

ANUÁRIO 2025

Anual • Ano 9 • N.º 9 • 2025

# JORNAL ENFERMEIRO

CONTEXTOS, COMPETÊNCIAS E NECESSIDADES DA ENFERMAGEM

## Os atos de Enfermagem e assistência à população migrante

Com entrevista a Luís Filipe Barreira, Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

"É fundamental implementar estratégias que promovam a inclusão e assegurem as necessidades destas comunidades"



**Juntos por uma vida melhor**

Tratamento da Apneia do Sono  
Ventiloterapia  
Oxigenoterapia





# Juntos por uma vida melhor

TRATAMENTO DA APNEIA DO SONO VENTILOTERAPIA OXIGENOTERAPIA

Há 40 anos em Portugal, orgulhamo-nos de ter sido a primeira empresa a prestar serviços de Cuidados Respiratórios Domiciliários. Proporcionamos um serviço personalizado de qualidade e inovador, a pensar nas **necessidades específicas dos doentes**, para que possam **melhorar a sua adesão ao tratamento, os seus *outcomes* e, consequentemente, a sua qualidade de vida.**

[pt.vitalaire.com](http://pt.vitalaire.com)

LINHA DE CUIDADO  
AO PACIENTE

800 201 550

GRÁTIS | 365 DIAS | 24H/DIA

 **Air Liquide**  
HEALTHCARE

CMR-D-421/1

# Índice

4

Bastonário  
da Ordem dos  
Enfermeiros

7

José Hermínio  
Gomes

10

Belmiro  
Rocha

14

Dulce  
Ferreira

18

Susana  
Mineiro

22

Cláudia  
Simões e  
Eva Gonçalves

26

Miguel  
Teixeira

29

Débora  
Nogueira

33

Manuela  
Martins

38

Catarina  
Esteves Santos

41

Clara Rodrigues,  
Catarina Belo,  
Albino Alberto e  
Daniel Pousadas

44

Paulo  
Santos



## Luís Filipe Barreira, Bastonário da Ordem dos Enfermeiros A Enfermagem e a nova realidade dos imigrantes em Portugal

Vivemos uma época de alterações demográficas globais, marcadas por fenómenos migratórios muito expressivos. À semelhança de outros países europeus, Portugal tem assistido a um aumento significativo da imigração, que traz consigo uma enorme diversidade de línguas, culturas, experiências de vida

e necessidades em saúde. Esta realidade introduz alterações no perfil dos utentes e desafia a capacidade de resposta dos serviços de saúde, exigindo adaptação e inovação. A Enfermagem, pela sua natureza de proximidade com a comunidade, tem um papel relevante junto das populações

imigrantes. Os enfermeiros portugueses sempre acolheram, cuidaram e respeitaram todos os utentes, independentemente da sua origem, religião, língua ou estatuto. Com criatividade e resiliência, encontraram formas de comunicar e prestar cuidados, muitas vezes em contextos com poucos recursos e sem formação

## O respeito pelas diferenças não significa abdicar da evidência científica, mas sim integrá-la com sensibilidade e inteligência clínica

específica. Esta capacidade de adaptação é, há muito, uma das marcas da Enfermagem nacional e parte importante do seu património profissional. Contudo, esta realidade associada à imigração exige mais do que boa vontade e voluntarismo. Cuidar de imigrantes implica competências adicionais, tempo e recursos. O aumento da população imigrante a recorrer aos serviços de saúde é uma evidência. Em particular nos grandes centros urbanos, estas comunidades representam já uma parte significativa da população atendida.

É preciso sublinhar que garantir o acesso adequado dos imigrantes aos cuidados de saúde é essencial também para a salvaguarda da Saúde Pública. A ausência de acompanhamento adequado pode levar ao aumento de doenças transmissíveis e outras patologias que afetam não só aqueles indivíduos, mas também a comunidade em geral. Por isso, é fundamental

implementar políticas e estratégias que facilitem o acesso à saúde, promovam a inclusão e assegurem que as necessidades destas comunidades são atendidas de um modo eficiente. Esta nova composição populacional levanta questões éticas e práticas sobre a adequação da resposta dos serviços de saúde, a formação dos profissionais e a organização do sistema.

Entre os principais obstáculos enfrentados pelos imigrantes está o acesso aos cuidados. Muitos chegam aos serviços com a barreira da língua, desconhecimento dos seus direitos, dificuldades em compreender o funcionamento do sistema e situações de vulnerabilidade social. Estas dificuldades comprometem a eficácia das intervenções, atrasam o diagnóstico e o tratamento e aumentam os riscos associados à exclusão e ao agravamento de problemas que poderiam ser prevenidos.

A fragmentação da resposta contribui para a desigualdade e fere os princípios da equidade em saúde.

A comunicação é, neste contexto, uma das dificuldades mais relevantes. Sem uma linguagem comum e clara, é impossível recolher uma história clínica rigorosa, garantir consentimento informado, explicar um plano terapêutico ou tranquilizar alguém em situação de fragilidade. Uma comunicação eficaz é fundamental para estabelecer uma relação de confiança, promover a adesão terapêutica, prevenir erros e garantir cuidados seguros. Para ultrapassar estes problemas, é necessário recorrer a diferentes estratégias. O recurso a intérpretes, materiais informativos em diversas línguas, ferramentas digitais e técnicas de linguagem não verbal são instrumentos importantes. No entanto, o fator humano continua a ser decisivo. A sensibilidade do enfermeiro, no olhar, no tom de voz e nos gestos é muitas vezes o que permite criar empatia e responder de forma humanizada. Importa também compreender que as práticas culturais dos utentes influenciam a forma como percebem a saúde e a doença, como compreendem um diagnóstico, como aceitam um tratamento ou reagem a uma intervenção. O respeito pelas diferenças não significa abdicar da evidência científica, mas sim



integrá-la com sensibilidade e inteligência clínica. Adequar os cuidados aos valores, tradições e expectativas dos utentes não enfraquece a ciência, torna-a mais eficaz e centrada na pessoa. A cultura influencia não apenas a linguagem, mas também os hábitos alimentares, as crenças religiosas, os rituais associados à doença ou à morte, e as dinâmicas familiares que afetam o processo de cuidar. Conhecer e integrar estes elementos, sempre que seja seguro e adequado, é

**Independentemente da origem, cultura ou língua, a necessidade de ser escutado, compreendido e tratado com dignidade é igual**

essencial para uma prática de Enfermagem verdadeiramente centrada no utente. Ignorar estas dimensões é comprometer a qualidade dos cuidados e correr o risco de aumentar a exclusão. Este equilíbrio entre rigor clínico e sensibilidade cultural exige diálogo, flexibilidade e, por vezes, criatividade. Independentemente da origem, cultura ou língua de um indivíduo, a necessidade de ser escutado, compreendido e tratado com dignidade é igual. A empatia e a escuta ativa assumem-se, neste contexto, como competências essenciais. E tornam-se ainda mais relevantes quando se trata de alguém afastado do seu país, da sua rede de apoio e da sua zona de conforto.

A escuta ativa permite captar o que vai além das palavras, interpretar silêncios, acolher o sofrimento e dar-lhe um significado terapêutico. Em contextos culturalmente diversos, esta escuta pode ser mais exigente e mais

necessária. É através dela que se constrói confiança, evita-se a marginalização e promove-se uma verdadeira inclusão em saúde. Esta competência, muitas vezes invisível, é uma das bases da Enfermagem humanizada e da proximidade que sempre caracterizou a profissão. Para que esta resposta seja possível, os enfermeiros precisam mais do que motivação. Precisam de tempo, condições adequadas de exercício profissional, reconhecimento institucional e formação contínua.

A Enfermagem tem, neste domínio, um papel insubstituível. Os enfermeiros estão na linha da frente dos cuidados, são frequentemente o primeiro contacto com o sistema de saúde e os principais mediadores da relação com os utentes. Assumem esta responsabilidade com profissionalismo e humanidade. Mas não podem fazê-lo sozinhos. É necessário que o sistema reconheça este problema e garanta os meios para uma resposta eficaz, justa e inclusiva. A presença de imigrantes no sistema de saúde português não é uma tendência passageira, é uma realidade consolidada, que exige respostas estruturadas e sustentadas. Os enfermeiros, enquanto profissionais centrais no sistema de saúde, assumem o seu papel com responsabilidade e compromisso. Mas é imperativo que as instituições de saúde e os decisores políticos reconheçam este novo problema e garantam os recursos necessários. A Ordem dos Enfermeiros continuará, com firmeza, a defender os princípios da equidade no acesso, da dignidade na prestação de cuidados e da valorização de todos os que cuidam, sem exceções e sem fronteiras.



## “Tem sido uma preocupação adaptar os planos de saúde às várias práticas culturais”

José Hermínio Gomes, presidente do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária no mandato 2024-2027, explica como a Enfermagem está em constante adaptação e compromete-se em estudar para oferecer cuidados personalizados e de confiança às populações migrantes que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários.

### **Jornal Enfermeiro (JE) | Existe uma tendência crescente no número de migrantes a recorrer aos serviços de saúde em Portugal?**

**José Hermínio Gomes (JHG) |** Sim. Apercebi-me que, nas últimas décadas, temos verificado um crescimento de forma contínua da população migrante em Portugal. Este aumento reflete-se na maior utilização dos serviços de saúde, mas com especial foco nos Cuidados de Saúde Primários, devido à proximidade e falta de alternativas por razões económicas.

Este fenómeno traz o desafio de garantir que o Serviço Nacional de Saúde é inclusivo, permitindo o acesso destas populações e respondendo à diversidade cultural. E, para a Enfermagem, é um desafio vigiar estas populações.

### **JE | Enquanto docente na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposta numa formação culturalmente sensível?**

**JHG |** É uma questão que me sensibiliza enquanto docente de Enfermagem há 25 anos. É uma questão que tenho trabalhado na elaboração das propostas formativas.

Sensibilizar os profissionais de saúde para esta diversidade cultural é essencial para manter cuidados seguros, eficazes e éticos. E a Ordem dos Enfermeiros é sensível a estas práticas. Inclusive, percebemos que a formação em competências culturais permite compreender as práticas, ou seja: quanto mais formação tivermos nestas competências culturais, melhor são as práticas dos enfermeiros.

## **Sensibilizar os profissionais de saúde para esta diversidade cultural é essencial para manter cuidados seguros, eficazes e éticos**

Percebemos, também, que a prática de Enfermagem deve ser regulada por princípios de respeito por estas comunidades de migrantes com reconhecimento pela diferença de valores e cultura.

### **JE | Ultrapassar a barreira linguística facilita a adesão terapêutica e as orientações dadas aos doentes?**

**JHG |** Essa tem sido a grande dificuldade. Não só na comunicação com os doentes, mas também na documentação que os acompanha. Normalmente, não vem traduzida, tornando-se uma das barreiras à comunicação entre migrantes e enfermeiros. Existe um elemento importante no exercício das funções do enfermeiro: a confiança. O ideal seria termos intérpretes, mas não existem. A plasticidade dos enfermeiros para responder a esta necessidade acrescentada na procura dos cuidados de saúde tem sido um desafio, sobretudo quando não existe um entendimento claro. E sabemos que quando não há um entendimento claro, aumentam os erros clínicos, falhas na adesão terapêutica e leva à insatisfação dos cuidados prestados.

### **JE | São arrançadas soluções, mas como?**

**JHG |** O recurso que mais usamos nestas situações é a inteligência artificial, mas existem outras estratégias que podem ser incorporadas como materiais informativos traduzidos ou com recurso ao desenho. Estas ações credibilizam as informações aos migrantes, partilhando-a de forma simples e pouco científica para uma melhor compreensão. Existe, em simultâneo, a preocupação de criar empatia.

A superação destas barreiras melhora a relação terapêutica e a eficácia das orientações nos Cuidados de Enfermagem.

Os mais recentes estudos apontam para 14 mil enfermeiros em Portugal, sendo que cinco mil se encontram nos Cuidados de Saúde Primários. E esta deve ser uma prioridade na estratégia governativa: dotar estes profissionais do que é preciso para abordar as populações migrantes.

### **JE | Nos planos de saúde atribuídos, são consideradas as crenças do doente?**

**JHG |** Ao longo do tempo tenho visto esse esforço. Cada grupo possui diferentes culturas e, por sua vez, crenças próprias sobre a doença, a cura, a morte ou a gravidez, e estas crenças impactam a forma como os cuidados de saúde são recebidos. Tem sido uma preocupação adaptar os planos

## Há dois domínios que estão interligados entre si: a empatia e a escuta ativa. Se um migrante recorre aos cuidados de saúde e percebe esta relação, vai criar um vínculo de confiança com o enfermeiro, principalmente em contextos vulneráveis

de saúde às várias práticas culturais, porque contribui para um cuidado mais eficaz. No entanto, nem sempre é possível executar estas medidas. A verdade é que se trata de uma transformação rápida da sociedade para a qual ainda não temos a formação uniformizada neste aspeto.

A personalização dos cuidados é fundamental para promover confiança e, sobretudo, cooperação entre o doente e o Enfermeiro que lhe presta os serviços. Este é um processo adaptativo permanente e diferente de contexto para contexto.

### **JE | O ingrediente secreto para atingir o sucesso é a escuta ativa?**

**JHG |** Exatamente. Só se prestam bons cuidados de saúde com boa comunicação. E há dois domínios que estão interligados entre si: a empatia e a escuta ativa.

Tem sido uma preocupação nos planos formativos a comunicação eficaz com as comunidades e sabemos que a empatia permite o profissional de saúde colocar-se no lugar do outro. E isto permite reconhecer a perceção da mensagem, porque é importante que a pessoa que esteja à nossa frente nos compreenda.

E a escuta ativa facilita esta empatia. Se um migrante recorre aos cuidados de saúde e percebe esta relação, vai criar um vínculo de confiança com o enfermeiro, principalmente em contextos vulneráveis.

Este elemento é fundamental para percebermos as necessidades do migrante.

### **JE | Existe urgência em ultrapassar os desafios e encontrar soluções?**

**JHG |** Muitos dos desafios que temos são de cariz

organizacional, mas temos trabalhado muito para preparar os profissionais de saúde para esta realidade. No entanto, ainda não conseguimos atingir o que nos é exigido, porque temos de nos organizar para prestar esses cuidados.

Na necessidade de interpretação da língua, precisamos que a linguagem não seja uma barreira. Tem de ser uma preocupação dotar os serviços de materiais em que a tradução não seja uma barreira, disponibilizando-os permanentemente. Até porque estamos a caminhar cada vez mais para os telecuidados. Por outro lado, como especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, existe uma área que me preocupa: as doenças infecciosas. Algumas já tínhamos dado como eliminadas no contexto nacional e regressaram como questões epidemiológicas preocupantes. Percebemos que estas populações migrantes trazem este risco que exige uma vigilância destas comunidades para não desencadear em focos de doença.

Na questão da Saúde Mental, existem famílias de migrantes que se isolam do contexto social e cultural, necessitando de uma abordagem ainda mais sensível. E os profissionais de saúde precisam de uma formação contínua para lidar com estas especificidades de saúde.

A grande questão organizacional é que precisamos de tempo. Precisamos de prestar cuidados preventivos para evitar a doença e temos de alertar para a falta de investimento nesta área. Prevenção é promoção de saúde. Estas populações podem, também, sentir-se discriminados, o que dificulta a procura de cuidados de saúde. Os profissionais de saúde precisam, mais uma vez, de estabelecer uma relação de confiança, especialmente quando existem experiências negativas anteriores.

**Belmiro Rocha**

Enfermeiro Diretor da Unidade Local  
de Saúde de Gaia e Espinho (ULSGE)



# Cuidar transcultural na Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho (ULSGE)

Face à situação mundial de mobilidade humana e à presença e pressão sentida no ex.CHVNG/E, agora Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho (ULSGE), pelo afluxo de imigrantes, surgiu a necessidade de procurar respostas. Neste sentido, em 2015, a Enf.ª Dalila Brito, realizou uma tese de Doutoramento de Enfermagem neste âmbito, cujas conclusões revelaram desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os aspetos culturais e religiosos dos imigrantes, assim como dos hábitos alimentares, a resistência a tratamentos, e a adesão terapêutica gera, por vezes, constrangimento e desconfiança entre os envolvidos.

Surgiram propostas de medidas que aumentassem o conhecimento e promovessem as boas práticas na ULSGE, denominadas: "Políticas de Integração de Imigrantes", nas áreas de saúde, e capacitação e formação dos colaboradores e imigrantes.

Construiu-se uma rede de comunicação com as Associações

de Imigrantes, a ARSN e o ACeS de Gaia, elaboraram-se folhetos informativos em cinco línguas e divulgou-se o *Guia de Acesso à Saúde dos Imigrantes*, do Alto Comissariado para as Migrações. Os objetivos e estratégias das instituições de saúde devem exprimir claramente o seu respeito pela diversidade cultural dos colaboradores e utentes. É urgente e prioritário encontrar pontes para uma comunicação intercultural eficaz, tendo por base o respeito dos direitos individuais e os constrangimentos de ordem social e económica. (OE,2011)

**É urgente e prioritário encontrar pontes para uma comunicação intercultural eficaz**

Os enfermeiros, se não estiverem atentos à sua própria cultura e à dos outros, não poderão ter um conhecimento crítico sobre as intervenções a prestar. Os cuidados baseados nas dimensões biológicas dos seres humanos em relação aos

problemas de saúde, o uso do bom senso e da competência técnica, com os quais consegue obter adesão aos tratamentos e aos Cuidados de Enfermagem, têm de ter como base os fatores culturais. (OE,2011)  
O cuidar na multiculturalidade

revela-se um desafio para a Enfermagem face à situação mundial de mobilidade humana e à presença de enorme acréscimo de imigrantes a recorrer aos serviços de saúde. Ficam aqui alguns dados dos seguintes indicadores:

## EVOLUÇÃO DOS INDICADORES

	2015	2024
Consultas	2.119	19.791
Obstetria/Ginecologia	298	1.626
Nascimentos	43	419
Urgência Geral	1.696	10.351
Urgência Pediátrica	69	2.879

Fonte: ULSGE

A evolução dos indicadores levou nomeadamente à criação de uma Unidade Funcional Central em Gaia, que respondesse aos imigrantes ilegais, sem número de SNS, evolução esta, que em abril de 2025, levou ao reforço das equipas médica e de Enfermagem.  
Os enfermeiros, independentemente do seu nível de formação ou de área de especialidade, necessitam desenvolver competência cultural que lhes permita prestar cuidados adequados aos utentes com diferentes culturas com que se depara ao longo da sua vida profissional. (Leiniger,2006)  
Mas outros intes são igualmente importantes. Por exemplo: o processo de integração à

instituição e ao serviço dos enfermeiros deve incluir estratégias que respondam às necessidades culturais dos utentes imigrantes.  
Os registos têm de incluir as estratégias utilizadas que responderam às necessidades culturais dos utentes, que permitiram conhecer as crenças, os valores e as expectativas destes e efetuar um plano de intervenção capaz de responder a essa realidade.  
A acessibilidade aos cuidados parece ser comprometida pelo desconhecimento quer dos imigrantes, quer dos profissionais e das estruturas de apoio para estas situações, agravada pelas crenças de saúde e pelos costumes dos imigrantes.

**Os enfermeiros, independentemente do seu nível de formação, necessitam desenvolver competência cultural**



Assim, com base nesta investigação, foi possível implementar estratégias para a promoção da prestação de cuidados dirigidos aos imigrantes, considerando a diversidade e a vulnerabilidade no acesso à saúde.

Desenhou-se e implementou-se um projeto, autorizado pelo Conselho de Administração da ULSGE e apadrinhado pela Direção de Enfermagem, que promovesse as boas práticas e a que chamamos “**Hospital Amigo dos Imigrantes**”.

O projeto foi iniciado em 2010 e inseriu-se numa estratégia proativa de abertura à comunidade e à interculturalidade. A sua proposta foi formativa e informativa, tendo em vista a diminuição dos obstáculos no acesso a saúde por parte dos imigrantes, assim como o exercício de uma cidadania responsável. Reuniu vontades, aproveitou as capacidades técnicas de cada um dos elementos para, através da divulgação da informação e sensibilização, melhorar as

condições de acesso à saúde dos imigrantes residentes em Vila Nova de Gaia/Espinho e promover as boas práticas na prestação de cuidados de saúde pelos profissionais do Hospital, dos Centros de Saúde da área, instituições de comunidade e dos utentes imigrantes.

A importância do **Hospital Amigo dos Imigrantes** consta do Relatório do Eurofound de em 2014 e trouxe à instituição dois grupos italianos que pretendiam replicar a experiência no seu país. É de realçar o facto de se dispor de informação credível e pertinente nos serviços,

**Os planos de formação que concebam a interculturalidade, permitem conhecer as crenças, valores e expectativas dos utentes**

sobre as estruturas de apoio, para ser utilizada sempre que surgirem barreiras linguísticas nos cuidados ao utente imigrante e de capacitar os profissionais de saúde para os cuidados multiculturais. Os planos de formação que concebam a interculturalidade, incluem a salvaguarda dos princípios da igualdade de tratamento e da não discriminação, bem como incluem a adoção de estratégias que respondem às necessidades culturais dos utentes e a aprendizagem partilhada, que permitem conhecer as crenças, os valores e as expectativas dos utentes e efetuar um plano de intervenção capaz de responder a essa realidade.

O projeto permitiu aos elementos dos diversos serviços a aquisição de conhecimentos. A existência e disponibilidade nos serviços de informação, o Guia de Acesso à Saúde dos Imigrantes e os folhetos informativos em cinco línguas (de forma física ou acessíveis na intranet), a utilizar sempre que se prevejam barreiras multiculturais.

Na ULSGE realizaram-se, desde então, as seguintes atividades e intervenções:

- ▶ Curso: “Saúde, (I)migração e Diversidade Cultural” pelo Centro de Formação do CHVNG/E em cooperação com o ACIDI e a LACHG, 2010.
- ▶ Ações de Sensibilização a estudantes de Enfermagem, desde 2010.
- ▶ Divulgação do Folheto Informativo: “É imigrante? Conheça os seus direitos na saúde”, 2011.
- ▶ Divulgação pelo Gabinete de Imagem do CHVNG/E, 2012 - poster do ACIDI - Tradução Telefónica.
- ▶ Sensibilização para profissionais de saúde - colaboração do ACIDI (2015-2017).
- ▶ Integração nos Planos Municipais de Vila Nova de Gaia (2015-2024).
- ▶ Curso formação profissional “ Migração e Saúde” (2024).

O projeto, ao contribuir para que os profissionais de saúde estejam mais informados, permite a melhoria na comunicação e na inter-relação com os imigrantes, prestando-se assim cuidados de saúde de proximidade, que permitem ao imigrante uma

melhor integração e participação no seu processo de recuperação, bem como a articulação dos cuidados.

Profissionais de saúde mais informados melhoram as suas competências no acolhimento à população imigrante, promovem o respeito pela cidadania, sendo necessário manter o grupo de trabalho motivado, a ligação com AIMA e CLAI, assim como com o Conselho de Administração da ULSGE.

O processo de acolhimento nas Instituições de Saúde deverá pautar-se pela criação de relações positivas de interação e aproximação entre profissionais e utentes de diferentes culturas, suportados com base em meios que facilitam a compreensão e troca de informação que integrem as instituições, indivíduos, famílias e comunidades.

A existência de profissionais de saúde de referência nos serviços e a constituição de uma bolsa de mediadores, vai permitir a prestação de cuidados de proximidade, integração e articulação de cuidados aos utentes imigrantes.

Em suma, esperamos assim contribuir para ampliar e

consolidar o conhecimento da população migrante, visando um plano inclusivo e esclarecedor dirigido à imigração e aos cuidados de saúde que deles necessitam.

A continuidade do projeto ganharia com a criação de uma Comissão de Apoio no Cuidar Transcultural (CACT) e efetuar a certificação da ULSGE como *Amiga dos Imigrantes*, através do Selo Intercultural, já iniciado em 2021. Consideramos pertinente manter seguimentos e atualizações, através de formação contínua e reuniões com os enfermeiros de referência. Criar uma bolsa de voluntários que sirvam de intérpretes, foi também uma das propostas do projeto, angariar profissionais voluntários da instituição que dominem línguas estrangeiras e imigrantes da comunidade que se disponibilizem para esse fim.

Seria importante que o Regulamento Interno da ULSGE na missão, visão, princípios e valores incluísse a dimensão intercultural, num contexto multicultural, cujos colaboradores respeitem a diversidade, individualidade, dignidade e a não discriminação.

---

## REFERÊNCIAS

- \_Brito, D. (2015). Os imigrantes ucranianos e a procura dos cuidados de saúde. Tese Doutoramento. Porto: Repositório ICS-UCP.
- \_Brito, D., Belkis, M., Vilela, I., Vilela, N., & Brito, A. (2019). Obstáculos no Acesso à Saúde pelos Imigrantes: Análise de Género. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*,1(1), 67-73. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.31>.
- \_Brito, D., Vilela, I. & Bessa-Vilela, N. (2016). The access to healthcare services by the Ukrainian Immigrants: Factors that play a part. In *3rd World Congress of Health Research*, Viseu, Portugal, 29-30 sept.2016 (p. 64). Disponível no Repositório UPT, <http://hdl.handle.net/11328/2516>.
- \_LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. [S. l.]: Jones & Bartlett Learning, 2006.
- \_OE (2011). *Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade – Closing de Gap: Increasing Access and Equity*. Traduzido por Dr.ª Herminia Castro. Ordem dos Enfermeiros.
- \_Rodrigues, R., & Schulmann, K. (2014). *Impacts of the crisis on access to healthcare services: Country report on Portugal*. European Centre for Social Welfare Policy and Research.

**Dulce Ferreira**  
Enfermeira Especialista  
em Enfermagem de Reabilitação.  
ULS Santa Maria



# Reabilitação Respiratória Domiciliária e Migração em Portugal Equidade ou desigualdade

## INTRODUÇÃO

A reabilitação respiratória (RR) é uma intervenção terapêutica não farmacológica essencial na abordagem de doenças respiratórias crónicas como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), asma e fibrose quística. Tradicionalmente implementada em contexto hospitalar, a RR domiciliar surge como resposta às exigências contemporâneas de acessibilidade, inclusão e personalização dos cuidados, especialmente útil em populações vulneráveis como os migrantes. Com a crescente presença de estrangeiros em Portugal, que, segundo a AIMA, somavam cerca de 800 mil pessoas em 2022, torna-

**A reabilitação respiratória domiciliária apresenta-se como uma solução eficaz por permitir adaptação cultural e linguística dos programas**

-se imperativo refletir sobre a adaptação do sistema de saúde às suas necessidades. Este artigo propõe-se a analisar a RR domiciliária no contexto dos desafios da migração, sob a perspetiva da enfermagem em Portugal.

## O CONTEXTO DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA EM PORTUGAL

Apesar dos reconhecidos benefícios da RR, apenas 2% das pessoas com patologias respiratórias crónicas, em Portugal, têm acesso a programas de reabilitação estruturados. Esta lacuna é ainda mais notória entre a população migrante, que enfrenta várias barreiras no acesso aos cuidados de saúde. A RR domiciliária apresenta-se como uma solução eficaz, não apenas por reduzir a necessidade de deslocações, mas também por permitir a adaptação cultural e linguística dos programas. Muitas pessoas, migrantes e não migrantes, enfrentam barreiras logísticas significativas de acessibilidade aos programas de RR, tais como distância ao centro de reabilitação, custos de transporte, dificuldades de mobilidade, ou mesmo

fobia social. Um estudo de Holland *et al.* (2017) mostrou que programas domiciliários melhoram significativamente a adesão à intervenção terapêutica em comparação com modelos tradicionais.

Além disso, o modelo domiciliário é particularmente benéfico para populações rurais, idosas e migrantes, frequentemente marginalizadas no acesso aos cuidados especializados. Ao permitir a reabilitação no contexto habitual da pessoa, promove-se equidade e continuidade do cuidado.

## A POPULAÇÃO MIGRANTE E O SISTEMA DE SAÚDE

Portugal tem-se tornado um destino atrativo para migrantes de diversas origens. No entanto, muitos destes não estão inscritos em centros de saúde, dificultando o seu acesso a cuidados especializados. Obstáculos como desconhecimento dos direitos de saúde e dificuldades administrativas agravam esta exclusão.

Outro desafio significativo na prestação de cuidados à pessoa migrante é a comunicação, a barreira linguística. A falta de proficiência em português compromete não só a compreensão das orientações terapêuticas, mas também a relação terapêutica. A solução passa pela utilização de materiais traduzidos, aplicações de tradução simultânea e, sempre que possível, a inclusão de mediadores culturais nas equipas de saúde.

A RR domiciliária, ao ser implementada de forma culturalmente competente, pode contribuir para mitigar estas desigualdades.

## O ENFERMEIRO NA RR DOMICILIÁRIA JUNTO DE MIGRANTES

O ato de Enfermagem em Portugal é regulado pelo Decreto-Lei n.º 161/96 e pela Ordem dos Enfermeiros, que define como essencial a prestação de cuidados com base no respeito pela dignidade humana e na equidade. No contexto da RR domiciliária, o enfermeiro especialista em reabilitação respiratória torna-se uma peça-chave na mediação cultural, no ensino do autocuidado, na avaliação clínica e na implementação do plano terapêutico, assim como na promoção da adesão ao regime terapêutico. Os enfermeiros são também agentes promotores da inclusão, ao desenvolverem competências interculturais e comunicacionais.

O ambiente domiciliário oferece um contexto único para a aprendizagem. A RR em casa permite uma abordagem mais personalizada, adaptada às rotinas e necessidades da pessoa migrante. Desta forma está favorecida a autonomia, o autocuidado e o empoderamento, que são cruciais na gestão de doenças crónicas. Doenças essas a que a população migrante está mais vulnerável por apresentarem condições de vida precárias, exposição a poluentes e pós ou tabagismo em contexto sociocultura.

Além do mencionado, o contacto com a família durante o processo de reabilitação constitui um fator protetor em contextos de doença prolongada, uma vez que o envolvimento familiar trás apoio social, suporte emocional, capacitação dos cuidadores que cuidam dos seus familiares. Um estudo de Rochester *et al.* (2015)

destaca que o envolvimento familiar é um preditor importante da adesão a longo prazo.

## PRINCIPAIS DESAFIOS DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NO DOMICÍLIO

Apesar dos benefícios, a implementação da RR em contexto domiciliário não está isenta de desafios. Muitos destes decorrem da transposição de um modelo originalmente pensado para ambientes hospitalares para o domicílio do utente.

Esses desafios prendem-se com:

### **A segurança e monitorização**

**clínica:** A realização de exercício físico e intervenções terapêuticas fora de um ambiente supervisionado requer uma decisão consciente sobre a intensidade dos exercícios prescritos, por exemplo.

**Desigualdades Digitais:** a RR domiciliária, especialmente em formato remoto, exige acesso a dispositivos tecnológicos e competências digitais mínimas, que podem acentuar as disparidades digitais. Estudos demonstram que idosos, pessoas com baixo nível de escolaridade ou rendimento, e residentes em zonas rurais, estão mais propensos à exclusão digital (Choi *et al.*, 2020). Assim, paradoxalmente, os que mais beneficiariam da reabilitação no domicílio, como a população migrante, podem ser os que enfrentam mais barreiras à sua implementação.

### **Formação dos Profissionais**

**e Adaptação dos Serviços:** a reabilitação no domicílio exige competências específicas por parte dos profissionais de saúde. Além do conhecimento clínico, requer capacidade de adaptação,

comunicação à distância, competências pedagógicas e culturais para lidar com contextos domésticos diversos. A estrutura organizacional dos serviços também deve ser revista, de forma a dar resposta a modelos híbridos, com visitas presenciais e suporte remoto contínuo. Esta reorganização implica investimento, planeamento e formação contínua das equipas.

#### **Resultados e custos associados:**

Ainda existe alguma escassez de dados sobre a eficácia da RR domiciliária a longo prazo. Os custos associados à reabilitação em casa não estão totalmente esclarecidos. Os gastos com equipamentos, visitas domiciliares e tecnologias de apoio devem ser considerados na análise de custo-benefício.

### REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DOMICILIAR: O FUTURO

Para que a RR no domicílio se afirme como um modelo viável, é necessário um planeamento estruturado e uma visão integrada que articule diferentes níveis de cuidados.

A implementação destes programas deve ser centrada na pessoa, de forma a que possam

ser avaliadas motivações, limitações e preferências da pessoa permitindo elaborar planos de intervenção mais eficazes e potenciar, assim, a adesão. A utilização de tecnologias, como oxímetros, aplicações de monitorização e telessaúde, pode aumentar a eficácia da RR. No entanto, exige competências digitais que muitas vezes estão ausentes na população migrante. Aplicações simples de smartphone, chamadas telefónicas regulares e vídeos instrutivos podem ser tão eficazes quanto soluções mais complexas, desde que bem integradas e adaptadas ao perfil dos utentes. Neste processo, e com vista o sucesso do mesmo, é necessário promover o envolvimento da família, de cuidadores e até de estruturas comunitárias locais (como autarquias, juntas de freguesia ou associações) de forma a ampliar a eficácia e a sustentabilidade dos programas.

### CONCLUSÃO

A reabilitação respiratória domiciliária representa uma resposta inovadora e inclusiva aos desafios do sistema de saúde português face à crescente diversidade populacional. A

## A RR domiciliária representa uma resposta inclusiva aos desafios do sistema de saúde português face à crescente diversidade populacional

intervenção na reabilitação respiratória, junto da população migrante, deve orientar-se por princípios de equidade e dignidade. Acima de tudo, investir em programas de RR adaptados às necessidades da população migrante é garantir um futuro mais justo e saudável para todos. Como disse o Papa Francisco, “*Somos todos imigrantes. Ninguém tem moradia fixa nessa terra.*” E por isso devemos zelar pela saúde de todos, independentemente da sua origem de nascimento.

#### REFERÊNCIAS

- \_Choi, N. G., et al. (2020). Digital Inclusion in Health Care: The Role of Mobile Health Technology. *Journal of Applied Gerontology*.
- \_Holland, A. E., et al. (2017). Home-based rehabilitation for COPD using minimal resources: a randomized, controlled equivalence trial. *Thorax*.
- \_Maltais, F., et al. (2008). Home-based pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Thorax*.
- \_Ordem dos Enfermeiros (n.d.). *Normas e orientações profissionais*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- \_Rochester, C. L., et al. (2015). An official American Thoracic Society policy statement: Dissemination and implementation of pulmonary rehabilitation.
- \_Spruit, M. A., et al. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*. <https://aima.gov.pt/pt>

Somos um prestador de  
Cuidados de Saúde Domiciliários.

**Juntos, cuidamos melhor.**

Oxigenoterapia  
Ventiloterapia  
Outras terapias  
domiciliárias



**800 201 519**

Linha gratuita

Mais informação



**Susana Mineiro**

Enfermeira Especialista em Saúde  
Infantil e Pediátrica – Serviço de  
Urgência de Pediatria da ULS Braga



# Desafios e Oportunidades no Cuidado de Enfermagem à Pessoa Migrante em contexto de Urgência Pediátrica

A prática de Enfermagem em Portugal tem acompanhado as transformações sociais e demográficas da sociedade contemporânea. Um dos desafios mais significativos dos últimos anos tem sido, sem dúvida, o aumento da população migrante que procura os serviços de saúde. De acordo com dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), em 2023, havia cerca de 800 mil imigrantes em Portugal, representando aproximadamente 7,7% da população total. Estas pessoas chegam ao país com realidades profundamente distintas, frequentemente marcadas por instabilidade, diversidade cultural e, em muitos casos, um contacto escasso ou inexistente com sistemas de saúde organizados.

Quando falamos de crianças migrantes, este impacto torna-se ainda mais evidente. As suas necessidades raramente se limitam à dimensão biomédica, englobando também manifestações silenciosas de carência, medo e ansiedade que

exigem uma abordagem sensível e integral.

Enquanto enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica a exercer funções na urgência da ULS Braga, observo diariamente a complexidade destes encontros. Estes momentos desafiam-nos não apenas enquanto profissionais de saúde, mas também enquanto seres humanos. A procura por cuidados entre famílias migrantes tem

**Cerca de 45%  
dos migrantes em  
Portugal não têm  
acesso a CSP**

crescido de forma expressiva, sobretudo nos serviços de urgência. Um estudo realizado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em 2023 revelou que cerca de 45% dos migrantes em Portugal não têm acesso a Cuidados de Saúde Primários adequados, o que os leva a procurar as urgências como única alternativa.

Entre janeiro de 2024 e abril de 2025, o Serviço de Urgência Pediátrica da ULS Braga registou um total de 9.910 episódios de atendimento a crianças migrantes, evidenciando uma tendência crescente e estrutural no perfil de utilizadores deste serviço. A nacionalidade mais prevalente foi a brasileira, com 5.109 crianças atendidas, seguida de França, Suíça, Angola, Luxemburgo, Venezuela, Ucrânia, Paquistão, Argentina, Colômbia e Moçambique, entre outras.

Este crescimento resulta não apenas do aumento dos fluxos migratórios, mas também da procura de melhores condições de vida, educação e acesso à saúde por parte destas famílias. Na perspetiva da Enfermagem, esta nova realidade manifesta-se de forma profunda e multifacetada no quotidiano dos serviços de urgência.

A diversidade cultural e social que acompanha estas crianças introduz desafios específicos ao cuidado prestado. A comunicação assume um papel central e muitas vezes crítico, sendo dificultada por barreiras linguísticas. Estas exigem o recurso a estratégias não verbais e a ferramentas de tradução, que embora úteis, nem sempre se revelam eficazes em contextos clínicos urgentes. A interpretação das necessidades clínicas e emocionais destas crianças exige sensibilidade,

## **A interpretação das necessidades clínicas e emocionais destas crianças exige sensibilidade, escuta ativa e atenção**

escuta ativa e atenção a sinais subtis de sofrimento ou insegurança.

Adicionalmente, muitas destas crianças apresentam lacunas no seguimento vacinal, historial clínico inexistente ou descontinuidades nos cuidados de saúde, o que compromete a segurança e eficácia da intervenção. Esta realidade



obriga os profissionais de Enfermagem a adotar uma abordagem mais investigativa, prolongada e frequentemente associada a maior carga emocional. O processo de triagem, por exemplo, ultrapassa a vertente clínica, integrando dimensões sociais, culturais e emocionais da criança e da sua família.

Como enfermeira especialista, verifico que este aumento de utentes migrantes tem

## **A formação tradicional em Enfermagem ainda apresenta limitações na preparação para enfrentar desafios impostos por uma população diversa**

repercussões diretas nos tempos de atendimento, na organização dos serviços e na necessidade de constante adaptação das equipas. Torna-se evidente a urgência de reforçar as competências interculturais dos profissionais. A formação tradicional em Enfermagem, embora sólida do ponto de vista técnico-científico, ainda apresenta limitações na preparação para enfrentar os desafios impostos por uma população diversa. É essencial que os serviços de saúde — e particularmente os de urgência pediátrica — estejam preparados não apenas em termos de logística, mas também ao nível humano e comunicacional, para responder com eficácia a esta população crescente e vulnerável. O reconhecimento da diversidade como potencial enriquecedor, e não como obstáculo, deve ser um dos pilares da atuação em Enfermagem.

Este aumento de episódios de urgência pediátrica envolvendo crianças migrantes constitui um sinal de alerta e um apelo à ação: por uma prática mais inclusiva, mais formativa e mais consciente das transformações sociais que moldam os nossos serviços de saúde. No serviço de urgência pediátrica, lidamos diariamente com diferentes visões do mundo e múltiplas formas de expressar dor e interpretar sintomas. Isto exige de nós não apenas flexibilidade técnica, mas também uma postura ética e empática. Em contextos clínicos onde o tempo é limitado e a clareza é essencial, a qualidade da comunicação torna-se determinante na prestação de cuidados.

Apesar das limitações das ferramentas digitais de tradução, o contacto humano — mediado pela escuta ativa, pelo olhar atento e pela empatia — permanece o elo mais eficaz na criação de confiança e vínculo terapêutico.



**Apesar das limitações das ferramentas digitais de tradução, o contacto humano permanece o elo mais eficaz na criação de confiança e vínculo terapêutico**

Esta diversidade deve ser compreendida como uma via para o enriquecimento pessoal e profissional. A formação dos profissionais de saúde tem vindo a integrar gradualmente temas como comunicação e ética em contextos multiculturais. No entanto, essa integração ainda carece de sistematização e continuidade, tendo em conta o carácter transversal da diversidade nos cuidados em saúde.

Na área da saúde infantil, os desafios são particularmente exigentes. Muitas destas crianças apresentam históricos vacinais incompletos, sinais de carência nutricional ou sintomas emocionais resultantes de experiências traumáticas. O Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa identificou que crianças imigrantes de primeira geração têm 2,5 vezes mais probabilidade de desenvolver problemas de Saúde Mental do que crianças nativas em contextos socioeconómicos equivalentes.

Além disso, um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2021, reforça que a Saúde Mental das crianças migrantes e refugiadas está fortemente relacionada com a qualidade do apoio psicológico recebido e com o grau de integração social. A ausência de apoio aumenta significativamente o risco de perturbações emocionais.

Paralelamente, a hesitação vacinal entre comunidades migrantes e minorias étnicas em Portugal mantém-se como um desafio de Saúde Pública. Dados da Direção-Geral da Saúde (DGS) indicam que 30% das crianças imigrantes têm esquemas

## Preocupa-me que muitas destas famílias desconheçam como aceder aos serviços de saúde

vacinais incompletos, em contraste com 13% das crianças nativas. Esta disparidade é atribuída a fatores como o desconhecimento das campanhas de vacinação e a desconfiança face às autoridades de saúde. A comunicação intercultural surge, assim, como ferramenta essencial para ultrapassar estas barreiras. Compete aos profissionais de saúde desenvolver competências culturais e adotar práticas ajustadas às especificidades de cada família, promovendo cuidados verdadeiramente inclusivos e equitativos. A promoção da saúde e a prevenção da doença em populações migrantes devem ser entendidas como prioridades estruturais. A atualização do plano vacinal, o rastreio de doenças transmissíveis, a avaliação nutricional, o apoio psicossocial e o acesso facilitado a cuidados de saúde pré-natais e à parentalidade são áreas críticas que exigem investimento e intervenção direcionada. Preocupa-me que muitas destas famílias desconheçam como

aceder aos serviços de saúde ou a importância do seguimento pediátrico regular. Um estudo da Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE), realizado em 2022, revelou que 40% das famílias migrantes não compreendem os processos do sistema de saúde português, salientando a importância de estratégias de comunicação acessível e de promoção da literacia em saúde.

Estas ações devem ser desenhadas com recurso a linguagem clara e metodologias inclusivas. A Saúde Pública só cumpre o seu propósito quando é verdadeiramente universal — o que requer vontade política, financiamento adequado e capacitação contínua dos profissionais de saúde. Trabalhar com populações migrantes é, sem dúvida, desafiante. Mas é também uma fonte constante de aprendizagem e desenvolvimento humano. Existem dias em que a comunicação verbal é limitada, mas um sorriso, um gesto acolhedor ou o simples facto de uma criança se tranquilizar demonstram que é possível cuidar mesmo sem palavras.

Concluindo, acredito que a nossa missão vai muito além da competência técnica. Para muitas famílias migrantes, a urgência pediátrica representa o primeiro contacto com o sistema de saúde português. Se é o primeiro contacto, que ela seja também o primeiro gesto de inclusão. Devemos estar preparados não apenas com protocolos clínicos, mas com empatia, disponibilidade e humanidade. Que continuemos a exercer com ciência, ética e, sobretudo, com humanidade — os verdadeiros pilares da nossa profissão.

# Reabilitação respiratória na DPOC

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível global e, em Portugal, acarretando elevados custos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Trata-se de uma doença progressiva e incurável, mas com opções de tratamento eficazes para melhorar a qualidade de vida dos doentes. A Reabilitação Respiratória (RR) destaca-se como uma intervenção central no controlo da DPOC, com benefícios amplamente comprovados. Em Portugal, apesar dos avanços, persistem as dificuldades ao acesso e implementação de Programas de Reabilitação.

Segundo as diretrizes da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) de 2025, a DPOC é definida como uma doença pulmonar heterogénea, caracterizada por sintomas respiratórios crónicos (dispneia, tosse crónica e produção de expectoração) devido a alterações das vias aéreas e/ou alvéolos, que causam obstrução persistente, geralmente progressiva, do fluxo aéreo. Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DPOC estão o tabagismo, a inalação de partículas e

gases tóxicos provenientes da poluição atmosférica (doméstica e exterior) e a deficiência de alfa 1-antitripsina. Em Portugal estima-se que a DPOC tenha uma prevalência de 14,2% na população acima dos 40 anos, continuando a verificar-se um subdiagnóstico preocupante desta patologia. Segundo a DGS, a RR “é uma intervenção global e multidisciplinar, baseada na evidência, dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas atividades

**Em Portugal estima-se que a DPOC tenha uma prevalência de 14,2% na população acima dos 40 anos**

de vida diária. Integrada no tratamento individualizado do doente, a RR é desenhada para reduzir os sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença”.

As pessoas com doença respiratória apresentam diversas limitações, com repercussão nas atividades de vida diária e na sua qualidade de vida, sendo os Programas de Reabilitação Respiratória (PRR) um elemento essencial no cuidar.

Num PRR as intervenções são centradas nas necessidades

individuais do doente, devendo incluir treino de exercício como base, sendo este a melhor estratégia para melhorar a força e a função muscular, a tolerância ao esforço, a dispneia e a qualidade de vida. Também a educação e apoio psicossocial para o doente e seus cuidadores deverão ser integrados, visando capacitar a pessoa para a autogestão da doença e a adoção de hábitos saudáveis a longo prazo, assim como técnicas de fisioterapia respiratória e de reeducação funcional respiratória, intervenção nutricional, psicológica e social, ajustadas às limitações identificadas.

### **Cláudia Filipe Freire Mendes Simões**

Enfermeira (Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

### **Eva Maria Gonçalves**

Enfermeira (Especialista em Enfermagem de Reabilitação)  
ULS da Região de Leiria - Serviço de Internamento de Pneumologia



## **OBJETIVOS DA RR**

- Melhorar a condição física e psicológica da pessoa com doenças respiratórias crónicas
- Reduzir sintomas
- Melhorar a capacidade para a realização das tarefas diárias
- Melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde
- Promover maior autonomia e participação em todas as vertentes da sua vida laboral e/ou social e a adoção de estilos de vida saudáveis

## **BENEFÍCIOS DA RR**

Nos doentes estáveis

- Diminuir as hospitalizações
- Diminuir os recursos inesperados cuidados de saúde
- Reduzir os sintomas de dispneia e desconforto dos membros inferiores
- Aumentar a força muscular e a tolerância ao exercício
- Promover a qualidade de vida relacionada com a saúde
- Aumentar a capacidade funcional
- Melhorar a função emocional
- Melhorar a autoeficácia e o conhecimento
- Aumentar a autogestão colaborativa

Nos doentes com agudizações recentes

- Diminuir reinternamentos
- Promover a qualidade de vida relacionada com a saúde
- Aumentar a tolerância ao exercício

## INDICAÇÕES PARA RR

- Sintomas respiratórios crónicos (dispneia, fadiga, entre outros)
- Redução da qualidade de vida relacionada com a saúde
- Degradação da capacidade funcional e do desempenho ocupacional
- Diminuição da capacidade para realizar atividades de vida diária
- Incumprimento terapêutico
- Questões psicossociais inerentes à doença respiratória
- Défice nutricional
- Afluência excessiva aos serviços de saúde: consultas, episódios de urgência ou internamentos
- Insuficiência respiratória crónica com necessidade de oxigenoterapia de longa duração ou ventilação não invasiva
- Necessidade de otimizar o status funcional pré e pós intervenção cirúrgica: resseção pulmonar, redução de volume ou transplante pulmonar

## CONTRA INDICAÇÕES PARA RR

- Presumível não adesão ao PRR
- Comorbilidades que impossibilitem a prática de exercício: cardiopatia isquémica/ angina instável, estenose aórtica grave, cardiomiopatia hipertrófica, arritmia não controlada, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, diabetes mellitus não controlada, disfunção cognitiva grave ou doença psiquiátrica com interferência na memória e na adesão
- Contraindicações relativas: hipertensão pulmonar grave, disfunção hepática grave, cancro com metástases

Em Portugal menos de 0,5% dos doentes com indicação para RR têm acesso a programas, o que, considerando os benefícios para o doente, família e sociedade em geral, é insuficiente.

De acordo com o estabelecido no seu perfil de competências pela Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) “concebe, implementa e monitoriza planos de Enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da

pessoa.” Desta forma, o EEER tem um papel fundamental no tratamento, apostando na prevenção da doença através de técnicas especializadas, exercícios controlados e monitorizados, educação para a saúde e capacitação para a autogestão da doença, diminuindo as exacerbações e, conseqüentemente, as idas à urgência e/ou reinternamentos. A RR constitui uma ferramenta essencial no controlo da doença, mas o seu acesso continua limitado. A valorização do papel do Enfermeiro de Reabilitação é central para a implementação e sucesso destes programas, devendo ser promovida a sua formação contínua e integração nas equipas de cuidados respiratórios.

A DPOC continua a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em Portugal. A RR, comprovadamente eficaz, deve ser integrada de forma sistemática na resposta nacional à doença. O acesso equitativo e atempado a PRR é um imperativo de Saúde Pública, com impacto direto na qualidade de vida dos doentes e na sustentabilidade do sistema de saúde.

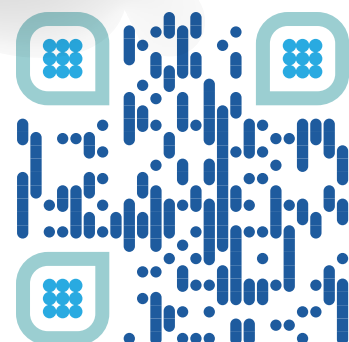
A DPOC representa um desafio significativo para a Saúde Pública em Portugal. A RR é uma intervenção eficaz e custo-efetiva, mas subaproveitada. A aposta na RR é um passo fundamental para garantir melhores resultados clínicos, menor sobrecarga dos serviços hospitalares e melhor qualidade de vida para os doentes com DPOC.



NEWSFARMA

**SAÚDE  
PARA VER  
E OUVIR.  
TODOS  
OS DIAS.**

A nova plataforma  
de comunicação dedicada  
aos profissionais  
de Saúde.



**Miguel Teixeira**

Enfermeiro especialista  
em Enfermagem de Saúde Mental  
e Psiquiatria



# O Mundo em Nós

## O Desafio da Imigração

### MIGRAÇÕES: ENTRE O IMPULSO DE PARTIR E A CORAGEM DE FICAR

Desde que o mundo é mundo, que o ser humano migra. Migra por sobrevivência, por guerra, por fé, por amor, por sonhos. Migra porque foge ou porque busca, porque é forçado ou porque escolhe.

Na Antiguidade, cidades como Babilónia ou Roma tornaram-se grandes centros de civilização, em parte por saberem acolher — ou, pelo menos, integrar — múltiplos povos e culturas. Essa diversidade foi um dos elementos que as tornou mais ricas, mais resilientes, mais fascinantes. Hoje, o mesmo acontece em grandes metrópoles como Londres, Nova Iorque, Lisboa ou Porto: o seu valor humano não se mede apenas pelos edifícios, mas pela pluralidade de histórias que ali convergem, entre sotaques, tons de pele, religiões e formas de viver.

Falar de migração é também um exercício de reflexão pessoal. Durante algum tempo,

ponderei aceitar um convite para trabalhar fora do país, numa área que me apaixona: a Enfermagem no desporto. Era uma hipótese viável, concreta, com potencial para abrir portas — melhores condições, talvez maior reconhecimento e um novo desafio. Mas, no fim, decidi ficar. O apego ao que me é próximo — à família, à língua, à terra — pesou mais do que a promessa de um futuro incerto, ainda que promissor. Hoje, quando cuido de pessoas que fizeram o caminho inverso — que deixaram tudo para trás e recomeçaram do zero — não posso deixar de admirar a coragem que isso exige. É esse gesto que quero honrar neste texto: o de partir. E o de chegar. E é com essa lente — a de enfermeiro especialista em Saúde Mental e psiquiátrica, e a de enfermeiro em funções de gestão num serviço hospitalar — que observo o impacto das migrações no sistema de saúde. Um olhar simultaneamente clínico e organizacional, que procura reconhecer as fragilidades, mas também as oportunidades que esta realidade representa para todos nós: profissionais, instituições e sociedade. Porque a Enfermagem, mais do que uma profissão, é uma forma de estar no mundo: próxima, empática e capaz de construir pontes. Enfermagem é, antes de mais, humanismo. Ser enfermeiro,

é pertencer a uma profissão com um código de conduta ético e deontológico que coloca o ser humano e o cuidar acima de qualquer outra questão. É essa responsabilidade — de acolher, cuidar e respeitar — que nos deve guiar, sempre, na relação com quem chega.

### ENQUADRAMENTO NACIONAL: PORTUGAL, PAÍS DE CHEGADA... OU APENAS DE PASSAGEM?

Vamos partir dos dados mais recentes publicados pela PORDATA, que refletem a realidade de Portugal em 2023. Nesse ano, a população residente em Portugal era de 10 639 726 pessoas. Deste total, 8 935 878 eram pessoas nascidas em território nacional e 1 045 398 eram estrangeiras. Dito de outra forma: cerca de 10% da população residente não nasceu em Portugal. Um número expressivo, mas que encerra uma outra realidade — a da transitoriedade. Apenas 16 985 pessoas adquiriram nacionalidade portuguesa em 2023, o que sugere que uma parte significativa destes cidadãos mantém o desejo de um regresso ao seu país de origem, seja por motivos familiares, culturais ou de projeto de vida. E isso levanta questões importantes — não



só ao nível da integração, mas também ao nível da forma como o sistema se prepara (ou não) para dar resposta a estas populações em movimento.

A verdade é que a estrutura demográfica do país está profundamente alterada. Portugal é um país envelhecido, e o ligeiro crescimento populacional que se tem verificado deve-se sobretudo à chegada de migrantes — jovens, em idade ativa, muitos deles com filhos ou a formar família. Se eles partirem, como poderemos ficar? Teremos gente suficiente para manter a vitalidade económica, o funcionamento dos serviços, e sim... a sustentabilidade do próprio sistema de saúde? A saúde, como consagrado na Constituição da República Portuguesa, deve ser tendencialmente gratuita. Mas será mesmo assim?

Em 2023, a despesa total com saúde em Portugal foi de 26 559,58 milhões de euros. Desse valor, 16 383,06 milhões foram financiados pelo Estado (através dos nossos impostos),

enquanto as famílias suportaram, diretamente do seu bolso, 7 905,19 milhões de euros. Os regimes de financiamento por seguros e subsistemas de saúde representam uma fração bem mais pequena da despesa total, o que reforça a ideia de que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) continua a ser o principal garante do acesso à saúde em Portugal — sobretudo para quem não tem alternativa.

Então, como estamos de acesso à saúde? E os imigrantes, será que têm o mesmo acesso?

A resposta, infelizmente, é “não da forma que desejávamos”. E isto leva-nos a uma contradição gritante do nosso sistema: Portugal está a produzir mais em saúde do que nunca — mais consultas, mais cirurgias, mais exames. Em 2002 realizaram-se cerca de 9,8 milhões de consultas médicas hospitalares, e em 2023 esse número saltou para mais de 23,1 milhões. No entanto, o acesso continua a ser um dos maiores problemas do SNS: perto de 1,6 milhões de pessoas continuam sem médico de família,

e muitos utentes esperam meses (ou anos) por consultas e cirurgias que ultrapassam largamente os Tempos Máximos de Resposta Garantida.

Dentro deste cenário já difícil, a população migrante enfrenta ainda maiores barreiras. Barreiras linguísticas, culturais, legais, mas também barreiras invisíveis como o medo, o desconhecimento dos seus direitos ou experiências prévias de exclusão. Muitos recorrem aos serviços apenas em situação de urgência, o que agrava o estado clínico e limita as possibilidades terapêuticas.

É ainda mais preocupante quando pensamos que algumas destas pessoas vêm de contextos de guerra, pobreza extrema, ou países com sistemas de saúde altamente fragilizados, o que significa que, à partida, podem já ter um estado de saúde mais vulnerável e acumular necessidades não satisfeitas. Ignorar isto não é apenas injusto — é contraproducente. Porque o cuidado que negamos hoje pode ser a fatura social e económica de amanhã. E porque, se queremos verdadeiramente um sistema de saúde universal e humanista, não podemos deixar ninguém para trás.

**O cuidado que negamos hoje pode ser a fatura de amanhã. Se queremos um sistema de saúde universal e humanista, não podemos deixar ninguém para trás**

Essa realidade sente-se, de forma muito clara, no microcosmo do serviço onde trabalho. Na minha prática, tenho notado um aumento substancial de pessoas migrantes internadas, sobretudo após episódios de urgência — frequentemente associados a acidentes de trabalho. São, na sua maioria, pessoas em situação de precariedade, com fraca rede de suporte, apresentando sinais evidentes de labilidade emocional e vulnerabilidade em múltiplas dimensões da vida.

O mais impressionante — e, por vezes, comovente — é perceber que, mesmo em fragilidade, muitas destas pessoas continuam a ser o suporte económico das suas famílias, que permanecem a milhares de quilómetros de distância. Cuidar delas exige mais do que competência técnica: exige empatia, disponibilidade, abertura e ausência total de julgamento. Fazemos tudo ao nosso alcance — um sorriso, uma palavra na sua língua, o cuidado atento, a articulação com outros profissionais, com a comunidade, com recursos técnicos e humanos que lhes possam dar suporte. Mas sentimos, também, que nos falta formação específica, por exemplo, em áreas como a etnopsiquiatria, que nos permitiriam compreender melhor o impacto do trauma, da

**A Enfermagem, com a sua base humanista, pode (e deve) garantir a promoção de saúde**

**Que Portugal, em vez de uma nova Torre de Babel, se afirme como uma sociedade onde a diferença se acolhe, se compreende e se transforma em força coletiva**

migração e da diferença cultural na vivência da doença. Fazemos o melhor que sabemos, mas sabemos que é preciso saber mais. Esta necessidade de saber é um desafio à superação, que vai permitir ver as feridas que não são visíveis, as dores que não cabem num diagnóstico e as histórias que não terminam com a alta clínica.

Vivemos num mundo globalizado. Um mundo que é de todos, onde o ser humano, independentemente da sua nacionalidade ou condição, tem direito à vida, à saúde, à dignidade. A globalização pode ser uma oportunidade de crescimento, de partilha, de enriquecimento mútuo. As grandes metrópoles de ontem — Roma, Babilónia — e as capitais vibrantes de hoje mostram-nos que a interculturalidade pode gerar sociedades mais fortes, mais criativas, mais fascinantes. Mas para que essa riqueza floresça, é preciso ter visão. É preciso perceber se o caminho que estamos a fazer nos tende a levar onde realmente queremos chegar, ou se estamos apenas a dar passos — uns atrás dos outros — sem rumo claro, sem propósito. Porque os recursos são finitos e as necessidades e desafios em saúde são ilimitados, a sustentabilidade do nosso SNS depende da capacidade de sermos mais eficientes, mais estratégicos, mais

colaborativos e inovadores.

A Enfermagem, com a sua base humanista, pode (e deve) ser ponte entre políticas sociais e de saúde, altamente estratégica no paradigma de prestação de cuidados, de forma a garantir a promoção de saúde, a prevenção de doença, o tratamento e reabilitação nas diferentes fases da vida, nomeadamente, nas populações migrantes.

A história da Torre de Babel explica, de forma mítica, a origem da diversidade de línguas e culturas. Na narrativa bíblica, foi essa súbita fragmentação da linguagem que levou à desorganização e ao caos. A realidade dos nossos dias é bem diferente: o fenómeno da globalização, impulsionado por múltiplas motivações e necessidades, tornou o mundo mais pequeno, mais próximo e mais acessível do que nunca. No entanto, continuam a surgir barreiras — linguísticas, culturais, políticas e estruturais — que nos podem afastar. Que não deixemos de nos entender por falta de visão estratégica, por ausência de diálogo ou por incapacidade de conciliar recursos e diversidade. Que Portugal, em vez de uma nova Torre de Babel, se afirme como uma sociedade onde a diferença se acolhe, se compreende e se transforma em força coletiva.

# Dermatite Atópica e Migração Há relação? E qual o papel da Enfermagem no tratamento eficaz destes pacientes?

**Débora Nogueira**

Enfermeira coordenadora  
na Mutual Clínic de Braga



Atualmente, vivemos numa era de globalização em que cada vez mais nos deparamos com populações multiculturais e com um aumento significativo dos fluxos migratórios. Tal como os diversos setores da sociedade, a área da saúde deve, e pode, abraçar este fenómeno como uma oportunidade para potenciar cuidados mais eficazes, diversificados e adequados às diferentes etnias que coabitam num mesmo território.

**A melhor forma de prestar cuidados de excelência passa por reconhecer o indivíduo como alguém com vivências e crenças distintas**

A coexistência de múltiplas culturas numa mesma sociedade pressupõe respeito e valorização dessas mesmas diferenças. Obviamente, na maioria dos casos, isso representa um desafio para todos os profissionais que, no contexto laboral, necessitam de uma constante adaptação. Ao longo da minha carreira, também eu já estive fora da minha zona de conforto, tendo sido emigrante durante aproximadamente seis anos no Reino Unido. Confrontei-me com diversas situações que colocaram à prova os meus conhecimentos, os pressupostos que assumia como verdades, e que me permitiram, através da empatia, perceber que a melhor forma de prestar cuidados de excelência passa, na maioria dos casos, por compreender na sua plenitude quem é o nosso paciente. Isto envolve não apenas a patologia que os leva a procurar cuidados de saúde, mas também, de forma holística, reconhecer o indivíduo como alguém com vivências e

**Estima-se que, na Europa, a prevalência desta patologia tenha triplicado nos últimos 30 anos. Coloca-se a questão: existe relação entre o aumento desta prevalência e o crescimento dos fluxos migratórios?**

crenças distintas. Este facto, além dos desafios inerentes, proporciona também uma valiosa troca de conhecimentos e experiências, o que fomenta uma melhoria contínua dos cuidados prestados.

Atualmente, a minha prática clínica centra-se na área da Dermatologia. Colaborar com profissionais de excelência e receber os mais diversos tipos

de pacientes com patologia dermatológica tem-se revelado uma fonte constante de aprendizagem e de novos desafios.

Uma das doenças mais prevalentes na nossa prática clínica é a dermatite atópica, uma condição amplamente reconhecida pela sociedade e com uma prevalência crescente. Estima-se que, na Europa, a prevalência desta patologia tenha triplicado nos últimos 30 anos. Coloca-se, então, a questão: existe relação entre o aumento desta prevalência e o crescimento dos fluxos migratórios?

Começemos por contextualizar esta doença.

A dermatite atópica, também erradamente conhecida como pele atópica, é uma patologia multissistémica (pele, vias aéreas, sistema imunológico) crónica, caracterizada por pele extremamente seca, descamativa, irritada, com prurido recorrente e, frequentemente, por lesões eritematosas cobertas por

vesículas (pequenas "bolhas") que provocam comichão intensa. Os indivíduos afetados apresentam um sistema imunitário hiperreativo e são, muitas vezes, propensos a outras doenças atópicas, como a asma e a rinite alérgica.

A dermatite atópica pode ser desencadeada e agravada por diversos fatores, tais como: predisposição genética, fatores ambientais, alterações hormonais, stresse, infeções e doenças autoimunes. As crises

**É fundamental refletir sobre os desafios que as minorias étnicas, as populações migrantes e os indivíduos que não correspondem ao fenótipo "caucasiano típico" enfrentam no nosso sistema de saúde**



periódicas são comuns e podem ser motivadas por fatores como o stresse, a exposição a substâncias irritantes, o clima frio e seco ou a transpiração excessiva.

A relação entre esta doença e a diversidade étnica permanece ainda pouco explorada, apesar de ser uma realidade cada vez mais presente no nosso contexto clínico. É fundamental refletir sobre os desafios que as minorias étnicas, as populações migrantes e os indivíduos que não correspondem ao fenótipo “caucasiano típico” enfrentam no nosso sistema de saúde.

A dermatite atópica afeta indivíduos de todas as idades, raças, etnias e classes sociais. No entanto, é notório que uma grande parte dos estudos e ensaios clínicos estão centrados em populações caucasianas, apesar de a doença também ter elevada prevalência em pacientes de origem asiática e africana. Embora a migração humana não seja diretamente considerada um fator causal da dermatite

atópica, as mudanças associadas à migração, como as alterações climáticas, a exposição a novos alérgenos, níveis acrescidos de poluição e stresse, podem influenciar significativamente o aparecimento ou agravamento da condição.

Estamos a assistir a um aumento exponencial da população oriunda de países terceiros, mas o crescimento das unidades de saúde e do número de profissionais qualificados não tem acompanhado esse ritmo. Estas populações, com backgrounds culturais distintos, enfrentam múltiplas barreiras, nomeadamente: linguísticas, socioeconómicas e educacionais, o que dificulta o acesso a cuidados de saúde adequados. Muitas vezes, estas populações apresentam baixo nível de literacia em saúde e desconhecimento acerca da patologia.

As diferenças fenotípicas e as variabilidades genéticas entre grupos étnicos distintos

**Estamos a assistir a um aumento da população oriunda de países terceiros, mas o crescimento das unidades de saúde e do número de profissionais qualificados não tem acompanhado esse ritmo**

são fatores que podem influenciar o diagnóstico e a escolha terapêutica. Por exemplo, em peles negras, a dermatite atópica tende a ser mais liquenificada, apresentar menor rubor, e manifestar-se através de áreas acinzentadas ou hiperpigmentadas, podendo ser confundida com outras condições, como infeções fúngicas ou hiperpigmentação pós-inflamatória. Já em peles asiáticas, a dermatite pode exibir características mistas com psoríase (placas mais espessas e secas). É também sabido que, em algumas culturas, os pacientes recorrem primeiramente a remédios herbais ou homeopáticos antes de procurarem cuidados especializados. Estas práticas podem ter implicações severas, pois o atraso no tratamento médico adequado pode agravar a doença, potenciar infeções cutâneas e sistémicas e levar a alterações permanentes da pigmentação cutânea. É, por isso, essencial que tanto os pacientes como os profissionais de saúde estejam informados sobre estas diferenças, de forma a garantir um diagnóstico mais

# Migração

## Dermatite Atópica

**Estas populações, com backgrounds culturais distintos, enfrentam múltiplas barreiras que dificultam o acesso a cuidados de saúde adequados**

## Promover a literacia em saúde, integrar migrantes aceitando as suas diferenças, pode gerar ganhos significativos

preciso, um tratamento eficaz e a prevenção de complicações, tanto estéticas como psicológicas.

A evidência demonstra que a exacerbação de episódios agudos de dermatite atópica está associada a distúrbios do sono, baixo rendimento escolar e laboral, absentismo social, isolamento e sofrimento psicológico. As comorbilidades e complicações secundárias podem incluir infeções bacterianas e virais, obesidade e hospitalizações recorrentes, o que contribui para a sobrecarga das entidades prestadoras de cuidados de saúde.

A Enfermagem, em articulação com a equipa médica especializada, pode ter um papel fundamental se oferecer uma resposta célere, eficaz e esclarecedora desde os primeiros momentos. Promover a literacia em saúde, acolher e integrar migrantes, aceitando as suas diferenças, pode gerar ganhos significativos não só para as instituições de saúde, mas sobretudo para os próprios pacientes.

Na minha perspetiva, considero que a consulta de Enfermagem, em colaboração com a equipa multidisciplinar, deve ser sistematicamente implementada em doentes com patologia crónica, como é o caso da dermatite atópica. É essencial incluir uma avaliação inicial rigorosa, bem como a elaboração

de um plano de cuidados individualizado, orientado para a promoção do autocuidado. Isto pode ser concretizado através de:

- Observação e registo da extensão, localização e características das lesões;
- Avaliação do grau de prurido e desconforto;
- Identificação de possíveis fatores desencadeantes (alimentos, clima, alérgenos, etc.);
- Utilização de escalas validadas para avaliação da gravidade da dermatite atópica, tanto em adultos como em crianças, que permitam monitorizar a adesão e a eficácia terapêutica.

Exemplos incluem:

- SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis)
- DLQI (Dermatology Life Quality Index)
- EASI (Eczema Area and Severity Index)

**Importa refletir sobre a necessidade de criar mais equipas especializadas e locais de fácil acessibilidade para estes pacientes, garantindo consultas diferenciadas para grupos étnicos minoritários**

Com base nesta informação, importa implementar cuidados específicos como:

- Hidratação da pele com emolientes sem perfume, adequados à manutenção da barreira cutânea;
- Cuidados de higiene apropriados, evitando banhos prolongados e garantindo uma secagem cuidadosa da pele;
- Orientação quanto ao uso de vestuário em algodão, evitando tecidos sintéticos;
- Reforço da importância do controlo do prurido, prevenindo o ato de coçar;
- Vigilância de sinais de infeção secundária;
- Educação do paciente e da família relativamente ao cumprimento do regime terapêutico prescrito, incluindo o uso correto de corticóides tópicos ou terapêuticas sistémicas.

É igualmente crucial o apoio emocional. A escuta ativa, a valorização da autoestima e a empatia são pilares no acompanhamento destes doentes. Posto isto, importa refletir sobre a necessidade de criar mais equipas especializadas e locais de fácil acessibilidade para estes pacientes, garantindo consultas diferenciadas para grupos étnicos minoritários, com rápido encaminhamento e atendimento por profissionais competentes e sensibilizados para estas realidades.

Enquanto profissionais de saúde, reconhecemos que os desafios se multiplicam perante as constantes mudanças sociais, hábitos de vida e diversidade populacional. No entanto, como conclusão, sublinho que não há maior gratificação do que saber que promovemos ganhos em saúde, acolhemos a diferença e capacitamos os nossos pacientes.

# “O cuidado de Enfermagem ultrapassa a execução dos cuidados. Em causa está o reconhecimento da diferença e a necessidade de afeto”

O processo de cuidar é dinâmico e influenciado por múltiplos fatores, sendo percebido de formas distintas consoante as abordagens teóricas sobre o conceito de cuidado. Diversas perspetivas emergem das principais teorias da Enfermagem, permitindo relacionar os cuidados prestados às pessoas com AVC, considerando as particularidades da população migrante. A Teoria do Cuidar Humano, de Jean Watson, fundamenta a importância de uma relação

**A prestação de cuidados a migrantes apresenta desafios no acesso a serviços**

empática e da presença autêntica do enfermeiro, valorizando a espiritualidade, a conexão interpessoal e os valores humanos. Nesta perspetiva, o cuidar é um ato transpessoal e relacional, sendo a espiritualidade um elemento que pode assumir diferentes significados para pessoas migrantes, influenciando decisões de cuidado (Watson, 2008).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Virginia Henderson, realça a individualidade da pessoa em situação de dependência, como acontece frequentemente após um AVC. Esta teoria define 14 necessidades essenciais, entre as quais se destacam a comunicação, a prática religiosa e a aprendizagem – aspetos fundamentais para compreender a vivência da doença por parte da pessoa migrante (Henderson, 2007).

Por sua vez, Dorothea Orem, através da Teoria do Autocuidado, propõe intervenções que promovam a autonomia, prevenindo ações compensatórias,

**Maria Manuela Martins**

Professora coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto



Maria Manuela Martins reflete sobre os desafios que impactam os cuidados prestados à pessoa migrante vítima de acidente vascular cerebral (AVC). Com base em artigos científicos publicados entre 2010 e 2024, a especialista mostra que o reconhecimento da diferença e a necessidade de afeto são ingredientes necessários a aplicar nestes casos.

parcialmente compensatórias ou educativas por parte dos enfermeiros (Orem, 2001). A comunicação, central a todas estas abordagens, torna-se um desafio acrescido na relação com doentes migrantes.

A Enfermagem Transcultural de Leininger sublinha a influência da cultura nas práticas de saúde, considerando elementos como crenças, tradições, idioma e contexto sociocultural para garantir um cuidado culturalmente congruente (Leininger, 1991).

Hildegard Peplau reforça a relevância das relações interpessoais terapêuticas na construção de vínculos de confiança, essenciais no processo de reabilitação da pessoa com AVC (Peplau, 1991). Já Meleis (2010) destaca a necessidade de apoiar as transições vivenciadas pelos migrantes, como a doença, a hospitalização e a própria experiência migratória, promovendo bem-estar e estabilidade.

Assim, cuidar de uma pessoa migrante com AVC exige sensibilidade, conhecimento científico, competência cultural e capacidade relacional. A atuação do enfermeiro deve visar a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o autocuidado e a readaptação funcional, contribuindo para a eficácia dos cuidados e para a satisfação da pessoa cuidada (Neto *et al.*, 2023).

Apesar da vasta produção científica sobre cuidados de Enfermagem em contextos de AVC, identificam-se lacunas na investigação sobre cuidados dirigidos especificamente a pessoas migrantes. Num contexto de crescente diversidade populacional em Portugal, torna-

## Cuidar de uma pessoa migrante com AVC exige sensibilidade, conhecimento científico, competência cultural e capacidade relacional

-se essencial refletir sobre as particularidades desta população, valorizando a complexidade do processo de cuidar e as suas implicações culturais.

O presente artigo tem como objetivo identificar as especificidades dos cuidados à pessoa com AVC quando esta é migrante. Para isso, estructurei a reflexão em torno das seguintes áreas: cuidados de Enfermagem em AVC, cuidados a imigrantes e diversidade cultural, e os desafios na prestação de cuidados a migrantes com AVC. A questão orientadora é: “As pessoas com AVC necessitam de cuidados diferenciados por serem migrantes?”

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM APÓS DIAGNÓSTICO DE AVC

O AVC representa uma das principais causas de mortalidade e incapacidade no mundo, exigindo atenção multidisciplinar, na qual a Enfermagem assume um papel central. Cavalcante *et al.* (2011) realizaram uma revisão integrativa que identificou quatro tipos principais de intervenções: assistenciais, as mais comuns onde se desenvolvem a assistência no autocuidado e as

intervenções interdependentes, como exemplo a gestão da medicação; educacionais que incorpora a prevenção na comunidade e durante o processo de internamento, sendo exemplo disso a promoção de estilos de vida saudáveis, tais como o exercício físico e alimentação saudável, mas também a capacitação do cuidador e da pessoa doente; e de gestão, que contempla a importância da continuidade de cuidados durante o internamento, mas também antes e depois da ocorrência do AVC e de investigação.

Complementarmente, Silva *et al.* (2019) reforçam a importância de diagnósticos de Enfermagem bem fundamentados para orientar cuidados individualizados e sistematizados. Através de uma revisão de 13 estudos, estes autores concluíram que as intervenções devem ser adaptadas às necessidades específicas do doente com AVC, promovendo a reabilitação, a qualidade de vida e a independência funcional. A atuação da Enfermagem é destacada desde o atendimento pré-hospitalar até à reabilitação, sendo crucial na minimização das sequelas neurológicas e sensoriais. Reforçamos a partir desta ideia que a reabilitação se inicia logo perante a instalação dos deficits mesmo que, de forma passiva, como é o caso de posicionamento antiespásticos durante as 24 horas e, numa fase seguinte, a intencionalidade de participação da pessoa doente em todas as atividades promotoras de independência. As diretrizes internacionais também reforçam essa visão. Kleindorfer *et al.* (2021) apresentam orientações da American Stroke Association para

a prevenção secundária do AVC, salientando a importância da Enfermagem na monitorização de fatores de risco e adesão ao tratamento e, assim, reforça a atuação de enfermeiros na prevenção secundária de AVC. A valorização das intervenções de Enfermagem preventiva no sentido da valorização da promoção da saúde cardiovascular e educação em saúde devem-se tornar uma área de investimento, particularmente na comunidade. Há fatores modificáveis como dieta, sono e atividade física em que o enfermeiro pode ser um agente-chave. (Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CAM, *et al.* Life's Essential ;2022).

Já Prabhakaran *et al.* (2015) compilam evidências sobre intervenções agudas no AVC, mostrando a necessidade de ação rápida e coordenada dos profissionais de saúde, com destaque para a Enfermagem na triagem e nos cuidados iniciais, e reforça a necessidade de protocolos para a intervenção. Da intervenção ajustada, a condição de cada pessoa doente salienta a importância da avaliação e monitorização da evolução das sequelas a partir dos sinais neurológicos, bem como da dependência e durante o internamento, sendo que esta avaliação deve ser contínua. Todos sabemos que esta patologia pode ter manifestações rápidas imprevisíveis e com alterações desde a mobilidade, comunicação, relacionamento e até do humor. Quando exploramos a prevenção de complicações surge como foco as úlceras de pressão, a trombose venosa profunda e pneumonia, mas também as quedas. Na reabilitação e



promoção da autonomia em causa estão estratégias como os posicionamentos a mobilizações, a coordenação de movimentos, o treino de equilíbrio, os levantares, ficar sentado, andar e a participação ativa nas várias atividades com estes fins. Da análise e reflexão surge como importante na intervenção dos enfermeiros uma avaliação sobre as características clínicas e necessidades da pessoa com AVC (fase aguda, reabilitação e cuidados contínuos), com recurso a instrumentos como, por exemplo, escalas e registo objetivos das observações. A importância da comunicação, da educação para a saúde e do suporte à família evidenciam-se como uma realidade com grande frequência em todos os casos e com exigências específicas quando a manifestação é alteração da linguagem, quer seja de emissão ou de compreensão. Em sínteses, diríamos que a Enfermagem é primordial no atendimento, com foco na reabilitação, devendo atuar desde o atendimento na comunidade, no pré-hospitalar até à reabilitação,

com recursos a técnicas específicas que proporcionam às pessoas fazerem face a uma nova vida mediante as condições que resultam do AVC, o que implicitamente está em causa um atendimento individualizado.

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM A MIGRANTES E DIVERSIDADE CULTURAL

A prestação de cuidados a populações migrantes apresenta desafios específicos relacionados à diversidade cultural, barreiras linguísticas e desigualdade no acesso aos serviços. Padilla (2013) descreve o contexto português, onde, apesar da existência de um sistema universal de saúde, persistem barreiras estruturais, legais e sociais que dificultam o acesso equitativo dos migrantes aos cuidados. A autora propõe uma abordagem multidimensional que considere os determinantes sociais da saúde, o papel do Estado e a complementaridade da sociedade civil no apoio aos imigrantes. Evidências sobre a importância do acesso a cuidados faz,

## Para intervir junto de migrantes, há necessidade de os enfermeiros desenvolverem competências culturais, autoconfiança e estratégias para lidar com o stress emocional decorrente de contextos de diversidade que é agudizada com a ocorrência de AVC

particularmente, questionarmos sobre o que estamos a fazer com os grupos de migrantes para promover a prevenção do AVC. Ou seja, estamos a intervir junto destas populações para garantir campanhas eficientes, já que a comunicação é uma barreira, para desenvolverem estilos de vida saudáveis, incluindo exercício físico, vigilância de saúde, alimentação saudável e gestão do stress.

O confronto das diversas culturas dos migrantes são uma dificuldade por parte dos enfermeiros, considerando que muitos de nós não temos formação sobre comunidades oriundas de regiões e religiões muito diferentes das culturas mais representativas no nosso país.

As questões económicas, e porque muito dos migrantes estão a desenvolver trabalhos pouco diferenciados, também se tornam uma dificuldade que exige algum acompanhamento e criatividade para encaminhar para recursos de apoio, particularmente na fase da doença e continuidade de cuidados. Por outro lado,

também sabemos que muitos migrantes estão sozinhos sem apoio familiar que, com a falta de recursos económicos, diminui o recurso a algumas respostas sociais, e recordemos que a maioria das pessoas com AVC no pós-internamento necessita de apoio de um cuidador ou de um familiar.

Para intervir junto de migrantes, há necessidade de os enfermeiros desenvolverem competências culturais, autoconfiança e estratégias para lidar com o stress emocional decorrente de contextos de diversidade que é agudizada com a ocorrência de AVC. Do lado dos migrantes, destaca-se a valorização do papel da família, a importância do reconhecimento das crenças culturais sobre saúde e doença e a necessidade de recontextualizar os cuidados conforme a cultura de origem. Tudo aponta para a necessidade de que a prática seja sensível às transições culturais particularmente no decorrer dos cuidados (Reis, A. S.C., Costa, A. M. (2014).

### DESAFIOS NO CUIDADO

A especificidade dos cuidados à pessoa migrante com AVC não está na diferença de consequências na pessoa e família, mas nas condições da diferenciação em responder à vida face à cultura que as pessoas têm.

Sobre as barreiras linguísticas e comunicacionais, salientamos como básico recorrer a orientações nos serviços para fazer face à comunicação, tendo em conta a diversidade de origem dos migrantes com possibilidades diferenciadas de acompanhamento ou de tradutores ou ainda o recurso a intérpretes e mediadores

culturais. A facilitação da comunicação eficaz entre profissionais de saúde e doentes migrantes pode também recorrer a tecnologias de apoio. Dificuldades de comunicação podem comprometer a qualidade dos cuidados.

As diferenças culturais na perceção da doença, dor, incapacidade e reabilitação é uma área que, além de reflexão crítica, os enfermeiros devem recorrer à prática baseada na evidência para identificar os aspetos culturais face à região e religião da pessoa com AVC e os seus familiares. Variações na compreensão da doença, tratamento e estratégias de reabilitação e nas expectativas em relação ao tratamento podem levar ao abandono das estratégias usadas adequadamente para cada caso e a um prognóstico pior. Em relação aos obstáculos no acesso aos cuidados e na adesão ao tratamento, os enfermeiros têm de valorizar quando há necessidade de dispositivos de compensação e no apoio aos cuidados após o internamento com o recurso ao apoio social. Por último, a necessidade de formação contínua dos profissionais sobre saúde migrante e diversidade cultural é uma necessidade para o desenvolvimento de competências e de habilidades culturais para oferecerem cuidados sensíveis às diferenças culturais.

### REFLEXÃO

Se a assistência do migrante é um problema de equidade no acesso aos cuidados, parte do mesmo advém das políticas instituídas e da organização das respostas por parte das instituições de

saúde, pelo que da reflexão recomendamos repensar políticas institucionais que favoreçam a inclusão dos migrantes no sistema de saúde.

Torna-se evidente que estamos perante desafios éticos na tomada de decisão e no respeito pela autonomia cultural dos migrantes e que, além de organização, exige investimento para garantir qualidade a estes consumidores de cuidados.

Estamos à procura de respostas que garantam que todas as pessoas migrantes com AVC, independentemente da origem, recebam cuidados de qualidade.

O respeito às diferenças culturais também é um problema ético, considerando que está em causa o reconhecimento, a valorização das práticas e crenças culturais das pessoas e o recurso a políticas institucionais, inclusivamente a promoção da

inclusão e a diversidade nos serviços de saúde.

O cuidado de Enfermagem ultrapassa em muito a execução dos cuidados necessários, pois em causa está também a defesa dos direitos do seu cliente, o reconhecimento da sua

**A necessidade de formação contínua sobre saúde migrante e diversidade cultural é uma necessidade para o desenvolvimento de competências e de habilidades culturais para oferecerem cuidados sensíveis às diferenças culturais**

diferença e a necessidade de atenção e afeto.

O reforço da importância da preparação dos enfermeiros para lidar com a diversidade – física, social, espiritual e cultural – é um problema que não é favorecido pelas dotações que encontramos nos serviços.

A reflexão que realizamos levou-nos a reiterar a importância dos cuidados à pessoa com AVC, de forma a tornar a nova vida de cada um delas um sucesso e ajudá-la a viver bem na sua condição, mesmo que seja migrante. Deixamos ainda a sugestão, para aprofundar os conhecimentos, o recurso ao livro “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com AVC – Viver o Mundo pela Metade”. As práticas clínicas devem de ser melhoradas para estas pessoas, mas também o investimento em investigação na área é uma necessidade.

## REFERÊNCIAS

- \_Watson, J. (2008) - Nursing: The philosophy and science of caring (Rev. ed.). University Press of Colorado.
- \_Henderson, V. (2007). Princípios básicos dos cuidados de Enfermagem do CIE . Camarate, ed Lusodidacta.
- \_Orem, D. E. (2001). - Nursing: Concepts of practice(6th ed.). Mosby.
- \_Leininger, M. M. (1991). Culture care diversity and universality: A theory of nursing. National League for Nursing Press.
- \_Peplau, H. E. (1991). Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. Springer.
- \_Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company.
- \_Neto, D., Costa, J., Martins, L., Maerta, M., & Florentim, R. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 2(01e), 82. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31615>
- \_(Tricco, A. C., Langlois, E. V., & Straus, S. E. (Eds.). (2017). Rapid reviews to strengthen health policy and systems: A practical guide. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258698>
- \_Cavalcante, T. F., et al. (2011). "Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura." *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1495-1500. Disponível em: SciELO Brasil+1SciELO Brasil+1
- Silva, D. N., et al. (2019). "Cuidados de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral (AVC): revisão integrativa." *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, Supl. 36, e2136. Disponível em: Acervo Mais
- \_Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. (2021) - Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. *Stroke*. 2021;52(7):E364-E467. doi:10.1161/STR.0000000000000375
- \_Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CAM, et al. Life's Essential (2022) - Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health. *Circulation*. 2022;146(5):E18-E43. doi:10.1161/CIR.0000000000001078
- \_Prabhakaran S, Ruff I, Bernstein RA. Acute stroke intervention: A systematic review. *JAMA*. 2015;313(14):1451-1462. doi:10.1001/jama.2015.3058
- \_Padilla B. (2013) - Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *Rev Inter Mob Hum*. 2013;21(40):49-68.
- \_Reis, A. S.C., Costa, A. M. (2014). Cuidar imigrantes: desafios na prática clínica de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* (4) 2, 61-69
- \_Reis, A. (2015). "Intervenções de enfermagem culturalmente congruentes em imigrantes." *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV(7), 45-54.

## Catarina Esteves Santos

Enfermeira na Consulta  
de Imunodeficiência  
do Hospital de Cascais



Enquanto especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Catarina Esteves Santos expõe a sua perspetiva sobre os cuidados prestados à população migratória com diagnóstico de VIH, sublinhando a importância de estratégias culturalmente inclusivas com foco na literacia em saúde e redução do estigma.

# Cuidar em diversidade Desafios da Enfermagem junto da pessoa migrante que vive com VIH

O ato de cuidar, na sua essência mais humana, transcende barreiras linguísticas, culturais e geográficas. No entanto, na prática clínica, sobretudo em contextos de diversidade migratória crescente, essas barreiras tornam-se desafios concretos que exigem preparação, adaptação e sensibilidade por parte dos profissionais de saúde. Nos últimos anos, tem-se assistido a um aumento expressivo da presença de pessoas migrantes entre os novos diagnósticos de infeção por VIH em Portugal. De acordo com o relatório “Infeção por VIH em Portugal – 2024”, os dados mais recentes revelam que, em 2023, mais de metade dos novos casos (53,1%) ocorreram em pessoas nascidas fora de Portugal, enquanto que apenas 46,9% correspondiam a nacionalidade portuguesa.

A análise da origem geográfica mostra uma distribuição significativa entre pessoas oriundas da América Latina (49,8%), com especial destaque para o Brasil, e da África Subsariana (42,4%), nomeadamente países como a Guiné-Bissau e Angola.

O perfil dos novos diagnósticos apresenta diferenças marcadas entre homens e mulheres. Entre as mulheres diagnosticadas com VIH em 2023, 62,2% eram

migrantes, sendo que mais de 81% destas provinham da África Subsariana. Já entre os homens, os migrantes representaram 49,3% dos novos casos, sendo a América Latina a principal região de origem (66,2%) neste grupo. Além da origem, importa destacar que em cerca de metade dos casos entre pessoas migrantes (50,7%), a provável aquisição da infeção ocorreu já em território português, o que reforça a importância de estratégias de prevenção e rastreio direcionadas a estas populações recém-chegadas, muitas vezes em situação de vulnerabilidade legal, económica e social.

A estratificação por modo de transmissão também evidencia padrões distintos. No grupo de homens que têm sexo com homens (HSH), 47,8% dos casos foram diagnosticados em migrantes da América Latina, enquanto 45,3% correspondiam a indivíduos nascidos em Portugal. Já no grupo de mulheres com transmissão heterossexual, 62,7% eram migrantes, sobretudo da África Subsariana (82,3%).

Outro dado preocupante refere-se à alta proporção de diagnósticos tardios entre os migrantes, definidos como contagens de CD4 inferiores a 350 células/mm<sup>3</sup> no momento do diagnóstico. Estes casos representaram 58% dos

diagnósticos em 2023, sendo particularmente frequentes em homens heterossexuais (65,7%), pessoas com 50 anos ou mais (69,9%) e indivíduos oriundos de outros países da Europa (68,4%). Estes números indicam não apenas um atraso na entrada destas pessoas nos cuidados de saúde, mas também a presença de barreiras — linguísticas, culturais, económicas ou relacionadas com o estigma — que dificultam o acesso atempado ao diagnóstico e tratamento. Este retrato epidemiológico reforça a necessidade de estratégias de Enfermagem culturalmente competentes, acessíveis e inclusivas, com foco na literacia em saúde, redução do estigma e adaptação dos cuidados às realidades específicas de cada pessoa.

Na realidade prática, tem-se observado um acréscimo notório de população migrante a recorrer aos cuidados de saúde. Este fenómeno pode ser atribuído a múltiplos fatores: a maior mobilidade internacional, a vulnerabilidade social e económica que afeta os migrantes, e o facto de, em muitos casos, o diagnóstico de VIH ocorrer apenas após a chegada ao país, durante exames de rotina ou consultas por outras queixas de saúde. Este cenário traz uma complexidade clínica e psicossocial acrescida, que exige uma resposta multidisciplinar, integrada e culturalmente sensível.

Na Consulta de Imunodeficiência de VIH onde exerço como enfermeira especialista em Saúde Mental dedicada ao VIH, esses desafios têm-se tornado cada vez mais evidentes, sobretudo com o aumento significativo de pessoas migrantes recém-diagnosticadas com VIH, conforme destacado em relatórios recentes.

## Este retrato reforça a necessidade de estratégias culturalmente competentes, acessíveis e inclusivas

### BARREIRAS LINGUÍSTICAS E COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL

Uma das principais dificuldades enfrentadas pelas equipas de Enfermagem é, sem dúvida, a barreira linguística. A comunicação é um pilar fundamental na relação terapêutica, e quando esta é comprometida, há um risco real de falhas na compreensão das orientações clínicas, adesão aos tratamentos e envolvimento ativo na gestão da doença. Para ultrapassar este desafio, têm sido adotadas diversas estratégias como o recurso a tradutores digitais, presenciais e telefónicos. Ainda que nem sempre esteja disponível de forma imediata, esta tem sido uma solução prática. A utilização de materiais educativos em diferentes idiomas, a simplificação da linguagem utilizada e o reforço da comunicação não verbal são outras ferramentas amplamente utilizadas pelo método de desenho. Além disso, a criação de redes de apoio entre pares — migrantes que já dominam a língua e conhecem o sistema de

saúde — tem demonstrado ser uma abordagem eficaz para a mediação cultural.

### A ENFERMAGEM COMO INFLUÊNCIA E FERRAMENTA DE LITERACIA

Enquanto profissional de Enfermagem e criadora de conteúdos digitais na área do VIH, tenho procurado usar plataformas como o TikTok (@catarinaesteveasantos - onde tenho mais de 16K seguidores de vários países e idades) para promover a literacia em saúde, desmistificar a infeção por VIH e combater o estigma associado. Esta presença digital tem permitido alcançar um público mais jovem e mais velho, e diversificado, incluindo migrantes, muitos dos quais encontram nas redes sociais uma primeira fonte de informação. Através de vídeos curtos e informativos, tenho partilhado orientações práticas, histórias reais e mensagens de empoderamento, contribuindo não só para o aumento do conhecimento sobre o VIH, mas também para a retenção destas pessoas nos cuidados.

### FORMAÇÃO EM COMPETÊNCIAS CULTURAIS

Reconhecendo a importância de uma prática culturalmente competente, a equipa de Enfermagem tem procurado atualizar-se através de formações específicas. Estas formações incidem sobre temas como a diversidade cultural, competências interculturais, preconceito implícito e práticas de saúde tradicionais. Contudo, ainda há um caminho a percorrer no que diz respeito à institucionalização desta

formação como parte integrante e contínua da prática profissional. A orientação para uma Enfermagem mais sensível culturalmente não deve ser um esforço pontual, mas uma componente sistemática da formação contínua dos profissionais.

## ACOLHIMENTO E ADAPTAÇÃO DOS CUIDADOS

O acolhimento da pessoa migrante nos serviços é feito com base num esforço deliberado de empatia, escuta ativa e validação das suas experiências. A equipa de Enfermagem organiza-se de forma a criar ambientes acolhedores e seguros, respeitando as especificidades culturais e religiosas. Sempre que possível, são adaptados os planos de cuidados às crenças e práticas culturais da pessoa. Por exemplo, na área da infeção VIH, a questão da amamentação tem sido cada vez mais discutida, considera-se o jejum durante o ramadão, as práticas alimentares específicas, o papel da família nas decisões terapêuticas, entre outros aspetos. Esta abordagem personalizada tem-se revelado fundamental para o sucesso da adesão terapêutica, porque colocamos a pessoa no centro da tomada de decisão.

## CONDIÇÕES CLÍNICAS MAIS COMUNS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS

No contexto da infeção por VIH, as pessoas migrantes apresentam, frequentemente, condições clínicas associadas à progressão tardia da doença, devido ao diagnóstico em fases avançadas. Observam-se também coinfeções como a tuberculose, hepatites virais,

## Sempre que possível, são adaptados os planos de cuidados às crenças e práticas culturais da pessoa

sífilis e, em alguns casos, doenças oportunistas que já são raras devido ao diagnóstico precoce. As necessidades de Saúde Mental são igualmente relevantes: depressão, ansiedade, stress pós-traumático e sofrimento emocional relacionado com o processo migratório são frequentes e exigem atenção especializada. Enquanto enfermeira especialista em Saúde Mental, tenho identificado uma maior prevalência de sofrimento psíquico não verbalizado, muitas vezes mascarado por sintomas somáticos e que tentamos medir através do uso de escalas para validar a intervenção e impacto positivo na qualidade de vida.

## ADESÃO TERAPÊUTICA E RECETIVIDADE

A adesão ao tratamento antirretrovírico por parte das pessoas migrantes depende em grande medida da relação estabelecida com a equipa de saúde e da autopercepção sobre a doença. Quando essa relação é marcada pela confiança, respeito mútuo e comunicação clara, a recetividade ao tratamento tende a ser elevada. No entanto, fatores como o estigma cultural em torno do VIH, o medo da deportação, a desinformação e a instabilidade socioeconómica podem comprometer a continuidade dos cuidados. Daí a importância de intervenções que promovam a literacia em saúde e o empoderamento da pessoa

migrante enquanto protagonista do seu percurso terapêutico. O contacto com a pessoa migrante é, simultaneamente, um dos maiores desafios e uma das mais recompensadoras experiências da prática de Enfermagem. O desafio reside na necessidade constante de adaptação, de sair da zona de conforto, de ultrapassar preconceitos e de trabalhar com escassos recursos e tempo limitado. Mas a recompensa é incomparável: é ver a confiança a ser construída, é perceber que alguém que chegou desconfiado e em sofrimento encontra apoio, cuidado e esperança. É perceber que, mesmo numa língua diferente, a linguagem do cuidado é universal.

## O PAPEL DA EMPATIA E DA ESCUTA ATIVA

Por fim, se há algo que considero essencial e que deve ser continuamente reforçado na prática de Enfermagem junto das pessoas migrantes, é a empatia e a escuta ativa. Só através da escuta genuína, sem julgamentos, conseguimos compreender as necessidades reais da pessoa e adaptar os nossos cuidados. A empatia não é um extra — é um instrumento clínico tão vital como qualquer outro. Numa altura em que o mundo se move e as fronteiras se diluem, é urgente que a Enfermagem continue a afirmar-se como uma profissão humanista, inclusiva e transformadora.

# Mutilação Genital Feminina/ /Corte dos Genitais Femininos Violação dos Direitos Humanos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Mutilação Genital Feminina/Corte dos Genitais Femininos (MGF/C) como todos “os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos, sem razão médica”. Estima-se que no mundo, 200 milhões de meninas e mulheres tenham sido submetidas à prática da MGF/C; 4,4 milhões estão em risco todos os anos; 12 mil todos os dias e que até 2030, haverá 68 milhões de meninas e mulheres em risco de sofrerem algum tipo de MGF/C. Os números falam por si, e nunca é demais reforçar a importância de continuar a sensibilizar os enfermeiros e o mundo para este drama silencioso, tal como o impacto negativo que esta prática representa na vida de muitas meninas e mulheres.

A MGF/C é classificada pela OMS em quatro diferentes tipos: o tipo I consiste na remoção parcial ou total do clítoris e/ou do prepúcio (clitoridectomia), o tipo II na remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios, o tipo III no estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ou dos grandes lábios, com ou sem

excisão do clítoris (infibulação), e o tipo IV que se refere a atos como a punção, perfuração, incisão, corte, escarificação e cauterização.

Esta prática está associada à cultura e à tradição, como um ritual de iniciação ou purificação das crianças do sexo feminino, na preservação da moralidade, castidade, pureza e virgindade, constituindo um estigma a sua não realização, sendo justificada com razões socioculturais, higiénicas e estéticas, espirituais, religiosas e psicossociais. É transmitida de geração em geração e compromete severamente a vida das meninas e mulheres, podendo levar à morte imediata ou tardia. O tipo de corte varia dependendo do grupo étnico, da localização geográfica e de fatores culturais. A idade varia entre os primeiros dias de vida e a adolescência, casamento, durante a primeira gravidez ou mesmo no parto. A excisão é realizada por pessoas respeitadas na comunidade sendo maioritariamente mulheres idosas, parteiras ou curandeiras, também conhecidas por “fanatecas”.

A MGF/C é praticada em cerca de 90 países no mundo, a maioria na África, no entanto as migrações eliminaram fronteiras e haverá mulheres submetidas

## Clara Rodrigues

Enfermeira Especialista  
em Enfermagem de Saúde Materna  
e Obstétrica da ULS Viseu  
Dão-Lafões, EPE



## Catarina Belo

Enfermeira Especialista  
em Enfermagem de Saúde Materna  
e Obstétrica da ULS Viseu  
Dão-Lafões, EPE



## Albino Alberto

Enfermeiro Especialista  
em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
da ULS Viseu Dão-Lafões



## Daniel Pousadas

Enfermeiro Especialista  
em Enfermagem de Reabilitação  
da ULS Viseu Dão-Lafões



a esta prática um pouco por todo o mundo, contudo nos países onde há dados disponíveis sobre a MGF/C, apenas em 51 é abordada esta prática no seu quadro jurídico.

Portugal é considerado pelas organizações internacionais um dos países de risco elevado, dado que residem no país comunidades migrantes provenientes de países onde a prática é prevalente, nomeadamente a Guiné-Bissau e a Guiné-Conacri. A MGF/C é criminalizada em Portugal, tipificada no código penal como crime de natureza pública e punido com pena de prisão de dois a dez anos, tal como os atos preparatórios também são punidos com pena de prisão até três anos.

As deslocações das meninas ao país de origem durante os períodos de férias escolares, contribuem para que estas situações de MGF/C permaneçam ocultas, deixando vítimas e potenciais vítimas em situação de enorme vulnerabilidade, de risco real para a saúde e sem o apoio adequado.

A MGF/C é uma forma de violência física e psicológica e uma violação dos direitos humanos, assumindo uma conjuntura de violência de género, baseada numa desigualdade nas relações de poder entre mulheres e homens, que como consequência limitam a autodeterminação das mulheres, privando-as do direito à integridade física e psicológica. Esta prática tradicional nefasta afeta os direitos e a saúde física, psicológica, sexual e reprodutiva das meninas e mulheres, atentando contra os seus direitos fundamentais e impedindo uma verdadeira igualdade de oportunidades e plena

## É importante que os enfermeiros continuem a aprofundar o conhecimento sobre este fenómeno em Portugal

cidadania. Sabe-se que a MGF/C provoca alterações anatómicas e funcionais nos genitais externos femininos, provocando complicações físicas do foro uroginecológico, sexual, obstétrico e complicações psicológicas.

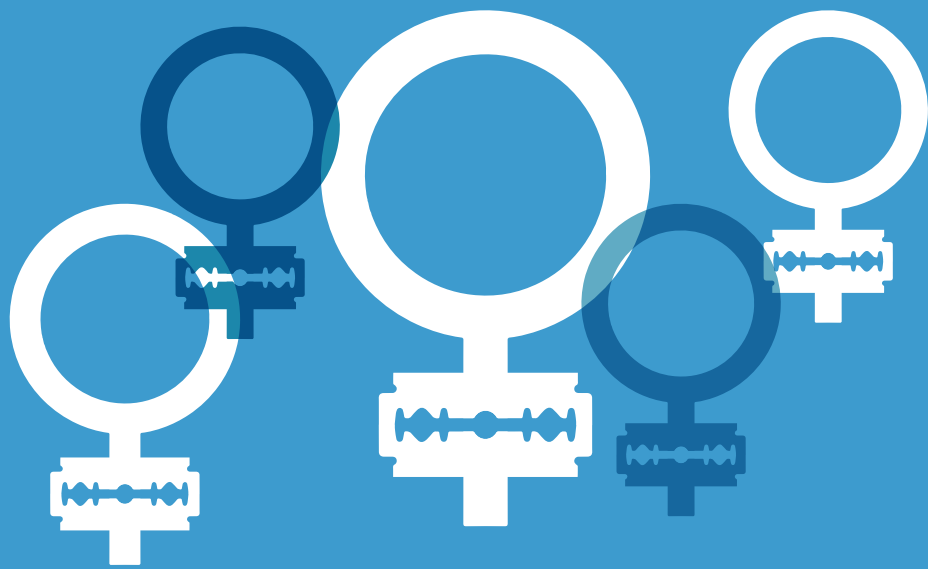
Em 2015 residiam 6500 vítimas de MGF/C no nosso país, embora apenas 10% estejam sinalizadas pelo SNS, no entanto nos últimos anos verificou-se um aumento do número de registos de MGF/C na plataforma Registo de Saúde Eletrónico – Área do Profissional (RSE - AP). Só no ano de 2021 foram registados 141 novos casos nas unidades de saúde, sendo que a maioria terá sofrido esta prática nefasta ainda em criança nos países de proveniência.

Enquanto Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica, a exercer funções na Urgência de Ginecologia e Obstetrícia da ULS Viseu Dão-Lafões, EPE, surgiu a necessidade de desenvolver um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados em Enfermagem em 2022, com o objetivo de sensibilizar os enfermeiros para a importância da identificação, prevenção e intervenção na mulher vítima de MGF/C e na criança em risco/ /perigo de MGF/C, assim como

desenvolver competências que contribuam para a prestação de cuidados de excelência.

No nosso país, em 2022 foram identificados 190 novos casos, em 2023 foram registados 223, e em 2024 foram identificados mais 254 casos, sendo que destes números, o nosso serviço foi responsável pelo registo de quatro.

É importante que os enfermeiros continuem a aprofundar o conhecimento sobre este fenómeno em Portugal, melhorem a qualidade dos registos, promovam estratégias eficazes de combate e erradicação da MGF/C e aprofundem o conhecimento sobre os contextos socioculturais que permitem a prática e a sua realização nas novas gerações. Para isso, devem estar atentos a indicadores de risco, no caso da menina/mulher em risco/ /perigo de sofrer MGF/C, tal como: pertencer a comunidades oriundas ou países onde a prática é prevalente, ser filha de mulher submetida a MGF/C, ter uma irmã mais velha ou prima já submetida a esta prática, passar férias/festa tradicional ao país de origem nas férias escolares, os pais e mães ou responsáveis legais terem acesso limitado a informação sobre a MGF/C e desconhecimento dos efeitos nocivos desta prática ou da própria Lei do país, assim como a presença de parentes mais velhos com forte influência no seio da família ou envolvidos na criação/educação das meninas. Também são sinais de alerta as meninas/mulheres com problemas menstruais, sangramento ou dificuldades em urinar, com mudanças comportamentais significativas e sintomas associados a stress pós-traumático, dificuldade em andar, sentar ou estar de pé e recusa em



ser submetida a exames médicos. O foco de intervenção deve centrar-se nos pais/mães/representante legal/familiares (avós/"tias"), desencorajando a realização da prática, explicando as consequências físicas e psicológicas para a saúde, consequências legais e judiciais. A intervenção do enfermeiro deve cumprir os princípios do cuidado culturalmente competente preservando e/ou mantendo, adaptando e/ou negociando, remodelando e/ou reestruturando o cuidado cultural. Perante uma menina/mulher submetida à prática de MGF/C deve garantir-se a privacidade e a confidencialidade, envolvendo o respeito mútuo, a escuta ativa e empática, não julgando ou manifestando opinião pré-concebida ou juízo de valor, elaborando questões de forma direta e clara com linguagem neutra, simples e compreensível, utilizando expressões como "cortada", "submetida à tradição" ou "fanado" e nunca usar a palavra "mutilada". A observação ginecológica só deve ser feita se a menina/mulher o consentir, evitando a repetição da observação ginecológica, identificando o

tipo de MGF/C e complicações da mesma, procedendo ao registo na plataforma RSE - AP. Se necessário, deverá ser assegurado o aconselhamento psicológico e referência para a consulta de pediatria ou ginecologia. Perante uma recém-nascida/menina/jovem em risco/perigo de MGF/C deverá ser referenciada para o Núcleo de Crianças e Jovens em Risco para implementação de um plano de intervenção e acompanhamento. O dia 6 de fevereiro assinala o Dia Internacional da Tolerância Zero à MGF/C, tendo sido implementado a 20 de dezembro de 2012, pela Assembleia Geral das Nações Unidas através da Resolução 67/146, pedindo a todos os estados-membros, à sociedade civil e a todas as partes interessadas que assinalem o dia adotando políticas e ações com o principal objetivo de erradicar esta prática nefasta. A MGF/C é reconhecida a nível internacional como uma grave violação dos direitos humanos, uma forma de violência contra as meninas e mulheres e uma manifestação da desigualdade de género. Neste sentido, o objetivo 5 de desenvolvimento sustentável (ODS) das Nações Unidas, tem

como meta alcançar a igualdade de género e empoderar todas as meninas e mulheres, a meta 5.3 exige que os 193 países que assinaram os ODS adotem medidas para acabar com todas as práticas lesivas, tais como o casamento infantil, precoce e forçado e a MGF/C.

Nesta perspetiva, também a estratégia nacional para a igualdade e não discriminação 2018-2030 – Portugal + Igual (ENIND), define no objetivo estratégico 6 – prevenir e combater as práticas tradicionais nefastas – MGF/C e os casamentos infantis, precoces e forçados. Para que este objetivo seja uma realidade em 2030, o ritmo da mudança tem de aumentar 27 vezes. Assim, o tema definido para 2025 é "*acelerar o ritmo: reforçar as alianças e construir movimentos para acabar com a MGF/C*", um grito à necessidade crítica de colaboração e um apelo às raparigas, rapazes, homens, mulheres, jovens, sobreviventes, comunidades, organizações e sectores governamentais e não governamentais para que tomem medidas. É essencial um maior investimento e parcerias reforçadas para aumentar as intervenções eficazes e os movimentos sociais para que a indiferença, a inação e a ineficácia não sejam opção. Os enfermeiros podem fazer a diferença e o seu conhecimento e a sua experiência podem ajudar a contribuir para um mundo melhor e mais justo, transformando mentalidades e contribuindo para que a erradicação da MGF/C se torne numa realidade em Portugal e no Mundo.

**CADA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA RASGA UM FUTURO**

**Paulo Roberto  
da Silva Santos**

Enfermeiro Especialista  
e Mestre em Enfermagem Comunitária  
e de Saúde Pública



Paulo Santos, autor da tese de mestrado, enquadra a sua defesa com o panorama atual no que à migração diz respeito. Além de destacar os benefícios destes fluxos migratórios, sublinha que é preciso uma adaptação por parte dos serviços para assegurar os cuidados adequados a estas populações.

# Além-fronteiras “Acessibilidade da população estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários

Os fenómenos migratórios representam nos dias de hoje uma das principais ocorrências no mundo, caracterizadas de movimentação não só de pessoas, como de um conjunto valores sociais, culturais, económicos e políticos, com um marco histórico no século XXI (RODRIGUES e FERREIRA, 2014).

A Organização das Nações Unidas (ONU) faz referência ao facto de existirem nos dias de hoje, mais do que nunca, pessoas a viver num país diferente daquele em que nasceram. Em 2017, o número de migrantes internacionais em todo o mundo, isto é, pessoas que residem num país que não o seu país de nascimento, alcançou os 258 milhões. As mulheres migrantes representavam 48% dos migrantes internacionais. É estimado que cerca de 36,1 milhões sejam crianças, 4,4 milhões estudantes internacionais e 150,3 milhões sejam trabalhadores migrantes. Relativamente à residência, cerca de 31% da população mundial reside na Ásia, 30% na Europa, 26% nas Américas, 10% em África e 3% na Oceânia (ONU, 2019). É reconhecida a importância

**Esta é uma nova  
realidade mundial,  
que se reveste  
de assimetrias e  
convergências em  
áreas diversificadas**

do fenómeno das migrações internacionais que, por um lado, impelem ao desenvolvimento económico dos países de origem e de destino, contribuindo também para o equilíbrio demográfico e enriquecimento social, por outro lado, colocam-se outras questões, nomeadamente as relacionadas com a segurança de indivíduos, sociedades e estados, colocando nas mãos das nações grandes desafios, sobretudo se considerarmos os avanços tecnológicos verificados, que permitem encurtar distâncias e quebrar barreiras (RODRIGUES e FERREIRA, 2014).

Esta é uma nova realidade mundial, que se reveste de assimetrias e convergências em áreas diversificadas. Os fluxos



migratórios podem contribuir para a redução da pobreza, a melhoria do acesso à saúde, educação e segurança alimentar, podendo, igualmente contribuir para uma maior independência dos indivíduos, caracterizando-se por fenómenos não só sociais, como demográficos, com uma dinâmica complexa, que exige a adoção de políticas

governamentais inclusivas e de integração, geradoras de estratégias migratórias positivas. A migração é um fenómeno existente em larga escala em todo o mundo, e Portugal não é exceção. Atualmente, conforme evidencia o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), na evolução do movimento

**A migração é um fenómeno existente em larga escala em todo o mundo, e Portugal não é exceção**

migratório em Portugal dever-se-ão considerar diversas variáveis, nomeadamente o contexto social e económico português, bem como dos países de origem, a evolução legislativa, as relações históricas e culturais, bem como outros fenómenos com repercussão à escala continental e mundial, como sejam: conflitos armados, desastres ambientais e Pandemias (SEF, 2021).

Segundo os dados publicados pelo SEF no Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, verificou-se em 2021, comparativamente com o ano de 2020, um aumento de 5,6% de população estrangeira residente, o que totaliza, no ano em apreço, 698.887 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência, tendo este sido o valor mais elevado registado pelo SEF, desde o seu surgimento no ano de 1976 (SEF, 2021).

No que se refere aos distritos, em Portugal Continental, a maior fatia de residentes estrangeiros distribui-se pelo litoral, sendo que 66,8% destes encontram-se registados nos distritos de Lisboa, Faro e Setúbal, o que totaliza 466.779 cidadãos estrangeiros residentes (SEF, 2021).

O distrito de Faro é o 3.º com o maior número de residentes estrangeiros, verificando-se na distribuição geográfica a nível nacional, que dos 10 concelhos com maior número de população estrangeira, dois são na região do Algarve: Loulé em 8.º lugar, com 18.707 residentes e Albufeira em 10.º, com 16.433 residentes (SEF, 2021).

No que se refere às nacionalidades de estrangeiros residentes destaca-se que a comunidade brasileira se mantém como a que apresenta um maior número de residentes, cerca de

## As atitudes face aos imigrantes ou falta de competências culturais podem determinar a procura de cuidados

29,3% do número total; o Reino Unido, embora com decréscimo de 9,3% de residentes, comparativamente a 2020, é a segunda nacionalidade mais predominante. A Índia ocupa, atualmente o 5.º, ultrapassando a França, China, Ucrânia e Roménia, destacando-se a Itália na 4.º, marcando a tendência de crescimentos nos últimos anos (SEF, 2021).

Os números espelham claramente um país com grande procura pela população estrangeira, pela imagem que lá fora existe, de uma nação segura, capaz de traduzir na população que a procura, bem-estar, qualidade de vida, melhores oportunidades de emprego, entre outros, enraizando-se a ideia de um país de acolhimento.

O contexto migratório verificado em Portugal, pela forma complexa e diversificada que tem surgido, representa um importante desafio ao nível da Saúde Pública, com implicações diretas na dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde. A procura e utilização dos

serviços de saúde é encarada como condição para a obtenção de ganhos em saúde, existindo evidência em vários estudos que pode ser influenciada por fatores sociais, demográficos e económicos, bem como os recursos financeiros e situação laboral. Fatores individuais, como por exemplo, o país de origem, o tempo de residência no país de acolhimento, valores e crenças culturais face à sua situação de saúde, assim como a perceção sobre a utilização dos serviços, experiências anteriores, expectativas e o conhecimento sobre estes, têm impacto no acesso aos cuidados de saúde (DIAS *et al.* 2010).

Outros fatores relacionados com os profissionais de saúde, como as suas atitudes face aos imigrantes ou falta de competências culturais, associados aos relacionados com os próprios serviços, podem, também, determinar a procura de cuidados (DIAS *et al.* 2010). Em Portugal os cuidados de saúde devem ser acessíveis a todos os indivíduos que deles careçam, devendo o Sistema de Saúde Português (SSP) assegurar o direito à proteção da saúde e prevenção da doença da população migrante, assegurando igualdade no acesso. As migrações, com crescimento exponencial nas últimas décadas, colocam grandes desafios no Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português, onde os Cuidados de Saúde Primários (CSP) ocupam um lugar privilegiado, por serem a porta de entrada aos cuidados de saúde, por parte das pessoas, famílias e grupos populacionais. As barreiras e obstáculos no acesso aos cuidados de saúde podem ser de natureza diversa, nomeadamente a nível legislativo,

estrutural, económico, cultural, da própria língua ou da estrutura organizativa dos serviços de saúde.

A observar, nesta ótica de pensamento, as questões relacionadas com as crenças, costumes, valores e ideologias culturais, políticas e religiosas, a par da perceção individual sobre a sua saúde, que determinam e influenciam a componente comportamental em saúde, especificamente no que se refere à procura de cuidados de saúde. Um aspeto a considerar e, até porque a investigação ao nível da acessibilidade da população estrangeira residente aos cuidados de saúde ainda é deficitária, nomeadamente aos CSP, prende-se com própria cultura organizacional dos serviços de saúde, verificando-se algum desconhecimento e formação especializada por parte dos profissionais de saúde, na área da multiculturalidade, o que poderá condicionar não só a questão da acessibilidade, como também a própria resposta que é dada a esta população (DIAS *et al.*, 2010).

Alguns estudos referem poder existir uma relação limitada de acesso aos serviços de saúde por parte dos imigrantes, associada a um potencial risco para a sua saúde, uma vez que o acesso não se evidencia tão universal, por não usufruírem dos vários serviços existentes,

nomeadamente ao nível da promoção da saúde, prevenção ou tratamento da doença. Nesta base poderão estar alguns constrangimentos relacionadas com a componente financeira, a falta de recursos na área da saúde, ou até mesmo a própria adequação ou eficácia de respostas às necessidades de saúde destas populações (ESTRELA, 2009).

Outros fatores verificados na acessibilidade aos serviços de saúde poderão ser: as infra-estruturas, distância e horários de funcionamento dos serviços de saúde, bem como os tempos de espera. Questões relacionadas com um conhecimento limitado sobre a legislação nestas matérias, por parte dos profissionais de saúde, poderão traduzir na exclusão desta população aos serviços de saúde, além de algum comportamento discriminatório e estigmatizante, socialmente verificado e relacionado com a imigração, que poderá condicionar a acessibilidade dos mesmos (DIAS e GONÇALVES, 2007). No seguimento do referido anteriormente, importa evidenciar que os profissionais de saúde dos CSP, pela abrangência de respostas que asseguram, no âmbito dos vários Programas de Saúde, assim como pela proximidade que conseguem estabelecer com estas populações, apresentam um lugar

privilegiado, uma vez que podem desenvolver intervenções de maior complexidade, avaliando de forma holística estes grupos, num exponencial de relação comportamental, que integre os aspetos culturais, como resposta à sua situação de saúde.

Os CSP, à semelhança de outras entidades e serviços prestadores de cuidados de saúde experimentam, igualmente, uma nova realidade, desafiante por sinal, mas exigente, pois implica que sejam tomadas medidas, nomeadamente na capacitação dos profissionais de saúde das várias Unidades Funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Maurício (2009) faz referência à importância da resolução do problema que justificou a procura do imigrante ao Centro de Saúde (CS), sendo que para o efeito a relação estabelecida entre o utente e o profissional deverá procurar ser consensual, com base num processo de negociação, que valorize as questões culturais, os valores e referências do país de origem. A par das diferentes conceções e representações sobre o estado de saúde e doença, em contextos culturais distintos, a relação terapêutica deverá afastar ambientes de hostilidade, desigualdade e qualquer tipo de comportamento discriminatório, pois estamos perante populações vulneráveis, muitas delas longe da sua família e desprovidas de suporte e apoio emocional.

A enfermagem, enquanto profissão que assegura cuidados de saúde holísticos à pessoa, ao longo do seu ciclo de vida e, em CSP, considerando a dinâmica migratória existente em Portugal, é fundamental na adoção de estratégias específicas

**A relação terapêutica deverá afastar ambientes de hostilidade, desigualdade e qualquer tipo de comportamento discriminatório, pois estamos perante populações vulneráveis, muitas delas longe da sua família e desprovidas de suporte e apoio emocional**

## **A população estrangeira deverá ser alvo de uma intervenção focalizada em estratégias de promoção e educação para a saúde, de capacitação, onde a literacia em saúde deverá ter abordagem privilegiada**

na prestação de cuidados à população imigrante, com respeito pela sua cultura, valores, ideologias e princípios, numa relação terapêutica harmoniosa entre a componente social e espiritual.

O cuidar em Enfermagem nestas populações exige que os enfermeiros adquiram conhecimentos e desenvolvam competências específicas, assentes num modelo de capacitação multicultural e, só assim, será possível assegurar cuidados eficazes, ajustados às reais necessidades dos indivíduos. VILELAS e JANEIRO (2011) referem-se a um conceito de Enfermagem transcultural, que se constitui como essencial na prática dos cuidados de enfermagem nos dias de hoje, considerando o número crescente de utentes com nacionalidade estrangeira que recorrem ao SSP. A este nível evidencia-se a necessidade de o enfermeiro reconhecer e valorizar as diferenças culturais na área da saúde, os costumes, crenças

e valores, adaptando a sua intervenção nesta esfera, com vista a garantir a satisfação do utente, atingindo-se ganhos efetivos em saúde.

A competência cultural pode ser caracterizada como um processo contínuo do indivíduo desenvolver esforços no sentido de se tornar cada vez mais autoconsciente, valorizando a diversidade, tornando-se perito sobre os aspetos culturais de cada pessoa. Os enfermeiros culturalmente competentes são sensíveis a aspetos relacionados com a cultura, raça, etnia, género e orientação sexual. Procuram melhorar a sua comunicação, apreciações culturais e adquirem conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes culturas (VILELAS e JANEIRO, 2011).

O conceito do cuidado transcultural em Enfermagem, introduzido por Leininger, privilegia o desenvolvimento de competências culturais por parte dos enfermeiros, para que estes assegurem a prestação de cuidados a pessoas de diferentes etnias, focalizando a relação entre cultura, os cuidados de saúde e o bem-estar (VILELAS e JANEIRO, 2011).

O enfermeiro que desenvolve a sua atividade em contexto comunitário será um profissional de eleição no desenvolvimento e implementação de estratégias direcionadas à população estrangeira, considerando-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) reúne o perfil de competências adequado à intervenção neste nível, como estabelecido no Regulamento das Competências Específicas do EEECS da Ordem dos Enfermeiros: com base na

Metodologia do Planeamento em Saúde, procede à avaliação do estado de saúde de uma comunidade, capacitando-a na aquisição de estilos de vida saudáveis, na procura de cuidados de saúde preventivos, curativos ou de reabilitação. A escolha do tema que conduziu o estudo foi motivada pela pertinência da temática, considerando o crescente número de migrantes em território nacional, bem como os desafios que este fenómeno traz para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português.

A população estrangeira, pelas barreiras e obstáculos que poderá encontrar no acesso aos cuidados de saúde, deverá ser alvo de uma intervenção focalizada em estratégias de promoção e educação para a saúde, de capacitação, onde a literacia em saúde deverá ter abordagem privilegiada, por serem consideradas populações de risco e vulnerabilidade. Os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, deverão, igualmente, ser capacitados para prestar cuidados de saúde a estas populações, pela diversidade de origens culturais que chegam a Portugal.

**OBJETIVO:** Realizar um estudo com o intuito de recolher dados que permitam compreender a existência de barreiras no acesso da população estrangeira aos Cuidados de Saúde Primários.

**MÉTODOS:** O estudo em apreço caracteriza-se como descritivo e exploratório, sendo que os dados utilizados foram obtidos pela pesquisa na Plataforma SIARS (Sistema de Informação das ARS), no que se refere ao número de

utentes estrangeiros inscritos num Centro de Saúde da região do Algarve, por faixas etárias, assim como a sua adesão no âmbito dos vários Programas de Saúde, em termos absolutos e percentuais. Foi também criado um guião de entrevistas exploratórias a realizar aos técnicos de um Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes (CLAIM) de um concelho Algarvio, cuja análise de conteúdo irá permitir obter uma visão sobre outra realidade, que se prende com a perceção da população migrante sobre os CSP no concelho em estudo, obtida nos atendimentos realizados pelos técnicos do CLAIM. Utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística,

intencional ou de conveniência, ou seja, foi constituída por profissionais que respondem aos critérios de inclusão ou exclusão no tema em estudo. Os procedimentos éticos foram cumpridos em conformidade com a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Disponibilizou-se em suporte de papel uma declaração de consentimento informado aos participantes com os objetivos do estudo, bem como a participação esperada, de forma a assegurar o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer consequência.

A colheita de dados obedeceu aos princípios éticos e deontológicos, tendo-se diligenciado junto da Direção Executiva e Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES em apreço pedido de autorização para desenvolvimento do presente estudo, bem como se formalizou pedido de parecer à Comissão de Ética da entidade em causa. A pergunta de investigação foi formulada com base na mnemónica PICO – População, Intervenção/ Interesse ou Exposição, Controlo e resultados/ /Outcome. Foi definida como população-alvo os estrangeiros residentes inscritos num CS de um dos ACES da região Algarvia, sendo a intervenção/interesse do

## PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO (MNEMÓNICA PICO)

(P) População	População estrangeira inscrita num CS
Intervenção	Acesso aos cuidados de saúde
(C) Contexto	Cuidados de Saúde Primários
(O) Outcome/Resultado	Barreiras no acesso aos cuidados de saúde primários

Fonte: Construção própria. Elaboração da pergunta de investigação com base na mnemónica PICO.

estudo o acesso aos cuidados de saúde por parte desta população, o outcome será identificar as barreiras existentes no acesso. A esquematização da pergunta de investigação foi realizada na tabela que se segue: A temática do presente estudo pretende dar resposta à seguinte pergunta de investigação: “Quais as barreiras existentes no acesso da população estrangeira aos cuidados de saúde primários?” A pesquisa descritiva e revisão

da literatura, com o intuito de fundamentar a pertinência da temática do estudo, foi realizada através da consulta em bases de dados científicos, nacionais e internacionais, nomeadamente: EBSCO, Google Académico, Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e SciELO, utilizando como descritores: migrants, primary health care, cultural diversity e health services accessibility, com recurso à plataforma DeCS/ MeSH, Descritores em Ciências da Saúde.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADO

A escolha da temática para o desenvolvimento do presente estudo, que se relaciona com a acessibilidade da população estrangeira inscrita num CS da região Algarvia aos cuidados de saúde, deve-se, não só à evidência já demonstrada anteriormente, com base na revisão literária realizada, como aos dados que de seguida se

apresentam e que refletem claramente a existência de barreiras no acesso dos

residentes estrangeiros aos CSP no concelho em estudo. Os dados constantes na figura

apresentada revelam que, do total de utentes inscritos no CS (63.712), 26,97% são utentes

**FIGURA 1 – UTENTES INSCRITOS NO CS.**

[Ano = 2021] And ((Centro de Saúde))																											
Grupo Etário 5	Nacionalidade						Portuguesa						Estrangeira						% de Estrangeiros no Total								
	Metrics		Nº Utentes distintos				C/ Med		Nº Utentes distintos				C/ Med		Nº Utentes distintos				C/ Med		Nº Utentes distintos						
	Flag Médico	Família	C/ Med	Não	S/ por opção	S/ Méd. Fam.	Total	Fam	Espec	opção	Fam.	Total	Fam	Espec	opção	Fam.	Total	Fam	Espec	opção	Fam.	Total					
0-4 anos			1 959		3	359	2 321				1 853		3	278	2 134			106			81	187	5%			23%	8%
5-9 anos			2 156	18	3	418	2 595				1 921	15	3	238	2 177			235	3		180	418	11%	17%		43%	16%
10-14 anos			2 270	330	4	424	3 028				1 985	288	4	248	2 525			285	42		176	503	13%	13%		42%	17%
15-19 anos			2 335	485		405	3 225				2 036	359		218	2 613			299	126		187	612	13%	26%		46%	19%
20-24 anos			2 352	496	3	573	3 424				1 977	270	3	218	2 468			375	226		355	956	16%	46%		62%	28%
25-29 anos			2 607	475	3	1 008	4 093				2 047	256	2	243	2 548			560	219	1	765	1 545	21%	46%	33%	76%	38%
30-34 anos			2 904	549	4	980	4 437				2 114	297		313	2 724			790	252	4	667	1 713	27%	46%	100%	68%	39%
35-39 anos			3 033	868	2	968	4 871				2 347	430	2	389	3 168			686	438		579	1 703	23%	50%		60%	35%
40-44 anos			3 481	1 297		784	5 562				2 855	607		379	3 841			626	690		405	1 721	18%	53%		52%	31%
45-49 anos			3 558	1 211	6	701	5 476				2 989	635	6	394	4 024			569	576		307	1 452	16%	48%		44%	27%
50-54 anos			3 238	1 113		701	5 052				2 851	560		380	3 791			387	553		321	1 261	12%	50%		46%	25%
55-59 anos			3 112	858		714	4 684				2 716	458		357	3 531			396	400		357	1 153	13%	47%		50%	25%
60-64 anos			2 766	672	1	812	4 251				2 346	328	1	382	3 057			420	344		430	1 194	15%	51%		53%	28%
65-69 anos			2 323	419	1	788	3 531				1 918	168	1	343	2 430			405	251		445	1 101	17%	60%		56%	31%
70-74 anos			1 889	261	1	556	2 707				1 531	119	1	251	1 902			358	142		305	805	19%	54%		55%	30%
75-79 anos			1 356	163		364	1 883				1 136	67		184	1 387			220	96		180	496	16%	59%		49%	26%
80-84 anos			936	115		246	1 297				834	57		173	1 064			102	58		73	233	11%	50%		30%	18%
>=85 anos			908	148	1	218	1 275				858	91		199	1 148			50	57	1	19	127	6%	39%	100%	9%	10%
<b>Total</b>			<b>43 183</b>	<b>9 478</b>	<b>32</b>	<b>11 019</b>	<b>63 712</b>				<b>36 314</b>	<b>5 005</b>	<b>26</b>	<b>5 187</b>	<b>46 532</b>			<b>6 869</b>	<b>4 473</b>	<b>6</b>	<b>5 832</b>	<b>17 180</b>	<b>16%</b>	<b>47%</b>	<b>19%</b>	<b>53%</b>	<b>27%</b>

Nota:  
"Não Espec", corresponde a utentes não frequentadores.

Fonte: SIARS (2022)

de nacionalidade estrangeira (17.180). Estes dados assumem particular interesse pela expressão de população estrangeira inscrita nos CSP no concelho em estudo. No que se refere ao total de estrangeiros inscritos (17.180), que corresponde a cerca 27% do total de utentes inscritos no CS, 47% são utentes não frequentadores. Constata-se, também, que 53% da população estrangeira inscrita não dispõe de médico de família, sendo que 19% não tem médico por opção, e apenas 16% do total de inscritos dispõe de médico de família. Estes dados, pelos valores percentuais que se identificam, são reveladores de compromisso na acessibilidade destes utentes aos cuidados de saúde no aludido concelho. Podemos aferir, também, no que diz respeito aos grupos etários,

que o maior número de utentes frequentadores de nacionalidade estrangeira inscritos situa-se nas idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, ou seja, a população ativa, correspondendo a 70,83%. No grupo etário dos 0-19 anos temos 1.549 inscritos, que corresponde a 12,19% do número total, e 2.158 com 65 ou mais anos de idade, correspondendo a 16,98% da

**53% da população estrangeira inscrita não dispõe de médico de família**

população estrangeira inscrita. Na figura que se segue (Figura 2) apresentam-se os dados referentes às consultas realizadas pela população estrangeira, no ano de 2021, por programa de saúde. Os dados apresentados permitem identificar que do total de 133.024 consultas realizadas no CS, no ano de 2021, 15% foram a utentes de nacionalidade estrangeira. Consegue-se apurar, também, que as consultas de doença aguda recurso, que por norma são as realizadas a utentes sem médico de família, são as que em termos percentuais têm maior expressão na população estrangeira (30%), o que se relaciona com o já apurado anteriormente, e que diz respeito ao facto de existir um grande número de utentes estrangeiros sem médico de família.

**FIGURA 2 – CONSULTAS REALIZADAS PELA POPULAÇÃO INSCRITA NO CS.**

<b>(Ano = 2021) And ((Centro de Saúde)</b>					
<b>Programas de Saúde</b>	<b>Nacionalidade</b>	<b>Total</b>	<b>Portuguesa</b>	<b>Estrangeira</b>	<b>% de Estrangeiros no Total</b>
Consultas adm PF		2 169	1 707	462	21%
Consultas adm SM		3 472	2 154	1 318	38%
Consultas adm SI (< 14 anos)		11 488	10 311	1 177	10%
Consultas adm SI - Juvenil (14 aos 18 anos)		3 246	2 784	462	14%
<b>Total Adultos</b>		<b>109 651</b>	<b>94 295</b>	<b>15 356</b>	<b>14%</b>
Consultas (19 a 44 anos)		29 939	22 729	7 210	24%
Consultas (45 a 64 anos)		43 938	38 934	5 004	11%
Consultas (>= 65 anos)		35 774	32 632	3 142	9%
Nº Consultas adm Domicílio		313	290	23	7%
Nº Cons. Doença Aguda Recurso + AC		2 685	1 880	805	30%
<b>Total Consultas</b>		<b>133 024</b>	<b>113 421</b>	<b>19 603</b>	<b>15%</b>

Fonte: SIARS (2022)

Verifica-se, também, existir um nível percentual relativamente baixo, no que diz respeito às consultas realizadas no âmbito dos vários programas de saúde, com maior relevo na saúde infantil - 14% na faixa etária dos 14 aos 18 anos e 10% nas crianças com menos de 14 anos. As consultas de saúde do idoso têm também um baixo nível percentual, cerca de 9%, sendo que a saúde materna, planeamento familiar e a saúde do adulto são os programas onde se verifica o maior número de consultas realizadas, correspondendo a 38%, 21% e 14%, respetivamente. Paralelamente, e de forma a sustentar o estudo, apresentam-se as considerações obtidas, com base na análise de conteúdo das entrevistas exploratórias realizadas aos técnicos do CLAIM. As entrevistas foram realizadas presencialmente, nas instalações do CLAIM, após formalização de pedido para o efeito, tendo o mesmo sido autorizado pela Vereação da autarquia, com competências delegadas na área da Ação Social – Apoio à integração de migrantes. Para o efeito, foi elaborado um guião de entrevista, constituído por seis

questões, sendo que as respostas foram dadas pelos participantes de forma livre e aberta. Foram entrevistados os três que realizam os atendimentos à população estrangeira.

A análise às questões colocadas permitiu aferir que o CLAIM é um serviço da Divisão de Ação Social do Município em estudo, que resulta de um protocolo com o Alto Comissariado para as Migrações. Este serviço garante o acolhimento, informação e apoio aos cidadãos migrantes, em diversas áreas, como: trabalho, saúde, educação, reagrupamento familiar, nacionalidade, retorno voluntário e legalização. Promove, também, ações que favorecem melhor integração da população migrante, com base na diversidade cultural existente no concelho. No que se refere aos atendimentos realizados, salienta-se que o CLAIM atende diariamente, em média, 40 pessoas de nacionalidade estrangeira. No ano de 2021 este serviço atendeu um total de 13.587 estrangeiros. Relativamente ao principal motivo de procura da população estrangeira a este serviço, destaca-se a regularização em território nacional, que

corresponde a 57% dos atendimentos realizados no ano em análise, sendo que o reagrupamento familiar corresponde a 18%, 14 % diz respeito ao atendimento a cidadãos da União Europeia, sobre assuntos diversos, 5% relaciona-se com a área da educação, especificamente o registo de menores e, sobre a saúde, 2% do número total de atendimentos realizados. O CLAIM, no ano de 2021, atendeu 61 pessoas de nacionalidades diferentes, sendo que as 5 nacionalidades mais atendidas, por ordem decrescente foram: Brasil (30%), Guiné Bissau (20%), Índia (13%), Ucrânia (6%) e Nepal (5%). No que diz respeito à perceção sobre os cuidados de saúde assegurados à população estrangeira pelo CS do concelho em estudo e, com base no que os técnicos observaram nos atendimentos realizados, foi referido a carência de médicos de família, ou seja, existência de um número substancial de estrangeiros sem médico de família, sendo este apontado como um fator que condiciona a acessibilidade desta população aos CSP no concelho. É

evidenciado, também, que os filhos menores de migrantes em situação de regularização não têm o devido seguimento no CS, que alguns migrantes mencionam não ser atendidos por não se encontrarem legalizados e por não disporem de número de utente, bem como é salientado a barreira da língua, como uma das barreiras que não só compromete a acessibilidade, como condiciona o processo de atendimento nos serviços de saúde.

Os cidadãos de nacionalidade estrangeira que recorrem ao CLAIM, no que se refere à acessibilidade aos CSP no concelho, além do mencionado anteriormente, referem existir falta de retaguarda na área da saúde, relacionada com questões legais, apresentar dificuldade na marcação de consultas e, por conseguinte, em ter acesso a exames complementares de diagnóstico e receituário. A informação recolhida junto das equipas de saúde familiar do CS em estudo, nomeadamente médicos, enfermeiros, assistente social e assistentes técnicos, foi outra estratégia utilizada e que permitiu identificar algumas barreiras e constrangimentos no acesso aos CSP pela população estrangeira. Destacam-se, sobretudo, questões culturais, linguísticas, de conhecimento sobre a sua situação de saúde, dos recursos existentes na comunidade de apoio ao imigrante, as próprias expectativas desta população em relação aos serviços e cuidados de saúde prestados, salientando-se, também, o desconhecimento sobre questões legais e normativas instituídas e destinadas a estes indivíduos.

## **A Enfermagem de hoje deve centrar-se num modelo holístico de prestação de cuidados de saúde, com um olhar atento ao multiculturalismo**

### CONCLUSÃO

As barreiras e obstáculos no acesso aos CSP podem ser diversificados, além de comprometedores da saúde da população estrangeira residente. Destacam-se as questões a nível legislativo, estrutural, económico, cultural e da própria língua ou da estrutura organizativa dos serviços de saúde, além das crenças, costumes, valores e ideologias culturais, políticas e religiosas, a par da perceção individual sobre a sua saúde destes, que aliadas à carência de recursos no setor da saúde, colocam em causa não só a acessibilidade, como a própria universalidade, nomeadamente ao nível da promoção da saúde, prevenção ao tratamento da doença.

É crucial uma readaptação estrutural nos serviços de saúde, pela resposta crescente que estes devem assegurar, nos diferentes níveis de cuidados. Deverão ser adotados programas e políticas integrativas em saúde, com envolvimento dos profissionais, numa resposta ajustada às necessidades efetivas da população estrangeira residente. A realidade vivenciada atualmente no SNS, no que se refere à acessibilidade da população estrangeira aos cuidados de saúde, permite-nos compreender que é imperativo a

sensibilização dos profissionais de saúde para a prestação de cuidados culturalmente direcionados às necessidades destes utentes.

Os enfermeiros, nomeadamente os EEECS, são os profissionais que reúnem o perfil de competências adequado à gestão dos cuidados a este grupo populacional, verificando-se na prática clínica de hoje a existência de maior sensibilidade para o cuidar com respeito pelas diferentes etnias e culturas, o que traduz-se na existência de progressos na acessibilidade, favorecida pela existência de recursos e apoio de outras equipas da comunidade, como por exemplo das autarquias. A Enfermagem de hoje deve centrar-se num modelo holístico de prestação de cuidados de saúde, com um olhar atento ao multiculturalismo, promovendo práticas ajustadas a cada indivíduo, ao longo do seu ciclo de vida, atendendo à existência de pessoas/grupos com diferentes necessidades, consoante o seu país de origem. A este nível, importa referir que os planos de cuidados devem privilegiar intervenções direcionadas, assentes num diagnóstico de saúde abrangente, e que fomente não só o trabalho em equipa, como em rede.

A formação dos profissionais enfermeiros, sobre o cuidar em diferentes culturas, tem ganho expressão nas várias unidades de saúde, atendendo à necessidade crescente que se identifica nas respostas em saúde à população estrangeira, cada vez mais diversificada. O processo de capacitação dos profissionais para prestação de cuidados culturalmente competentes é uma realidade nos CSP, verificando-

-se que as equipas das diferentes Unidades Funcionais integram na sua prática clínica estratégias específicas, que envolvem, por exemplo, o conhecimento sobre hábitos e costumes de determinada cultura, a quem dirigem a sua intervenção. Diante dos resultados obtidos, considera-se de extrema importância a existência de programas comunitários que promovam a literacia em saúde, bem como a capacitação da população estrangeira, devendo estas estratégias ser encaradas como uma prioridade ao nível dos CSP, de forma a garantir melhor acessibilidade destes indivíduos, reduzindo assimetrias, desigualdades e promovendo a sua integração na sociedade civil e, só assim, conseguiremos obter ganhos efetivos em saúde. A definição de estratégias deve ser colocada em prática pelos decisores políticos, pelos profissionais de várias áreas e setores, na definição de

uma estratégia concertada, envolvendo autarquias locais, entidades regionais, o movimento associativo representativo da população estrangeira a nível local, entre outros. Ou seja, toda a comunidade civil, no apoio a projetos/programas dirigidos à comunidade imigrante, por se tratarem de pessoas em situação de vulnerabilidade. Por outro lado, realça-se um novo paradigma que se afigura na Enfermagem, verdadeiramente desafiante, onde os cuidados assegurados deverão ser culturalmente competentes, garantindo a

satisfação do utente e atingir ganhos em saúde. Assim, identifica-se que a enfermagem transcultural é essencial na prática dos enfermeiros nos dias de hoje, sendo que nos CSP deverá ter uma abordagem privilegiada, por ser a “porta de entrada” dos indivíduos estrangeiros residentes. O cuidar em enfermagem, de forma holística e individualizada, assente nas necessidades culturais de cada utente deverá ser encarada como uma estratégia, com vista a satisfazer as necessidades dos utentes de culturas diferentes.

**Diante dos resultados obtidos, considera-se de extrema importância a existência de programas comunitários que promovam a literacia em saúde, bem como a capacitação da população estrangeira, devendo estas estratégias ser encaradas como uma prioridade ao nível dos CSP**

---

## REFERÊNCIAS

- \_DIAS, S.; GONÇALVES, A. Migração e Saúde. 2007. Disponível em: [https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc\\_apoio/migracoes\\_e\\_saude.pdf](https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/migracoes_e_saude.pdf)
- \_DIAS, S.; RODRIGUES, R.; SILVA, A.; HORTA, R., CARGALEIRO, H. Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. *Arq Med*, 24(6), 253-9. 2010
- \_ESTRELA, P. A saúde dos imigrantes em Portugal. Dossier da Multiculturalidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 25 (1). 45-55. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i1.10590>
- \_MAURÍCIO, I. Mais e novos imigrantes: que dificuldades para os profissionais nos Cuidados de Saúde Primários. Dossier da Multiculturalidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 25 (1). 56-64. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i1.10591>
- \_ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. Migrações. 2019. Disponível em: <https://unric.org/pt/darfur-cessacao-das-hostilidades-e-uma-prioridade-muito-urgentelembra-secretario-geral-3/>
- \_PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República* n.º 124, 2ª série, 19354-19356. 2018. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115698616/details/maximized>
- \_PORTUGAL. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. População Estrangeira Residente em Portugal. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. 2021. Disponível em: <https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2021%20vfin2.pdf>
- \_RODRIGUES, T.; FERREIRA, S. Portugal e a globalização das migrações. *Desafios de segurança. População e Sociedade. População e Sociedade*. Porto, vol. 22, p.137-155. 2014. Disponível em: [https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/3289712/IPRI\\_Teresa\\_Ferreira\\_Rodrigues\\_Susana\\_de\\_Sousa\\_Ferreira\\_Portugal\\_e\\_a\\_globaliza\\_o\\_das\\_migra\\_es.\\_Desafios\\_de\\_seguran\\_a.pdf](https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/3289712/IPRI_Teresa_Ferreira_Rodrigues_Susana_de_Sousa_Ferreira_Portugal_e_a_globaliza_o_das_migra_es._Desafios_de_seguran_a.pdf)
- \_VILELAS, J.; JANEIRO, S. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>

ANUÁRIO 2025

