidade de se transitar de um modelo reativo para um modelo proativo, evidencia-se a urgência de elaborar linhas orientadoras que fortaleçam uma prática do Serviço Social na saúde capaz de responder de uma forma estruturada à diversidade cultural. Assim, a investigação concluiu que a consolidação de um modelo de competência intercultural deve de assentar em três pilares estratégicos e interdependentes. O primeiro, refere-se à implementação de um plano de formação contínua e especializada, adaptada às realidades concretas dos serviços de saúde. Tal plano deverá articular o conhecimento teórico com a prática profissional, permitindo que as assistentes sociais e outros profissionais desenvolvam autoconfiança, reflexividade crítica e capacidade de ação informada perante a diversidade cultural, promovendo a constante renovação do ciclo de CI a nível interno e externo. O segundo pilar, corresponde à necessidade de alocação de recursos humanos especializados, como intérpretes, mediadores culturais ou facilitadores interculturais. Estes profissionais constituem uma fonte essencial entre os utentes e os serviços, promovendo a equidade no acesso, a clareza comunicacional e a eficácia da intervenção. O terceiro pilar, refere-se à modernização e capacitação digital das instituições, com o uso de ferramentas tecnológicas seguras, validadas, éticas e eficientes, incluídas soluções baseadas em inteligência artificial, destinadas a otimizar os processos de comunicação intercultural e de gestão de informação em contextos multiculturais. Esta modernização implica, de forma indissociável, a igual formação contínua dos profissionais, de modo a garantir um uso competente e culturalmente informado dessas tecnologias.

A integração destes três eixos deve ser compreendida como parte de uma estratégia organizacional abrangente, que reconheça verdadeiramente a diversidade cultural como dimensão estruturante da qualidade dos cuidados de saúde e da

intervenção social. Deve ser com base num modelo não reativo, mas sim proativo, que não dependa apenas da ação individual, mas do comprometimento institucional em criar condições que sustentem práticas inclusivas, éticas e culturalmente sensíveis.

Em última análise, esta dissertação argumenta que a competência intercultural não pode continuar a ser um atributo dependente do esforço e da resiliência isolada dos profissionais. O que a análise demonstra é a urgência de uma mudança de paradigma: a responsabilidade pela promoção de uma prática culturalmente sensível deve ser deslocada do indivíduo para a organização. Sem um compromisso institucional claro, materializado em formação, recursos e políticas ativas, a equidade no acesso à saúde continuará a ser uma meta adiada, em vez de um direito efetivo.

Nesse sentido, a contribuição deste estudo abre caminho para futuras investigações. O próximo passo lógico é, portanto, aprofundar o estudo das dinâmicas institucionais, explorando não apenas como as estruturas atuais limitam a prática, mas, sobretudo, desenvolvendo modelos de competência intercultural organizacional que transformem as instituições de saúde em espaços genuinamente inclusivos, éticos e eficazes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Khateeb, A., & Hassan, M. (2023). Initiating Intercultural Communicative Competence through Telecollaboration: A Case of Language-Exchange Classrooms of Arabic and English. *Journal of Ethnic and Cultural Studies*, 10(4), 175–192.
- Aladova, L. (2019). *Acesso à Saúde Pública - principais dificuldades na perspectiva dos imigrantes em Portugal* [Dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE.
- Amiri, R., Heydari, A., Dehghan-Nayeri, N., Vedadhir, A. A., & Kareshki, H. (2015). Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. *Global journal of health science*, 8(7), 203–211.
- Associação dos Profissionais de Serviço Social. (2018). *Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal*.
- Augusta Grou Moita, M., & Leite da Silva, A. (2016). Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 72–88.
- Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., & Taylor-Ritzler, T. (2009). Cultural competence: Development of a conceptual framework. Em *Disability and Rehabilitation* (Vol. 31, Número 14, pp. 1153–1160).
- Bastos, M. (2014). *A Competência de Comunicação Intercultural: olhares sobre a natureza do conceito e suas dinâmicas de desenvolvimento* (Cadernos do LALE – série reflexões 6, Ed.; 1.ª ed).
- Bersani, A., Nobre, A., Macedo, L., & Carvalho, L. (2022, Abril 1). Sensibilidade, competência e humildade cultural no cuidado em saúde. *Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 1*, 1, 62–71.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003, Agosto). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118, 293–302.

- Bracons, H. (2020). Comunicação intercultural nos cuidados de saúde. Uma abordagem exploratória da interação entre assistentes sociais e doentes imigrantes. *Comunicação pública*, 15(29), 1–12.
- Bracons, H., & Leiva, J. (2019). A relevância da interculturalidade para uma prática mais inclusiva em trabalho social. *Livro de atas do II Congresso Inter- nacional de Mediação Social: a Europa como espaço de diálogo intercultural e de mediação*, 82–91.
- Campinha-Bacote, J. (2002, Julho). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184.
- Castro, L. (2012). *O estudo social: um processo capaz de viabilizar direitos?* [Tese de doutoramento]. Universidade Estadual Paulista.
- Deardorff, D. K. (2006). Identification and assessment of intercultural competence as a student outcome of internationalization. *Journal of Studies in International Education*, 10(3), 241–266.
- Deardorff, D. K. (2009). *The SAGE Handbook of Intercultural Competence* (SAGE Publications, Ed.). SAGE Publications, Inc.
- Devakumar, D., Shannon, G., Bhopal, S., & Abubakar, I. (2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. Em *The Lancet Public Health* (Vol. 5, Número 5, p. 1194). Elsevier Ltd.
- Dias, S., Gama, A., Silva, A., Cargaleiro, H., Rosário Horta, Lemos, M., & Oliveira, M. do R. (2018). *Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes: Vol. 1.ª ed.* (I. P. (ACM, I. P. Alto Comissariado para as Migrações, Ed.). Observatório das Migrações (OM).
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). Migração e Saúde. *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, 1, 15–26.
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*.

- Duarte, A., Anti-Discriminação VIH, & Ser +. (2024). *Acesso à saúde por imigrantes com infeção VIH em Portugal*. SER+ Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida.
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). (2015). *Acesso a cuidados de saúde por imigrantes*.
- Fernandes, P., Costa, F., & Mouraz, A. (2018). *A diversidade como oportunidade - contributos teóricos e práticos* (Centro de Investigação e Intervenção Educativas (CIIE) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (FPCE) da Universidade do Porto (UP), Ed.; pp. 1–161).
- Genovese, A., Borna, S., Gomez-Cabello, C. A., Haider, S. A., Prabha, S., Forte, A. J., & Veenstra, B. R. (2024). Artificial intelligence in clinical settings: a systematic review of its role in language translation and interpretation. *Annals of Translational Medicine*, 12(6), 117–117. <https://doi.org/10.21037/atm-24-162>
- Gil Estevan, M. D., & Solano Ruíz, M. del C. (2017). Application of the cultural competence model in the experience of care in nursing professionals Primary Care. *Atencion Primaria*, 49(9), 549–556.
- Gonçalves, M., & Matos, M. (2016). Cultural competence in intervention with immigrants: A comparative analysis between health professionals, social workers and police officers. *Acta Medica Portuguesa*, 29(10), 629–638.
- Gouveia, E. A. H., Silva, R. de O., & Pessoa, B. H. S. (2019). Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1 suppl 1), 82–90.
- Granada, D., Carreno, I., Ramos, N., & Ramos, M. da C. P. (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface: Communication, Health, Education*, 21(61), 285–296.
- Guadalupe, S., Matos Gonçalves, M. de J., Fonseca, P., Furtado Silva, A. M. F., & Ávila, O. (2020). Assistentes sociais no sistema de saúde em Portugal: uma análise dos rácios. *Emancipação*, 20, 1–22.
- Health at a Glance 2023*. (2023). OECD Publishing.

- Heyman, J. C., & Congress, E. P. (2018). *Health and Social Work - practice, policy, and research* (Vol. 1). Springer Publishing Company, LLC.
- Hunter, B., White, G. P., & Godbey, G. C. (2006). What does it mean to be globally competent? *Journal of Studies in International Education*, 10(3), 267–285.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023). Estatísticas Demográficas 2022 População Residente em Portugal Aumenta em Resultado de um Crescimento Migratório Positivo. INE.
- Kullamaa, L., & Reile, R. (2023). Socio-demographic and regional differences in unmet healthcare needs among migrants in Europe. *PLoS ONE*, 18(5), 1–14.
- Martínez, M. F., Martínez, J., & Calzado, V. (2006). The cultural competence and the human diversity on the social intervention and the provision of services. *Intervención Psicosocial*, 15(3), 331–350.
- Noel, L., Chen, Q., Petruzzi, L. J., Phillips, F., Garay, R., Valdez, C., Aranda, M. P., & Jones, B. (2022). Interprofessional collaboration between social workers and community health workers to address health and mental health in the United States: A systematised review. *Health and Social Care in the Community*, 30(6), 1–21.
- Oliveira, C., & Gomes, N. (2018). Migrações e Saúde em números: o caso português. Em *Caderno Estatístico Temático, coleção Imigração em Números do Observatório das Migrações* (1.^a). Observatório das Migrações.
- Oliveira, C. R. (2023). *Indicadores de Integração de Imigrantes - Relatório Estatístico Anual* (Observatório das Migrações & Alto Comissariado para as Migrações, Eds.; 1^a ed.). Observatório das Migrações.
- Osborn, P. R., & Karandikar, S. (2023). Practice-based knowledge perspectives of cultural competence in social work. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, 32(6), 285–297.
- Padilla, B., Hernández-Plaza, S., De Freitas, C., Masanet, É., Santinho, C., & Ortiz, A. (2013). Cidadania e diversidade em saúde: necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados. *Saúde e Tecnologia*, 57–64.

- Pinho, A. P. M., & Moreira da Silva, C. R. (2025). Abordagem cognitivo-reflexiva na pesquisa qualitativa: estratégia para a prática de entrevista semiestruturada. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 13(34), 314–334.
- Projeto INCA. (2004). *Intercultural competence assesement (INCA)*.
- Quivy, R., & Campenhoutdt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva. (L. Gravidia Publicações, Ed.; Trajetos). 2.^a ed.
- Ramos, M. N. P. (2012). Comunicação em saúde e interculturalidade - perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECIIS*, 6(4).
- Ramos, M. N. P. (2020). Desafios globais contemporâneos da comunicação e da saúde das Populações migrantes e refugiados. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, 39, 39–49.
- Ramos, N. (2014). *Conflitos interculturais no espaço europeu*.
- Rangel, M., & Ramos, N. (2017). *Comunicação e Saúde -perspectivas contemporâneas* (Edufba, Ed.).
- Raposo, V. L., & Violante, T. (2021). Access to Health Care by Migrants with Precarious Status During a Health Crisis: Some Insights from Portugal. *Human Rights Review*, 22(4), 459–482.
- Rubin, Allen., & Babbie, E. R. . (2011). *Research methods for social work*. Brooks/Cole Cengage.
- Silva, D. S. A., Macedo, F., & Quintal, D. (2022a). Medicina sem fronteiras: os desafios da população imigrante. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(3), 315–321.
- Silva, D. S. A., Macedo, F., & Quintal, D. (2022b). Medicina sem fronteiras: os desafios da população imigrante. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(3), 315–321.
- Spitzberg, B., & Changnon, G. (2009). *Conceptualizing intercultural competence* (pp. 1–52).
- Sustelo, M. (2019). *Principais obstáculos e desafios à intervenção do Assistente Social no serviço de urgência geral* [Dissertação de Mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE-IUL

- Svärd, V., & Sernbo, E. (2023). Health social work with migrants: Constructing a specialist profession. *International Social Work*, 66(6), 1655–1668.
- Tulloch, O., Machingura, F., & Melamed, C. (2017). *Migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development - Health, migration and the 2030 agenda for sustainable development* (pp. 27–38).
- Tulloch, O., & Melamed, C. (2016). *Health, migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- UNESCO. (2001). *Records of the general conference - Resolutions* (S. and C. O. United Nations Educational, Ed.; Vol. 1).
- Valles, M. S. (sem data). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social Reflexión metodológica y práctica profesional Este material se utiliza con fines exclusivamente didácticos*.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação - o processo de construção do conhecimento* (Manuel Robalo, Ed.; Edições Sílabo, Lda, Vol. 3).
- Violeta, A., Pedro, C., Júlia, N., Sónia, P., & Fernando Luís, M. (2023). *Equidade em saúde em tempos de pandemia: saúde mental e bem-estar de brasileiros e cabo-verdianos em Portugal* (I. P. (ACM, I. P. Alto Comissariado para as Migrações, Ed.; Número 1). Observatório das Migrações. www.om.acm.gov.pt
- Whitehead, L., Talevski, J., Fatehi, F., & Beauchamp, A. (2023). Barriers to and Facilitators of Digital Health Among Culturally and Linguistically Diverse Populations: Qualitative Systematic Review. Em *Journal of Medical Internet Research* (Vol. 25). JMIR Publications Inc.
- Ziegler, S., Michaëlis, C., & Sørensen, J. (2022). Diversity Competence in Healthcare: Experts' Views on the Most Important Skills in Caring for Migrant and Minority Patients. *Societies*, 12(2).

ANEXO I

Guião de Perguntas

No âmbito da Dissertação no Mestrado em Serviço Social no Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), pretende-se compreender a intervenção dos assistentes sociais em contexto hospitalar e as suas competências culturais que mobilizam. Para tal, gostaria de contar com a sua preciosa colaboração no sentido de alcançar esses objetivos, comprometendo guardar total confidencialidade relativamente à identificação do entrevistado.

Parte I – Contexto Profissional

Experiência Profissional:

P.1 Pode descrever, de forma sucinta, o seu percurso profissional como assistente social?

Parte II: Desafios e Barreiras no Acesso à Saúde

Constrangimentos Económicos e Sociais:

P.2 Na sua opinião, de que forma é que os constrangimentos económicos e sociais afetam o acesso dos pacientes aos serviços de saúde?

Barreiras Linguísticas e de Comunicação:

P.3 De que maneira é que os desafios linguísticos e de comunicação da população culturalmente diversa condiciona a procura e uso dos serviços de saúde?

Diferenças Culturais e Estilos de Vida:

P.4 Encontrou desafios específicos relacionados a estilos de vida culturais variados? Se sim, como os abordou?

Parte III: Determinantes de Saúde

Determinantes Estruturais, Administrativas e Burocráticas

P.5 Que barreiras estruturais, administrativas e/ou burocráticas identificou que dificultam o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde?

Determinantes Individuais e Comportamentais:

P.6 Que barreiras individuais, como estilos, hábitos de vida ou comportamentos, identificou que dificultam o acesso aos cuidados de saúde?

Parte IV: Competências Interculturais

Dimensão - Atitudes e Motivação:

P.7 Como se sente ao trabalhar com pacientes de diferentes culturas?

P.8 Quais atitudes considera importantes ao interagir com pessoas de outras culturas?

Dimensão - Conhecimento e Compreensão:

Conhecimento cultural:

P.9 Como adquire conhecimento sobre as características culturais dos pacientes que intervém?

P.10 Que tipo de formação ou treino recebeu sobre competências interculturais

Consciência Cultural:

P.11 De que forma reconhecer e valorizar as diferenças culturais contribui para a intervenção?

P.12 Como identifica e lida com os seus próprios preconceitos culturais?

Ferramentas tecnológicas:

P.13 Que vantagens encontra na utilização da inteligência artificial/ ferramentas tecnológicas no confronto com a diversidade?

Habilidades:

P.14 Pode descrever uma intervenção bem-sucedida em que as suas habilidades foram determinantes?

Dimensão - Resultado Interno Desejado:

P.15 Como a interação com pacientes de diferentes culturas mudou a sua perspetiva pessoal e profissional?

P. 16 Que mudanças internas percebe em si mesmo ao longo do tempo ao lidar com a diversidade cultural?

Dimensão - Resultado Externo Desejado:

P.17 Como mede o sucesso das suas intervenções interculturais?

P.18 Pode partilhar uma experiência em que a advocacia cultural tenha sido fundamental para garantir um atendimento mais justo e respeitador da diversidade?

P.19 Como avalia o apoio organizacional e institucional no desenvolvimento de práticas interculturais?

Parte V: Desafios e Necessidades de Desenvolvimento

Necessidades de Desenvolvimento:

P. 20 Que competências interculturais acredita que ainda precisam ser desenvolvidas?

P.21 Que tipo de suporte ou formação adicional acha que seria útil para melhorar as suas competências interculturais?

P.22 Gostaria de partilhar alguma coisa que não tenha sido abordado?

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO II

Consentimento Informado

As Competências Interculturais e o Serviço Social Hospitalar

O presente estudo surge no âmbito da Dissertação de Mestrado em Serviço Social – *Competências Interculturais e o Serviço Social Hospitalar*.

O estudo tem como objeto as competências interculturais dos assistentes sociais que trabalham em hospitais, nomeadamente, no Serviço Social da ULS Lezíria.

O estudo é realizado por Maria Beatriz Pimentel Domingos, mbpds@iscte-iul.pt que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida, partilhar algum comentário ou exercer os seus direitos relativos ao tratamento dos seus dados pessoais. Poderá utilizar o contacto indicado para solicitar o acesso, a retificação, o apagamento ou a limitação do tratamento dos seus dados pessoais.

A sua participação no estudo, que será muito valorizada pois irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste em perceber o *modus operandi* do assistente social na aplicabilidade das competências interculturais, de forma a proporcionar aos indivíduos, que recorrem aos seus serviços, uma intervenção de qualidade e diversificada.

Pretende-se realizar uma entrevista semiestruturada com 19 questões, tendo a mesma uma duração de 45 minutos. A participação neste estudo é confidencial. Os seus dados pessoais serão sempre tratados por pessoal autorizado vinculado ao dever de sigilo e confidencialidade. O Iscte garante a utilização das técnicas, medidas organizativas e de segurança adequadas para proteger as informações pessoais. É exigido a todos os investigadores que mantenham os dados pessoais confidenciais.

Além de confidencial, a participação no estudo é estritamente voluntária: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação e retirar o consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação. A retirada de consentimento não afeta a legalidade dos tratamentos anteriormente efetuados com base no consentimento prestado. Os seus dados pessoais serão conservados durante o tempo necessário para análise dos mesmos, após o qual serão destruídos ou anonimizados, garantindo-se o seu anonimato nos resultados do estudo, apenas divulgados para efeitos estatísticos, de ensino, comunicação em encontros ou publicações científicas.

Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo.

O Iscte não divulga ou partilha com terceiros a informação relativa aos seus dados pessoais.

O Iscte tem um Encarregado de Proteção de Dados, contactável através do email dpo@iscte-iul.pt. Caso considere necessário tem ainda o direito de apresentar reclamação à autoridade de controlo competente – Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo/a investigador/a, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora. Aceito participar no estudo e consinto que os meus dados pessoais sejam utilizados de acordo com a informações que me foram disponibilizadas. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo.

Sim

☐

Não

☐

_____ (local),

____/____/____ (data)

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO III
Quadro Base
Perguntas (TOTAL 22)

Contexto Profissional				Experiência Profissional: P.1 Pode descrever, de forma sucinta, o seu percurso profissional como assistente social?
Conceito	Dimensão	Subdimensão	Indicadores	
Saúde	Condições de acesso	Barreiras no acesso	- Constrangimentos económicos e sociais dificuldades linguística e comunicacionais, entre outros.	Parte II: Desafios e Barreiras no Acesso à Saúde Constrangimentos Económicos e Sociais: P.2 Na sua opinião, de que forma é que os constrangimentos económicos e sociais afetam o acesso dos pacientes aos serviços de saúde? Barreiras Linguísticas e de Comunicação: P.3 De que maneira é que os desafios linguísticos e de comunicação da população culturalmente diversa condiciona a procura e uso dos serviços de saúde?

				Diferenças Culturais e Estilos de Vida: P.4 Encontrou desafios específicos relacionados a estilos de vida culturais variados? Se sim, como os abordou?
		Necessidades Médicas Assistidas	- Satisfação dos cuidados de saúde; falhas no sistema; valor da consulta; “lista de espera”	
		Fatores de Risco	- Doenças crónicas, transmissíveis, problemas no foro da saúde mental, oral, visual sexual produtiva.	
	Determinantes de Saúde	Estruturais	- Fatores de natureza legal e institucional como leis, medidas, natureza administrativa, como processos burocráticos, procedimentos administrativos complexos	Parte III: Determinantes de Saúde Determinantes Estruturais, Administrativas e Burocráticas P.5 Que barreiras estruturais, administrativas e/ou burocráticas identificou que dificultam o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde?
		Sociais	- Desemprego, baixas remunerações, privação habitacional, económica, social; exclusão social, privação material etc	

		Individuais	- Estilos/ hábitos de vida, fatores biológicos, naturais, ambientais, características sociodemográficas	Determinantes Individuais e Comportamentais: P.6 Que barreiras individuais, como estilos, hábitos de vida ou comportamentos, identificou que dificultam o acesso aos cuidados de saúde?
Diversidade	Serviço Social na Saúde	Competências Interculturais	Atitudes e Motivação; Conhecimento e Compreensão; Resultado Interno Desejado; Resultado Externo Desejado;	Parte IV: Competências Interculturais Dimensão - Atitudes e Motivação: P.7 Como se sente ao trabalhar com pacientes de diferentes culturas? P.8 Quais atitudes considera importantes ao interagir com pessoas de outras culturas? Dimensão - Conhecimento e Compreensão: Conhecimento cultural: P.9 Como adquire conhecimento sobre as características culturais dos pacientes que intervém? P.10 Que tipo de formação ou treino recebeu sobre competências interculturais

				Consciência Cultural: P.11 De que forma reconhecer e valorizar as diferenças culturais contribui para a intervenção? P.12 Como identifica e lida com os seus próprios preconceitos culturais? Ferramentas tecnológicas: P.13 Que vantagens encontra na utilização da inteligência artificial/ ferramentas tecnológicas no confronto com a diversidade? Habilidades: P.14 Pode descrever uma intervenção bem-sucedida em que as suas habilidades foram determinantes? Dimensão - Resultado Interno Desejado: P.15 Como a interação com pacientes de diferentes culturas mudou a sua perspetiva pessoal e profissional? P. 16 Que mudanças internas percebe em si mesmo ao longo do tempo ao lidar com a diversidade cultural?
--	--	--	--	--

				Dimensão - Resultado Externo Desejado: P.17 Como mede o sucesso das suas intervenções interculturais? P.18 Pode partilhar uma experiência em que a advocacia cultural tenha sido fundamental para garantir um atendimento mais justo e respeitador da diversidade? P.19 Como avalia o apoio organizacional e institucional no desenvolvimento de práticas interculturais? Parte V: Desafios e Necessidades de Desenvolvimento Necessidades de Desenvolvimento: P. 20 Que competências interculturais acredita que ainda precisam ser desenvolvidas? P.21 Que tipo de suporte ou formação adicional acha que seria útil para melhorar as suas competências interculturais?
--	--	--	--	---

--	--	--	--

P.22 Gostaria de partilhar alguma coisa que não tenha sido abordado?