



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Desafios no Acesso aos Cuidados de Saúde de Crianças Migrantes: um estudo qualitativo

Francisco José Pereira Albernaz

Junho de 2026

Desafios no Acesso aos Cuidados de Saúde de Crianças Migrantes: um estudo qualitativo

Francisco José Pereira Albernaz

Estágio com Relatório Final

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Luís Miguel Pereira Condeço

Junho de 2026

Pensamento

“A vida é como uma estrada que percorremos,
onde num dia estamos aqui e no outro já partimos”

Tom Cochrane

Dedicatória

Aos meus pais, Vítor e Fernanda, e aos meus avós paternos, José e Maria Belém,
por serem presença constante em todos os momentos, pela força que me
transmitiram quando mais precisei e por nunca me terem permitido desistir. Pelo
amor, pela confiança, pelo exemplo que são e pelos ensinamentos que me guiaram,
deixo-vos esta conquista, que é, em grande parte, vossa.

Agradecimentos

A concretização deste projeto representa o culminar de um percurso exigente, que não teria sido possível sem o apoio, a orientação e o contributo de várias pessoas, às quais expresso o meu sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, ao meu orientador, Professor Luís Miguel Pereira Condeço, pela disponibilidade, orientação rigorosa e pelos contributos decisivos ao longo de todo o processo.

À Enfermeira Especialista e Mestre Cláudia Esteves, à Enfermeira Especialista e Mestre Rosa Gonçalo e ao Enfermeiro Especialista e Mestre Ricardo Mota, bem como à Enfermeira Especialista Marta Afonso e à Enfermeira Especialista Carla Fonseca, pelo acompanhamento, orientação e contributo essencial para o meu desenvolvimento profissional ao longo das experiências de estágio.

Aos profissionais dos diferentes serviços onde decorreu o meu percurso de estágio e o meu projeto de investigação, pela integração nas equipas, pela partilha de conhecimentos e pela colaboração contínua, fundamentais para a minha aprendizagem e desenvolvimento. Aos meus colegas e amigos, pelo apoio, entreaajuda e compreensão nos momentos de maior exigência.

À minha namorada, Laura, pelo apoio e amor incondicional, mesmo nos momentos mais difíceis. Por todos os sacrifícios que fez por mim e por nunca ter deixado de acreditar. Como disse Antoine de Saint-Exupéry, “Amar não é olhar um para o outro, é olhar juntos na mesma direção.” Que continuemos a olhar juntos para o futuro, lado a lado, na concretização dos nossos objetivos.

À minha irmã, Tamara, pela presença constante e pelos conselhos que sempre me ajudaram a ultrapassar os momentos mais difíceis, sendo um pilar fundamental ao longo deste percurso. À minha afilhada Constança, por me lembrar, todos os dias, da importância do cuidado, da dedicação e do amor.

Por fim, à minha família, que me acompanha desde sempre e àquela que fui ganhando ao longo dos últimos anos, pelo apoio incondicional, que sempre me orientaram ao longo deste percurso.

A todos, a minha sincera gratidão.

Resumo

Enquadramento: O aumento da multiculturalidade na sociedade portuguesa evidencia a necessidade de um sistema de saúde capaz de responder adequadamente à diversidade cultural, particularmente nos cuidados prestados à criança migrante e respetiva família.

Objetivos: Compreender de que forma os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica percecionam e enfrentam as barreiras existentes na prestação de cuidados a crianças migrantes, bem como identificar estratégias promotoras de cuidados mais equitativos e culturalmente sensíveis.

Métodos: Desenvolveu-se um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, sustentado na metodologia fenomenológica-hermenêutica de van Manen, com parecer favorável da Comissão de Ética hospitalar. A amostra integrou dez Enfermeiros Especialistas. A recolha de dados realizou-se através de entrevistas semiestruturadas, orientadas por um guião previamente elaborado.

Resultados: Os resultados evidenciam que o cuidado à criança migrante permanece marcado por barreiras linguísticas, culturais, burocráticas e relacionadas com a literacia em saúde. Os participantes identificam dificuldades na comunicação, acesso aos cuidados e compreensão das orientações terapêuticas, referindo o recurso frequente à urgência por parte das famílias migrantes. Destacam ainda estratégias como mediação cultural, utilização de tradutores e adaptação das práticas profissionais. Sobressaem igualmente desafios associados à alimentação, burocracia institucional, desinformação e receio das famílias.

Conclusão: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel fundamental na promoção de cuidados culturalmente competentes, humanizados e equitativos, constituindo-se como elemento central na mediação entre o sistema de saúde e as famílias migrantes.

Palavras-chave: Criança; Emigrantes e Imigrantes; Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde; Enfermagem transcultural; Pesquisa qualitativa.

Abstract

Background: The growing multiculturalism in Portuguese society highlights the need for a healthcare system capable of responding appropriately to cultural diversity, particularly in the care provided to migrant children and their families.

Objective: To understand how Specialist Nurses in Child and Pediatric Health Nursing perceive and address the barriers existing in the provision of care to migrant children, as well as to identify strategies that promote more equitable and culturally sensitive care.

Methodology: An exploratory-descriptive qualitative study was conducted, based on van Manen's phenomenological-hermeneutic methodology, with a favorable opinion from the hospital Ethics Committee. The sample included ten Specialist Nurses. Data collection was carried out through semi-structured interviews guided by a previously prepared script.

Results: The results show that care for migrant children remains marked by linguistic, cultural, bureaucratic, and health literacy barriers. Participants identified difficulties in communication, access to care, and understanding therapeutic guidance, noting the frequent use of emergency services by migrant families. They also highlighted strategies such as cultural mediation, use of interpreters, and adaptation of professional practices. Additional challenges emerged in relation to nutrition, institutional bureaucracy, misinformation, and family fears.

Conclusion: The Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing plays a fundamental role in promoting culturally competent, humanized, and equitable care, acting as a central element in mediating between the healthcare system and migrant families.

Keywords: Child; Emigrants and Immigrants; Barriers to Health Care Access; Transcultural Nursing; Qualitative Research.

Sumário

<i>Lista de tabelas</i>	<i>17</i>
<i>Lista de figuras</i>	<i>19</i>
<i>Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....</i>	<i>21</i>
Introdução.....	23
Parte I – Percurso Formativo em Estágio.....	27
1. Estágio de Pediatria	29
2. Estágio de Urgência Pediátrica.....	33
3. Estágio de Neonatologia	37
Parte II – Estudo de Investigação	41
4. Enquadramento Teórico	43
5. Metodologia.....	51
5.1. Tipo de Estudo	51
5.2. População e Amostra.....	52
5.3. Instrumentos de Colheita de Dados.....	52
5.4. Procedimentos de Colheita de Dados	53
5.5. Tratamento e Análise dos Dados.....	53
5.6. Considerações Éticas.....	53
6. Resultados.....	55
7. Discussão dos Resultados	65
8. Conclusão.....	69
Considerações Finais	71
Referências bibliográficas	73
Apêndices.....	81
Anexos	87

Lista de tabelas

		Pág.
Tabela 1	Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	55
Tabela 2	Desafio/barreira linguística	58
Tabela 3	Desafios/barreiras burocráticos e administrativos	59
Tabela 4	Desafio/barreira literacia em saúde	61
Tabela 5	Desafio/barreira cultural	64

Lista de figuras

Figura 1 Categorías emergentes

Pág.
56

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AIQDA	Análise e Investigação Qualitativa Assistida por Computador
CHU	Centros Hospitalares Universitários
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
EESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
IOM	International Organization for Migration (Organização Internacional para as Migrações)
MESIP	Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
RGPD	Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
RN	Recém-nascido
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SP	Serviço de Pediatria
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
TAP	Triângulo de Avaliação Pediátrica
UCERN	Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCINP	Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e Pediátricos
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
VSR	Vírus Sincicial Respiratório
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Estágio com Relatório Final do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, contempla o percurso formativo desenvolvido em diferentes contextos clínicos, designadamente Internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica e Neonatologia. Este trajeto permitiu o desenvolvimento de competências especializadas centradas na criança, jovem e família, sustentadas na evidência científica e nos referenciais normativos da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019, Regulamento n.º 140/2019; OE, 2026, Regulamento n.º 454/2026).

A diversidade de contextos de estágio proporcionou o contacto com realidades clínicas distintas, mas complementares, desde situações de doença aguda e crónica em internamento, à prestação de cuidados em contexto de elevada complexidade e imprevisibilidade na Urgência Pediátrica, bem como ao acompanhamento do recém-nascido e família em unidades neonatais. Estes contextos revelaram-se fundamentais para a consolidação de competências técnicas, relacionais e éticas, bem como para o desenvolvimento de uma prática reflexiva e crítica.

O desenvolvimento do conhecimento para a produção de evidência vai além do simples processo de criação de resultados através de mensurações rigorosas. A produção científica assenta numa atitude de validação sobre as razões pelas quais os enfermeiros atuam de determinada forma (Armstrong et al., 2022). A reflexão, enquanto processo de questionamento crítico, constitui o primeiro passo no desenvolvimento do conhecimento, seja através da investigação ou de processos de melhoria contínua da qualidade que permitem identificar lacunas no conhecimento e nos resultados em saúde (Armstrong et al., 2022).

A prática reflexiva orienta a formulação de questões críticas sobre a variabilidade dos resultados, sendo fundamental para compreender os problemas subjacentes à prática. Permite distinguir entre o que se sabe efetivamente e o que se assume como verdadeiro (Bolg et al., 2020). Através de uma reflexão crítica contínua, torna-se possível descrever, analisar e reconsiderar situações a partir de múltiplas perspetivas, promover a melhoria contínua ou a exploração do desconhecido através da investigação. Deste modo, a reflexão facilita a integração entre o conhecimento e a experiência, contribui para o desenvolvimento de conhecimento tácito, resultante da análise da prática à luz do saber existente (Bolg et al., 2020).

No âmbito do meu percurso formativo, a prática reflexiva assumiu um papel central no desenvolvimento de competências enquanto futuro EEESIP. Ao longo dos diferentes contextos de estágio, tal foi mobilizado como um modelo contínuo de análise da prática, tendo-

me permitido considerar valores, crenças e prioridades que influenciam as decisões na prestação de cuidados. Desta forma, foi possível aceder a diferentes formas de conhecimento, integrar dimensões objetivas, emocionais e contextuais das situações vivenciadas. A adoção de uma postura reflexiva permanente permitiu-me desenvolver uma maior curiosidade científica relativamente à evidência que sustenta a prática clínica, promovendo um verdadeiro espírito de investigação. Este processo traduziu-se na análise crítica das intervenções realizadas, na formulação de questões pertinentes sobre a prática e na tomada de decisão fundamentada, o que também potenciou a melhoria contínua dos cuidados prestados à criança/jovem/família. Neste sentido, assumi a responsabilidade de integrar a evidência científica na prática, avaliar resultados e implementar intervenções sempre em consonância com os padrões profissionais.

A reflexão revelou-se igualmente essencial para o meu crescimento profissional, ao potenciar uma maior consciência de mim próprio, dos outros e dos contextos de cuidados. Através da análise das minhas experiências vivenciadas, das situações complexas e das interações com a criança/jovem/família, não esquecendo os elementos das equipas multiprofissionais que integrei, foi-me possível reavaliar decisões, questionar conhecimentos adquiridos e desenvolver novas formas de pensar e de agir. Este processo contribuiu para o desenvolvimento do meu raciocínio clínico e para o desenvolvimento progressivo de competências especializadas, indo ao encontro de Benner (2001). Assim sendo, a prática crítico-reflexiva possibilitou-me atribuir significado às experiências vividas em cada contexto de estágio, identificar lacunas no conhecimento e promover uma atitude de melhoria contínua. Esta abordagem, sustentada numa postura de atenção, de permanente questionamento e abertura à aprendizagem, facilitou a integração entre o conhecimento teórico e a experiência prática, sempre com o intuito de reforçar o desenvolvimento profissional e científico em Enfermagem.

O desenvolvimento do conhecimento para orientar a prática baseada na evidência constitui um pilar fundamental da enfermagem enquanto disciplina baseada na prática (Sherwood, 2024). Todavia, em consonância com a autora referenciada, a ênfase no desenvolvimento do conhecimento empírico tende a sobrevalorizar outras formas de conhecimento, pessoal, estético e ético (Sherwood, 2024). O conhecimento técnico e objetivo assume, frequentemente, mais destaque em detrimento do conhecimento necessário para a prestação de cuidados holísticos e centrados na pessoa, no caso na criança/jovem/família, pessoas alvo dos meus cuidados. As formas de conhecimento pessoal, estético e ético são fatores substanciais para a criação de ambientes de trabalho de excelência, para a satisfação

dos utentes e para a dignificação dos enfermeiros, como profissionais de saúde e seres humanos que cuidam de outros seres humanos.

A experiência vivida ao longo dos estágios evidenciou a crescente diversidade cultural das populações pediátricas assistidas, com particular destaque para o aumento do número de crianças migrantes e suas famílias nos serviços de saúde. Este fenómeno reflete transformações demográficas e sociais atuais, coloca novos desafios aos profissionais de saúde, mormente no que diz respeito ao acesso, utilização e adequação dos cuidados prestados. Neste contexto, emergiu como área de interesse a problemática do acesso aos cuidados de saúde por crianças migrantes, marcada por desigualdades associadas a barreiras linguísticas, culturais, sociais e administrativas, como demonstra a realidade e a evidência científica (Starker et al., 2021; Muggli et al., 2021, 2023; Zunino et al., 2021). A vivência prática possibilitou identificar dificuldades concretas na comunicação, na continuidade de cuidados e na adequação das intervenções às especificidades culturais das famílias migrantes, reforçando a pertinência de aprofundar esta temática.

Assim, o presente relatório tem como objeto de estudo os desafios no acesso e prestação de cuidados de saúde a crianças migrantes, centrando-se na experiência dos EEESIP. Pretende-se compreender de que forma estes profissionais percecionam e enfrentam as barreiras existentes, bem como identificar estratégias que promovam cuidados mais equitativos e culturalmente sensíveis. Do ponto de vista metodológico, o estudo assume uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, orientada para a compreensão das experiências vividas pelos EEESIP. Esta opção metodológica permite captar a complexidade do fenómeno em análise, valorizando a perspetiva dos profissionais enquanto agentes centrais na prestação de cuidados.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes principais. A primeira parte corresponde ao percurso formativo em estágio, onde são descritas e analisadas as experiências desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos. A segunda parte integra o estudo de investigação, incluindo o enquadramento teórico, a metodologia, os resultados, a discussão e as conclusões. Por fim, são apresentadas considerações finais que sintetizam os principais contributos do trabalho para a prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Parte I – Percurso Formativo em Estágio

1. Estágio de Pediatria

O estágio em internamento de pediatria decorreu numa Unidade Local de Saúde da região centro, num serviço caracterizado pela elevada complexidade clínica e pela diversidade de situações de saúde infantil que acolhe. Este contexto integra crianças e jovens com patologias agudas e crónicas, exigindo tomada de decisão clínica sustentada na melhor evidência científica disponível, bem como uma articulação contínua entre equipas multidisciplinares. O serviço encontra-se organizado em diferentes setores, nomeadamente um setor predominantemente direcionado para patologias respiratórias e infecciosas, um setor médico-cirúrgico e um setor de cirurgia ambulatoria, permitindo uma resposta diferenciada às necessidades específicas da população pediátrica (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, 2008; Entidade Reguladora da Saúde, 2008).

A organização física e funcional do serviço evidencia preocupação com a adequação do ambiente hospitalar às necessidades da criança e da família, em conformidade com os princípios da Carta da Criança Hospitalizada, que defende cuidados pediátricos humanizados, ambientes diferenciados e promoção do desenvolvimento infantil durante a hospitalização (Instituto de Apoio à Criança, 2017). Contudo, a experiência de estágio permitiu reconhecer desigualdades na concretização destes princípios, sobretudo ao nível das condições arquitetónicas, privacidade e recursos disponíveis em determinados setores. Esta realidade encontra-se em conformidade com a literatura, que reconhece que os contextos hospitalares pediátricos continuam a enfrentar desafios na implementação plena dos cuidados centrados na criança e família (Coyne et al., 2018).

O estágio desenvolveu-se segundo os referenciais normativos da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010; OE, 2018). Estes referenciais definem a prática especializada como uma prática sustentada no conhecimento científico, na autonomia clínica, na responsabilidade ética e na centralidade da criança, jovem e família enquanto unidade de cuidados. Assim, o estágio constituiu um espaço privilegiado para o desenvolvimento de competências clínicas, relacionais, comunicacionais e reflexivas próprias do EEESIP.

A experiência nos diferentes setores do internamento permitiu o contacto com realidades clínicas complexas, exigindo constante articulação entre competências técnicas e relacionais. No setor de patologias respiratórias e infecciosas, a vigilância contínua, o controlo rigoroso da terapêutica e o cumprimento das medidas de isolamento exigiram capacidade de

gestão do risco associada à manutenção de uma relação terapêutica próxima e humanizada com a criança e a família. A literatura reconhece que o internamento pediátrico, sobretudo em situações de isolamento, pode provocar ansiedade, medo e sofrimento emocional na criança e nos cuidadores, reforçando a importância da comunicação terapêutica e do suporte emocional prestado pelos profissionais de saúde (Wong et al., 2020).

O acompanhamento de crianças com patologias de forte impacto biopsicossocial, como a diabetes mellitus tipo 1 inaugural, tornou particularmente evidente a relevância da educação terapêutica e da parceria com a família. A reflexão crítica sobre estas experiências permitiu compreender que a intervenção do EEESIP ultrapassa a mera transmissão de informação técnica, exigindo capacidade de adaptação da comunicação, identificação de crenças, gestão emocional e promoção da autonomia familiar. Estes resultados encontram-se em conformidade com Hockenberry e Wilson (2021), que defendem que a educação terapêutica em pediatria deve ser individualizada, progressiva e centrada nas necessidades emocionais e cognitivas da criança e da família.

A participação no setor de cirurgia ambulatória destacou igualmente a importância do enfermeiro na preparação da criança e família para o procedimento cirúrgico, na gestão da ansiedade pré-operatória e na promoção de uma transição segura para o domicílio. A utilização de estratégias lúdicas, ensinamentos estruturados e medidas de analgesia não farmacológica revelou-se fundamental para a redução da ansiedade e promoção de uma experiência mais positiva da hospitalização. A evidência científica demonstra que intervenções não farmacológicas, como o brincar terapêutico e a preparação psicológica, contribuem significativamente para a redução do stress e da dor em contexto pediátrico (Li & Lopez, 2008; Silva et al., 2022).

O contacto com crianças migrantes e respetivas famílias revelou outro eixo relevante de desenvolvimento de competências, particularmente associado à competência cultural. As barreiras linguísticas, as diferenças culturais e as desigualdades no acesso aos cuidados exigiram do EEESIP uma postura reflexiva, ética e culturalmente sensível. A literatura demonstra que as populações migrantes enfrentam frequentemente obstáculos linguísticos, administrativos e culturais no acesso aos serviços de saúde, comprometendo a comunicação, a continuidade dos cuidados e a relação terapêutica (Muggli et al., 2023; Inácio et al., 2025). Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel fundamental enquanto mediador cultural e promotor da equidade em saúde.

A análise crítica do percurso desenvolvido no internamento de pediatria permitiu compreender que o desenvolvimento de competências especializadas exige uma prática reflexiva contínua, sustentada na evidência científica e orientada para a melhoria da qualidade

dos cuidados. Apesar da existência de práticas alinhadas com os princípios dos cuidados centrados na criança e família, persistem desafios relacionados com limitações organizacionais, rotinas institucionais e necessidades emergentes associadas à multiculturalidade crescente dos serviços de saúde.

Assim, o estágio em internamento de pediatria constituiu uma experiência fundamental para a consolidação da identidade profissional enquanto futuro EEESIP, permitindo integrar conhecimento científico, pensamento crítico e sensibilidade humana na prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família.

2. Estágio de Urgência Pediátrica

O estágio no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) decorreu numa Unidade Local de Saúde da região centro, no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este contexto clínico caracteriza-se pela elevada imprevisibilidade, diversidade de situações agudas e elevada afluência de crianças e jovens, exigindo capacidade de resposta rápida, raciocínio clínico diferenciado e articulação multidisciplinar contínua. O SUP integra igualmente o projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, iniciativa que pretende otimizar os fluxos assistenciais e encaminhar situações de menor gravidade para respostas mais adequadas, promovendo maior eficiência na gestão dos serviços de urgência (Unidade Local de Saúde de Viseu Dão Lafões, 2024).

O contexto da urgência pediátrica evidencia desafios significativos relacionados com a necessidade de conciliar rapidez assistencial, segurança clínica e humanização dos cuidados. A elevada rotatividade de crianças e jovens, associada à priorização clínica através de sistemas de triagem, como o Método de Triagem de Manchester, exige dos profissionais capacidade de tomada de decisão célere e fundamentada (Grupo Português de Triagem, 2011). Contudo, esta realidade pode dificultar a operacionalização plena dos princípios dos cuidados centrados na criança e família, nomeadamente ao nível da comunicação terapêutica, do acolhimento emocional e da gestão da ansiedade parental. A literatura demonstra que os contextos de urgência pediátrica constituem ambientes potenciadores de stresse, medo e insegurança para a criança e respetiva família, reforçando a necessidade de estratégias de humanização e suporte emocional (Coyne et al., 2018; Hockenberry & Wilson, 2021).

A experiência de estágio permitiu reconhecer que, apesar dos esforços institucionais na reorganização dos fluxos assistenciais, persistem limitações relacionadas com a pressão temporal, sobrecarga assistencial e necessidade de reforço de recursos humanos. Estas dificuldades condicionam, por vezes, a implementação de estratégias fundamentais, como a comunicação clara sobre tempos de espera, o acolhimento empático e a disponibilização de espaços mais adequados às famílias. Neste sentido, a reflexão crítica desenvolvida ao longo do estágio evidencia a necessidade de investimento em formação específica em comunicação terapêutica, gestão emocional em contexto de urgência e promoção de práticas humanizadas, em conformidade com os referenciais da Ordem dos Enfermeiros e da Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2017; OE, 2018).

Os objetivos delineados para o estágio centraram-se no desenvolvimento de competências especializadas em urgência e emergência pediátrica, sustentadas na evidência científica e nos princípios dos cuidados centrados na criança, jovem e família. Entre os

objetivos específicos destacaram-se o conhecimento da organização funcional do serviço, integração na dinâmica multidisciplinar, domínio do sistema de informação ALERT, realização de procedimentos técnicos de forma segura e humanizada e identificação de barreiras no acesso das crianças migrantes aos cuidados de saúde.

A experiência clínica no SUP permitiu aprofundar competências relacionadas com a triagem pediátrica, reconhecida como um momento fundamental na segurança assistencial e na identificação precoce de situações de risco. A aplicação do Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP) e do Método de Triagem de Manchester revelou-se essencial na priorização rápida e eficaz das situações clínicas, através da avaliação da aparência, trabalho respiratório e circulação da criança (Fernández et al., 2017; Grupo Português de Triagem, 2011). Contudo, a reflexão crítica sobre a prática permitiu identificar desafios na aplicação consistente destas ferramentas durante períodos de elevada afluência, reforçando a importância da formação contínua e da adequação dos recursos humanos disponíveis.

O contacto com patologias frequentes em contexto de urgência pediátrica, como infeções respiratórias, bronquiolite aguda, infeções urinárias e otite média aguda, permitiu consolidar competências de avaliação clínica, vigilância, gestão terapêutica e educação para a saúde. A prestação de cuidados exigiu constante articulação entre conhecimento científico, tomada de decisão clínica e comunicação com a família. A literatura evidencia que a abordagem destas patologias deve integrar não apenas intervenções farmacológicas, mas também estratégias não farmacológicas de conforto, alívio da ansiedade e envolvimento parental, contribuindo para uma experiência mais positiva da hospitalização (Silva et al., 2022; Wong et al., 2020).

A realização de um cartaz informativo sobre prevenção de acidentes domésticos (Apêndice I) constituiu uma oportunidade de desenvolvimento de competências pedagógicas e de promoção da literacia em saúde. Esta atividade permitiu sensibilizar as famílias para medidas preventivas, reforçando o papel do EEESIP na educação para a saúde e promoção de ambientes seguros para a criança. Segundo a Direção-Geral da Saúde (2019), os acidentes domésticos continuam a representar uma das principais causas de morbilidade infantil, o que reforça a importância da intervenção preventiva dos profissionais de saúde.

O contacto com crianças migrantes e respetivas famílias revelou igualmente desafios relacionados com barreiras linguísticas, culturais e administrativas no acesso aos cuidados de saúde. Os participantes recorreram frequentemente a estratégias como comunicação visual, linguagem simplificada e mediação informal para facilitar a comunicação e compreensão das orientações clínicas. Contudo, a experiência permitiu reconhecer fragilidades estruturais na existência de respostas culturalmente competentes e adaptadas às

necessidades destas populações. Estes resultados encontram-se em conformidade com a literatura, que identifica as barreiras linguísticas e culturais como fatores que comprometem a equidade no acesso aos cuidados de saúde pediátricos (Gonçalves & Matos, 2016; Muggli et al., 2023).

A análise crítica do percurso desenvolvido no SUP evidencia que o estágio constituiu uma experiência fundamental para a articulação entre conhecimento teórico, prática clínica e desenvolvimento reflexivo. Simultaneamente, permitiu reconhecer tensões permanentes entre rapidez assistencial e humanização dos cuidados, rotatividade elevada e continuidade relacional, bem como desafios associados à acessibilidade e inclusão de populações vulneráveis. Neste contexto, o EEESIP assume um papel central na promoção de práticas seguras, humanizadas, culturalmente sensíveis e sustentadas na evidência científica.

Assim, a experiência em contexto de urgência pediátrica contribuiu significativamente para a consolidação da identidade profissional enquanto futuro EEESIP, reforçando competências técnicas, científicas, éticas, comunicacionais e relacionais indispensáveis à prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família.

3. Estágio de Neonatologia

O estágio na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e Pediátricos (UCINP) decorreu numa Unidade Local de Saúde da região centro, no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este contexto clínico, de complexidade intermédia, acolhe recém-nascidos, crianças e jovens que necessitam de vigilância contínua, monitorização rigorosa e suporte terapêutico diferenciado, funcionando como unidade de transição entre os cuidados intensivos e os cuidados de menor complexidade. A prática clínica na UCINP exige competências especializadas de avaliação contínua, priorização de cuidados e articulação multidisciplinar, orientadas para a estabilidade clínica, prevenção de complicações e promoção do desenvolvimento neonatal (OE, 2010).

A prestação de cuidados na UCINP sustenta-se em modelos conceptuais centrados na criança e família, nomeadamente nos cuidados centrados na família e na parceria de cuidados, que reconhecem os pais como participantes ativos no processo terapêutico e na tomada de decisão (Casey, 1995; OE, 2015). Estes referenciais valorizam a corresponsabilização parental e a capacitação progressiva da família para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Paralelamente, os cuidados atraumáticos assumem particular relevância neste contexto, através da implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas dirigidas à minimização da dor, stress e sofrimento da criança, adequadas ao estágio de desenvolvimento neonatal e pediátrico (Hockenberry & Wilson, 2021). Complementarmente, os cuidados voltados para o desenvolvimento procuram promover a autorregulação fisiológica e neurocomportamental do recém-nascido, mediante controlo ambiental, redução de estímulos nocivos e adequação do posicionamento e manuseamento (Als, 1986; Griffiths et al., 2019).

Os referenciais normativos da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, orientam uma prática clínica holística, ética e centrada na família (OE, 2018). Contudo, a experiência de estágio permitiu reconhecer a existência de desafios relacionados com a articulação entre elevada exigência técnica e inclusão efetiva da família nos cuidados, sobretudo em contextos de maior instabilidade clínica e exigência assistencial.

Os objetivos delineados para o estágio centraram-se no desenvolvimento de competências especializadas em cuidados neonatais intermédios, sustentadas na evidência científica e nos princípios da humanização dos cuidados. Entre os objetivos específicos destacaram-se o conhecimento da organização funcional da UCINP, integração na dinâmica

multidisciplinar, elaboração de um folheto informativo sobre aleitamento materno e armazenamento de leite humano, aplicação de cuidados voltados para o desenvolvimento e cuidados atraumáticos com envolvimento parental, integração do Método Canguru na prática clínica e identificação de desafios na prestação de cuidados a crianças migrantes e respectivas famílias.

A experiência clínica permitiu aprofundar competências relacionadas com a vigilância contínua do recém-nascido, nomeadamente ao nível da monitorização hemodinâmica, controlo ambiental, prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e avaliação sistemática do estado clínico. Estas intervenções revelaram-se fundamentais para a promoção da estabilidade fisiológica e segurança do recém-nascido, em conformidade com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (OE, 2017).

A elaboração do folheto informativo sobre aleitamento materno (Apêndice II) constituiu uma estratégia de promoção da literacia em saúde e capacitação parental, permitindo fornecer informação estruturada relativamente à extração, conservação, armazenamento e administração segura do leite materno. Esta atividade possibilitou o desenvolvimento de competências pedagógicas e comunicacionais, reforçando o papel do EEESIP na promoção do aleitamento materno e no apoio à parentalidade. A literatura reconhece o leite materno como a forma de alimentação mais adequada ao recém-nascido, particularmente em contexto neonatal, devido aos benefícios imunológicos, nutricionais e afetivos associados (OMS, 2023).

O Método Canguru destacou-se como uma intervenção particularmente relevante na promoção do vínculo afetivo, estabilidade fisiológica e humanização dos cuidados neonatais. A implementação desta estratégia permitiu observar benefícios relacionados com a regulação térmica, estabilização cardiorrespiratória, melhoria do padrão de sono e promoção do desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido. Estes resultados encontram-se em conformidade com a evidência científica, que identifica o contacto pele a pele como uma intervenção promotora do desenvolvimento e bem-estar neonatal (Boundy et al., 2016).

A implementação de cuidados voltados para o desenvolvimento, nomeadamente posicionamento terapêutico, contenção, controlo de estímulos ambientais e minimização da manipulação excessiva, revelou-se essencial para a promoção da autorregulação e redução do stress neonatal. Simultaneamente, a integração da família enquanto parceira nos cuidados permitiu reforçar a confiança parental e promover maior participação no processo terapêutico. Contudo, a experiência permitiu identificar desafios relacionados com fadiga parental, limitação de horários e dificuldade de presença contínua da família, fatores que condicionam, por vezes, a participação efetiva nos cuidados.

O contacto com famílias migrantes evidenciou igualmente barreiras linguísticas, culturais e socioeconómicas que dificultam a comunicação, compreensão das orientações clínicas e continuidade dos cuidados. Perante estas dificuldades, recorreram-se a estratégias como utilização de pictogramas, linguagem simplificada e mediação informal, embora persistam limitações estruturais na existência de respostas culturalmente adaptadas. Estes resultados corroboram a literatura, que identifica as barreiras linguísticas e culturais como fatores condicionantes da equidade no acesso e utilização dos cuidados neonatais e pediátricos (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022; Gonçalves & Matos, 2016).

A reflexão crítica sobre o percurso desenvolvido na UCINP permitiu reconhecer que o estágio constituiu uma experiência fundamental para a articulação entre conhecimento científico, prática clínica e desenvolvimento reflexivo. Simultaneamente, tornou evidente a necessidade de equilíbrio entre elevada vigilância técnica e humanização dos cuidados, bem como a importância da inclusão efetiva da família enquanto parceira no processo terapêutico.

Assim, o estágio na UCINP contribuiu significativamente para a consolidação de competências técnicas, científicas, éticas, comunicacionais e relacionais indispensáveis ao exercício especializado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, reforçando a capacidade de prestação de cuidados humanizados, seguros, individualizados e culturalmente sensíveis ao recém-nascido, criança, jovem e respetiva família.

Parte II – Estudo de Investigação

4. Enquadramento Teórico

A migração constitui um determinante social da saúde, afetando particularmente as crianças, cuja vulnerabilidade é agravada por fatores socioeconómicos, legais, culturais e linguísticos (Spagnoli et al., 2020; Khalifeh et al., 2023). Estima-se que existam 281 milhões de migrantes internacionais, dos quais 36 milhões são crianças, muitas em situação de refúgio ou asilo (Organização Internacional para as Migrações, 2023; McAuliffe & Oucho, 2024; Pires et al., 2025). A United Nations Children's Fund (UNICEF) sublinha que estas populações têm direito ao mais elevado padrão de saúde possível (UNICEF, 1989), mas estudos evidenciam desigualdades significativas no acesso, com atrasos diagnósticos, menores taxas de vacinação e maior risco de problemas de saúde mental e física (Hargreaves et al., 2019; Abubakar et al., 2018).

A instabilidade política e as alterações climáticas impulsionam fluxos migratórios internacionais cada vez mais diversos e complexos. Em 2021, os cidadãos não pertencentes à União Europeia (EU) representavam 5,3% da população total da UE. Em Portugal, nesse mesmo ano, os nacionais de países fora da UE representavam 5,1% da população (*International Organisation for Migration* [IOM], 2025). Devido ao passado colonial português, as populações migrantes provêm sobretudo do Brasil (29,3%) e de países africanos de língua portuguesa (13,6%). Mais recentemente, tem-se verificado também um aumento da imigração proveniente do Sul da Ásia. Existe, portanto, uma grande diversidade de experiências entre as populações imigrantes em Portugal, tal como no resto da Europa. No entanto, a investigação atual indica que as políticas públicas ainda não acompanham suficientemente a adaptação dos serviços de saúde para garantir um acesso equitativo, incluindo para crianças (IOM, 2025). Dados mais recentes da OCDE (2025) indicam que, em 2024, Portugal recebeu 138 000 novos migrantes de longo prazo, menos 1,9% face a 2023. Destes, 44% eram migrantes laborais, 28% em regime de mobilidade livre e 14% familiares. Foram ainda concedidas cerca de 9 000 autorizações a estudantes internacionais. Em 2023, registaram-se 73 000 destacamentos intra-EU, maioritariamente de curta duração. As principais nacionalidades de novos migrantes foram Brasil, Angola e Cabo Verde, destacando-se o Brasil com o maior aumento de entradas.

Em Portugal, o aumento expressivo da população migrante reflete-se também na faixa pediátrica (SEF, 2023; Pires et al., 2025). Apesar de compromissos internacionais assegurarem acesso igualitário a cuidados, persistem barreiras ao nível individual, socioeconómico e organizacional (United Nations - Population Division, 2019; World Health Organisation, 2022a, 2022b). Estas incluem desconhecimento sobre o sistema, desconfiança, discriminação e limitações na literacia cultural dos serviços, resultando frequentemente no

recurso às urgências como primeiro contacto (Kvamme & Voldner, 2021; Nygren & Efimova, 2025).

A infância migrante apresenta ainda riscos acrescidos em saúde mental, pela combinação de instabilidade, separação familiar, discriminação e dificuldades de integração (Rakic et al., 2025; Inácio et al., 2025). Apesar disso, muitos minimizam as dificuldades vividas, fenómeno conhecido como *Happy Migrant Effect* (Nygren & Efimova, 2025).

Muitos desafios extraordinários afetam as populações migrantes. Estas deixam as suas raízes culturais e *modus vivendi* para enfrentar, muitas vezes, condições de viagem difíceis e chegar a destinos desconhecidos, onde têm de se adaptar rapidamente (Starker et al., 2021). Ao tentarem estabelecer-se, as famílias migrantes acabam frequentemente por viver em condições precárias, o que pode afetar a saúde de adultos e crianças. A migração tem, assim, sido reconhecida como um determinante social da saúde há pelo menos uma década (Starker et al., 2021).

Várias barreiras contribuem para desigualdades na prevenção e nos cuidados de saúde da população pediátrica. Entre estas encontram-se fatores como a língua, o tempo de permanência, questões financeiras, legais, socioculturais ou administrativas (Muggli et al., 2023; Zunino et al., 2021). Para além disso, as famílias imigrantes podem ter necessidades e expectativas diferentes, enfrentam, por vezes, a discriminação no acesso aos cuidados de saúde com base na origem, situação documental, etnia ou religião. O racismo, a nível interpessoal e estrutural, tem sido identificado como um obstáculo à equidade nos cuidados de saúde, associado a atrasos na procura de cuidados, falta de confiança, sentimento de negligência e tratamentos diferenciados (Muggli et al., 2023; Zunino et al., 2021).

Desde 1976, a Constituição portuguesa estabelece o acesso universal à saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), financiado por impostos. Para além disso, existem subsistemas públicos e privados e seguros de saúde voluntários que permitem acesso ao setor privado, o que pode gerar desigualdades na utilização dos serviços (Almeida Simões et al., 2017). No caso das crianças, o SNS é, em princípio, universal e gratuito até aos 18 anos. Os cuidados incluem serviços hospitalares, especializados e cuidados de saúde primários, com medidas preventivas como vacinação e vigilância regular do desenvolvimento infantil. Estas avaliações acompanham o crescimento desde a primeira semana de vida até aos 18 anos e incluem aconselhamento de saúde adequado à idade, não obstante a articulação com outros setores relevantes para o bem-estar da criança. Mais recentemente, a linha telefónica SNS24 foi criada como porta de entrada no sistema, permitindo triagem, acompanhamento e encaminhamento.

As barreiras específicas no acesso e utilização dos sistemas de saúde pela população migrante estão bem documentadas, assim como as desigualdades nos cuidados de saúde recebidos (Pandey et al., 2021). De forma geral, as crianças migrantes apresentam taxas mais baixas de participação em programas de prevenção e vigilância da saúde. Estudos sobre as percepções das famílias migrantes destacam a falta de conhecimento e compreensão do sistema de saúde, bem como a desconfiança associada a diferentes perspetivas culturais sobre a doença e o tratamento (Pandey et al., 2021).

As barreiras no acesso aos cuidados podem ocorrer a vários níveis, relacionadas com características individuais dos migrantes, como género, estatuto socioeconómico, rede de apoio social ou tempo de permanência no país de acolhimento (Khalifeh et al., 2023), mas também com características dos próprios serviços de saúde, como a sua organização, capacidade de resposta ou as atitudes e percepções dos profissionais de saúde em relação às populações migrantes, bem como o seu conhecimento dos fatores culturais que influenciam o estado de saúde (Khalifeh et al., 2023).

Relativamente à utilização dos serviços, é conhecido que o serviço de urgência é frequentemente utilizado como primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde, especialmente no acesso a cuidados de saúde mental para crianças e adolescentes, sendo esta realidade ainda mais evidente na população migrante. No entanto, os serviços de urgência não constituem o ambiente ideal para iniciar o acompanhamento em saúde mental, estando associados a piores resultados, como maior duração de doença não tratada e maior utilização futura de cuidados de saúde agudos (Inácio et al., 2025; Khalifeh et al., 2023; Pandey et al., 2021).

O estudo de Muggli et al. (2023) analisou o acesso e a utilização dos serviços de saúde por crianças imigrantes e não imigrantes na Área Metropolitana de Lisboa e identificou possíveis desigualdades relevantes para a definição de políticas públicas. Tendo em conta que as famílias migrantes enfrentam várias barreiras no acesso aos cuidados de saúde e que existe pouca evidência em Portugal, o estudo teve como objetivo comparar os padrões de utilização dos serviços de saúde entre estes dois grupos, com o objetivo de promover um acesso mais equitativo. A investigação baseou-se no estudo de coorte prospetivo CRIAS, que acompanhou 420 crianças nascidas em 2015, das quais 51,6% eram imigrantes. Foram analisados dados sobre a utilização dos cuidados de saúde primários, serviços de urgência pediátrica e recurso ao setor privado, nos anos de 2019 e 2020. Os resultados mostraram que, em 2019, não existiam diferenças significativas no número de consultas nos cuidados de saúde primários entre crianças imigrantes e não imigrantes. No entanto, as crianças imigrantes de primeira geração tiveram menor acesso a consultas de vigilância de saúde

(63,4% face a 79,2%). Verificou-se também que, em situações de doença aguda, muitas famílias não recorriam primeiro aos cuidados de saúde primários, e as crianças não imigrantes recorriam mais frequentemente ao setor privado. Foi registado que as crianças imigrantes utilizaram mais os serviços de urgência do que as não imigrantes, em parte devido a dificuldades no acesso aos cuidados primários. Em 2020, durante a pandemia de COVID-19, registou-se uma diminuição geral da utilização dos serviços, mas as crianças imigrantes continuaram a ter menor acesso aos cuidados de saúde primários. Em ambos os anos, a maioria das idas à urgência correspondeu a situações de baixa gravidade clínica. Por conseguinte, Muggli et al. (2023) referem que o seu estudo evidencia desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde entre crianças imigrantes e não imigrantes e reforça a necessidade urgente de investir nos cuidados de saúde primários e em políticas públicas que garantam acesso equitativo para todas as crianças.

Mais recentemente, o estudo de Inácio et al. (2025) analisou as perceções e experiências de famílias migrantes no acesso e utilização dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes em Portugal, procurando colmatar uma lacuna importante na investigação nacional. Foi adotada uma abordagem qualitativa e exploratória, com recurso a grupos focais compostos por pais ou cuidadores de diferentes origens culturais e migratórias, recrutados através de organizações não governamentais. No total, foram realizados cinco grupos focais, organizados segundo afinidades linguísticas e culturais, com 4 a 8 participantes em cada grupo. As discussões foram gravadas, transcritas e analisadas através de análise temática. Os resultados evidenciaram que as famílias migrantes enfrentam várias barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental, incluindo dificuldades burocráticas na obtenção do número de utente, limitações económicas, obstáculos geográficos e barreiras linguísticas. Devido a estas dificuldades, os serviços de urgência surgem frequentemente como principal porta de entrada no sistema de saúde. Apesar destes desafios, foram identificados fatores facilitadores importantes, como o apoio de organizações não governamentais e escolas, redes informais de suporte e o uso de ferramentas tecnológicas, como aplicações de tradução. Os participantes destacaram ainda a necessidade de práticas mais sensíveis à diversidade cultural e de uma melhor divulgação de informação sobre o funcionamento do sistema de saúde (Inácio et al., 2025). O estudo sublinha a necessidade urgente de mudanças estruturais que melhorem o acesso aos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes migrantes, sendo essencial reduzir barreiras institucionais e reforçar os mecanismos de apoio comunitário para promover maior equidade em saúde (Inácio et al., 2025).

Evidências recentes continuam a demonstrar que as barreiras de comunicação constituem um dos principais desafios na prestação de cuidados de saúde a populações pediátricas

migrantes. O estudo de Güney et al. (2025) analisou as experiências de enfermeiros pediátricos no cuidado a crianças refugiadas, com especial foco nas dificuldades comunicacionais, com recurso a uma abordagem fenomenológica, com uma amostra de 16 EEESIP de um hospital em Istambul. Os resultados evidenciaram várias dificuldades no processo de prestação de cuidados, nomeadamente barreiras linguísticas e diferenças socioculturais. Os profissionais destacaram problemas como perda de tempo, dificuldades na comunicação e na educação para a saúde, bem como desafios decorrentes de práticas culturais distintas. Para ultrapassar estas limitações, os enfermeiros recorreram frequentemente à linguagem corporal. Foram também identificados riscos para a segurança do doente associados a falhas de comunicação, bem como sentimentos de frustração, tristeza e cansaço por parte dos profissionais. Entre as principais sugestões apontadas destaca-se a necessidade de aprendizagem da língua local como forma de melhorar a comunicação. O estudo evidencia que as barreiras linguísticas e culturais têm impacto direto na qualidade dos cuidados prestados e no bem-estar dos profissionais de saúde, reforçando a necessidade de mais investigação e de estratégias que promovam uma comunicação eficaz em contextos multiculturais (Güney et al., 2025).

Apesar de a saúde das crianças migrantes ter sido identificada como uma prioridade em 2018 por entidades internacionais, a investigação na Europa tem-se concentrado sobretudo nas populações adultas imigrantes. De igual modo, em Portugal, são escassos os estudos que analisem o acesso de crianças migrantes à saúde sob a perspetiva dos EEESIP, apesar do seu contributo estratégico para cuidados de qualidade e culturalmente sensíveis (OE, 2021, Regulamento n.º 656/2021). Assim, torna-se pertinente explorar as suas experiências, promovendo conhecimento em consonância com os princípios da equidade e da justiça epistémica.

Estas evidências demonstram a crescente multiculturalidade que caracteriza atualmente a sociedade portuguesa, implicando a necessidade de um sistema de saúde preparado para responder à diversidade cultural. No contexto específico da prática do EEESIP, torna-se fundamental o desenvolvimento de competência intercultural, de forma a garantir a prestação de cuidados culturalmente congruentes e sensíveis às crianças migrantes e às suas famílias, respeitando os seus valores, crenças e processos de tomada de decisão.

A competência cultural, no âmbito dos cuidados de saúde, corresponde à posse de conhecimentos, competências e habilidades que permitem prestar cuidados ajustados às crenças culturais do utente (Purnell & Paulanka, 2010). Em sociedades multiculturais, esta competência assume particular relevância, exigindo que os profissionais de saúde adquiram

conhecimentos gerais e específicos que contribuam para a redução de desigualdades sociais, étnicas e culturais no acesso e utilização dos cuidados de saúde.

O Modelo de Competência Cultural de Purnell (2002) baseia-se na necessidade de os profissionais de saúde compreenderem a diversidade cultural ao nível da sociedade, da família, do indivíduo e da saúde. Parte do princípio de que todas as culturas são distintas, mas nenhuma é superior, reconhecendo simultaneamente a existência de elementos comuns entre elas. Neste sentido, a cultura influencia profundamente a forma como a criança e a família interpretam a saúde, a doença e os cuidados, sendo essencial que o EEESIP detenha conhecimentos culturais adequados para prestar cuidados sensíveis e individualizados.

Por sua vez, o modelo de Campinha-Bacote (2002) constitui uma referência fundamental para a prática em contextos multiculturais, definindo a competência cultural como um processo dinâmico e contínuo. No âmbito do EEESIP, este processo é particularmente relevante, uma vez que envolve o acompanhamento da criança e da família ao longo do seu desenvolvimento, frequentemente em situações de maior vulnerabilidade, como no caso das populações migrantes.

Neste contexto, faz-se também referência à Teoria da Enfermagem Transcultural de Madeleine Leininger (2001) que tem como foco a prestação de cuidados culturalmente congruentes, ou seja, cuidados que são significativos, adequados e benéficos para indivíduos, famílias e comunidades. A autora defende que o cuidar é essencial para o bem-estar, saúde e sobrevivência, sendo indispensável compreender a cultura para prestar cuidados de qualidade. Leininger (2001) destaca que todo o cuidado é cuidado humano e que não faz sentido sem uma perspetiva cultural. Assim, é fundamental ouvir primeiro a pessoa e compreender o seu conhecimento e experiência cultural (perspetiva *emic*), antes de aplicar o conhecimento profissional (*etic*), promovendo uma relação de cooperação e entendimento mútuo. A teoria reconhece ainda a importância dos determinantes sociais da saúde, considerando que a qualidade de vida é influenciada por valores, crenças e contextos culturais. Por isso, compreender estes elementos é essencial para promover cuidados eficazes. Para alcançar cuidados culturalmente congruentes, os enfermeiros devem estar atentos a barreiras de comunicação, falta de conhecimento cultural e dificuldades na prestação de cuidados holísticos. Devem também desenvolver relações de confiança com a criança e família, no caso concreto, o que exige tempo, empatia e disponibilidade, assumindo-se como mediadores culturais (Leininger, 2021). Propõe que a competência cultural é um processo contínuo, que integra conhecimentos, competências práticas e atitudes, sendo essencial investir em formação contínua e na valorização de comportamentos respeitadores da diversidade cultural. A teoria introduz ainda três modos de ação nos cuidados: preservação

cultural (manter práticas benéficas), negociação cultural (adaptar cuidados em conjunto com a pessoa cuidada) e reestruturação cultural (modificar práticas para melhorar a saúde).

Este modelo integra cinco dimensões: consciência cultural, conhecimento cultural, habilidade cultural, encontros culturais e desejo cultural. A consciência cultural implica a autorreflexão do profissional sobre os seus próprios valores e preconceitos, evitando a imposição cultural na relação com a criança e a família. O conhecimento cultural refere-se à compreensão das práticas, crenças e valores das diferentes comunidades, incluindo aspetos relacionados com cuidados infantis, alimentação, práticas de saúde e percepções da doença (Campinha-Bacote, 2002). A habilidade cultural traduz-se na capacidade de realizar avaliações adequadas ao contexto cultural, permitindo ao EEESIP adaptar a comunicação e a intervenção às necessidades específicas da criança migrante e da sua família. Os encontros culturais, resultantes do contacto direto com diferentes realidades culturais, promovem o desenvolvimento de competências relacionais e a construção de uma relação terapêutica baseada na confiança. Por fim, o desejo cultural reflete a motivação do profissional para prestar cuidados culturalmente competentes, demonstrando abertura, empatia e respeito pela diversidade (Campinha-Bacote, 2002).

A articulação destas dimensões evidencia que a competência cultural resulta de um processo contínuo de desenvolvimento. Assim, quanto maior a integração destas componentes, maior será a capacidade do EEESIP para garantir um acesso equitativo e uma prestação de cuidados de saúde adequados às crianças migrantes e suas famílias.

5. Metodologia

Neste capítulo pretende-se apresentar, de forma clara, rigorosa e sistematizada, a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Antes disso, apresentam-se os elementos fundamentais que orientam a investigação, permitindo uma melhor compreensão das opções metodológicas adotadas. Esta secção consiste na descrição detalhada de como o estudo foi conduzido, explicitando o que foi realizado e de que forma cada procedimento foi executado. A metodologia é, assim, apresentada com um nível de detalhe que permite compreender, de forma inequívoca, todos os procedimentos adotados ao longo do estudo, bem como avaliar a adequação dos materiais e métodos utilizados.

Neste sentido, faz-se a articulação entre o referencial teórico que sustenta a investigação, os objetivos gerais e específicos definidos, a questão de investigação e, quando aplicável, as hipóteses formuladas. São descritos a população-alvo e a amostra em estudo, os critérios de inclusão e exclusão, a estratégia de recolha de dados, os instrumentos utilizados e as técnicas previstas para o tratamento e análise dos dados. Por fim, explicitam-se todas as atividades desenvolvidas antes, durante e após a recolha de dados, garantindo uma visão global, coerente e estruturada de todo o processo de investigação.

5.1. Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo e de natureza qualitativa, desenvolvido de acordo com a metodologia fenomenológica-hermenêutica de van Manen (1997) que articula a descrição rigorosa da experiência vivida com a interpretação dos seus significados, orientando-se por uma postura reflexiva que procura compreender o que é ser no mundo. Assim, este método revela-se adequado ao objetivo geral do estudo, compreender as perspetivas dos EEESIP no cuidado à criança migrante, uma vez que permite aceder ao mundo vivido dos participantes, interpretando-o à luz do seu contexto e da sua experiência prática. Para se aplicar este método, teve-se em consideração seis ações interligadas e não lineares, propostas por van Manen (1997):

- Voltar-se para a natureza da experiência vivida;
- Investigar as experiências tal como são vividas;
- Envolver-se na reflexão fenomenológica hermenêutica;
- Envolver-se na escrita fenomenológica hermenêutica;
- Manter uma relação forte e orientada com a questão de investigação;
- Equilibrar a investigação entre as partes e o todo.

Deste modo, o método fenomenológico-hermenêutico assegurou uma compreensão profunda e contextualizada das práticas e desafios enfrentados pelos EEESIP, valorizando as suas narrativas enquanto fonte de conhecimento significativo e útil para a melhoria dos cuidados em contextos culturalmente diversos em saúde pediátrica.

5.2. População e Amostra

A população consistiu em EEESIP a exercerem funções em contexto hospitalar de uma Unidade Local de Saúde (ULS). Assim, para a amostra delinear-se os seguintes critérios de elegibilidade:

- _ Critérios de inclusão: Enfermeiros com mais de 2 anos de experiência profissional como EESIP; experiência na prestação de cuidados a crianças migrantes; e que se encontrem disponíveis e acessíveis para participar nas entrevistas.
- _ Critérios de exclusão: Enfermeiros com experiência profissional inferior a 2 anos, não EESIP, sem contacto com crianças migrantes.

A amostra ficou constituída por 10 EEESIP.

5.3. Instrumentos de Colheita de Dados

Para a colheita de dados, foi utilizado um guião de entrevista semiestruturada, elaborado especificamente para orientar a realização das entrevistas. Este está estruturado de forma a permitir uma recolha sistemática e abrangente da informação, assegurando, ao mesmo tempo, a flexibilidade necessária à exploração das perceções e experiências dos participantes (Barbour, 2018). Foram abordadas questões sobre a experiência específica dos participantes na prestação de cuidados de EEESIP a crianças migrantes (acesso, barreiras, estratégias das equipas de saúde, implicações, recomendações). Estas incluíram o número de anos de experiência com este tipo de utentes pediátricos, os contextos de prestação de cuidados, nomeadamente em contexto hospitalar. A parte central da entrevista consistirá em perguntas abertas que permitam aos participantes expressar livremente as suas opiniões e experiências sobre o fenómeno em estudo. Esta abordagem possibilitará obtenção de dados significativos, respeitando os princípios da investigação qualitativa. A entrevista terminou com os agradecimentos e a despedida formal dos participantes. O guião completo utilizado encontra-se apresentado em apêndice III.

5.4. Procedimentos de Colheita de Dados

Os participantes foram selecionados com base nos critérios de inclusão, a primeira abordagem foi através de contato informal onde lhe foi explicado o projeto de investigação, após demonstrarem interesse em participarem, tiveram a opção de selecionar a data e o local mais conveniente para a realização da entrevista, presencial numa zona neutra fora da instituição ou *online*. O tempo previsto para a realização da entrevista foi entre 45 a 90 minutos. A entrevista foi gravada após autorização do participante num dispositivo de gravação de áudio.

5.5. Tratamento e Análise dos Dados

A análise dos dados seguiu a orientação fenomenológica-hermenêutica de van Manen (1997), contemplando: a identificação de temas essenciais e a elaboração de descrições reflexivas e interpretativas que revelem a essência do fenómeno.

Com o intuito de se assegurar coerência e rigor ao percurso metodológico, as entrevistas foram transcritas com recurso à ferramenta informática AIQDA, bem como a análise subsequente dos dados. O uso deste recurso tecnológico facilitou a organização, codificação e estruturação dos dados qualitativos de forma sistemática e transparente. Orientou-se a análise em conformidade com os objetivos do estudo, precedida pela transcrição integral das entrevistas. Após este procedimento, fez-se uma leitura cuidada e reflexiva do material empírico, para familiarização aprofundada com os dados.

5.6. Considerações Éticas

As entrevistas decorrerão após a obtenção de parecer favorável da Comissão de Ética da ULS, em 14 de Novembro de 2025 (Anexo I), e do consentimento informado (Apêndice IV) de cada participante. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, mediante autorização prévia de cada participante e, posteriormente, transcritas para análise. Em todas as fases da investigação serão respeitados os princípios éticos fundamentais que regem a investigação científica, assegurando a proteção da liberdade, dignidade e integridade dos participantes. Os dados recolhidos são devidamente codificados e pseudonimizados, garantindo a impossibilidade de identificação individual. A informação ficou armazenada em computador pessoal protegido por encriptação e palavra-passe robusta, sendo eliminada de forma definitiva após a conclusão do estudo, em conformidade com o Regulamento (UE) 2016/679 (RGPD) e legislação nacional aplicável. A voluntariedade e autonomia dos participantes foram

garantidas mediante declaração de consentimento informado. Não se preveem riscos ou danos associados à participação. Como benefício, os enfermeiros terão a oportunidade de refletir e partilhar as suas vivências. A participação não implica, de modo algum, qualquer custo nem compensação monetária.

No âmbito da elaboração do presente trabalho, foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial generativa, nomeadamente a Perplexity Pro, exclusivamente como instrumentos de apoio à organização textual, à clarificação da redação e à sistematização de conteúdos previamente desenvolvidos pelo investigador.

A utilização desta plataforma teve como finalidade o refinamento linguístico e a estruturação lógica dos parágrafos, não substituindo nem condicionando o pensamento científico, o raciocínio crítico ou a tomada de decisão metodológica. A definição do problema de investigação, a formulação das questões, a construção do instrumento de recolha de dados, a análise estatística descritiva, a interpretação dos resultados e as conclusões apresentadas são da inteira responsabilidade do autor e resultam do seu julgamento científico autónomo.

Todas as referências bibliográficas foram pesquisadas, selecionadas e verificadas manualmente pelo investigador em bases de dados científicas reconhecidas, garantindo o rigor metodológico e a validade académica, sem recurso a citações geradas automaticamente por IA.

6. Resultados

Neste capítulo apresentam-se as categorias e subcategorias emergentes da análise de conteúdo das entrevistas realizadas. A análise permitiu identificar diferentes dimensões relacionadas com a competência cultural na prestação de cuidados de saúde a crianças migrantes e às suas famílias.

Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes

O grupo de participantes é formado por 10 EEESIP, dos quais nove são do sexo feminino e um do sexo masculino. As idades variam entre os 33 e os 50 anos, correspondendo a uma média de idade de $42,1 \pm 5,3$ anos. Relativamente às habilitações académicas, prevalecem os que detêm o grau de Mestre ($n=9$), sendo que um participante possui o grau de Doutor. A experiência profissional varia entre 11 e 30 anos de serviço, com um tempo médio de $20,1 \pm 5,9$ anos. O tempo de exercício como enfermeiro especialista situa-se entre 3 e 18 anos, correspondendo a uma média de $9,2 \pm 5,6$ anos. No que respeita à experiência prévia com crianças migrantes, esta varia entre 2 e 30 anos, com uma média de $7,6 \pm 9,2$ anos (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

Participantes	Idade	Sexo	Formação	Tempo de Serviço	Tempo como Especialista	Experiência com Crianças Migrantes
N=10	M= $42,1 \pm 5,3$ anos	Feminino (n=9) Masculino (n=1)	Mestrado (n=9) Doutoramento (n=1)	M= $20,1 \pm 5,9$ anos	M= $9,2 \pm 5,6$ anos	M= $7,6 \pm 9,2$ anos

O gráfico 1 apresenta as categorias emergentes identificadas na análise fenomenológica das entrevistas realizadas aos EEESIP, com evidência dos principais desafios sentidos na prestação de cuidados a crianças migrantes e às suas famílias. Observa-se que a categoria com maior frequência corresponde ao *Desafio/Barreira Linguística* (158 referências), a demonstrar que as dificuldades de comunicação constituem o principal obstáculo identificado pelos participantes. A impossibilidade de compreender a língua ou de transmitir informação de forma clara pode comprometer a relação terapêutica, a compreensão das orientações clínicas e a segurança dos cuidados prestados.

Segue-se a categoria *Desafio/Barreira Cultural* (152 referências), que reflete a importância das diferenças culturais nos cuidados de saúde, as quais parecem estar, de acordo com os

entrevistados, relacionadas com as crenças, os valores, as práticas de saúde, os hábitos familiares e as distintas formas de compreender a doença e o tratamento.

A categoria *Negociação e Mediação Cultural* é reiterada também um número significativo de referências (119), a sugerir a necessidade de adaptação dos profissionais e da utilização de estratégias de mediação cultural para facilitar a comunicação e promover cuidados culturalmente sensíveis.

Com menor expressão surgem as categorias *Desafios na Alimentação e Dieta* (62 referências), *Desafios/Barreiras Burocráticas e Administrativas* (61 referências) e *Resistência da Família Migrante* (61 referências). Estes resultados demonstram que, apesar de menos frequentes, continuam a existir dificuldades relacionadas com hábitos alimentares culturais, processos administrativos e resistência ou desconfiança das famílias relativamente aos serviços de saúde.

Por fim, a categoria menos referenciada foi o *Desafio/Barreira da Literacia em Saúde* (55 referências), ainda que se represente como um fator relevante, mormente na compreensão da informação clínica e na adesão aos cuidados de saúde.

De forma global, os resultados evidenciam que os principais desafios identificados pelos EEESIP se relacionam principalmente com as barreiras linguísticas e culturais, reforçando a importância do desenvolvimento da competência cultural e da implementação de estratégias que promovam uma comunicação eficaz, inclusiva e adaptada às necessidades das famílias migrantes.

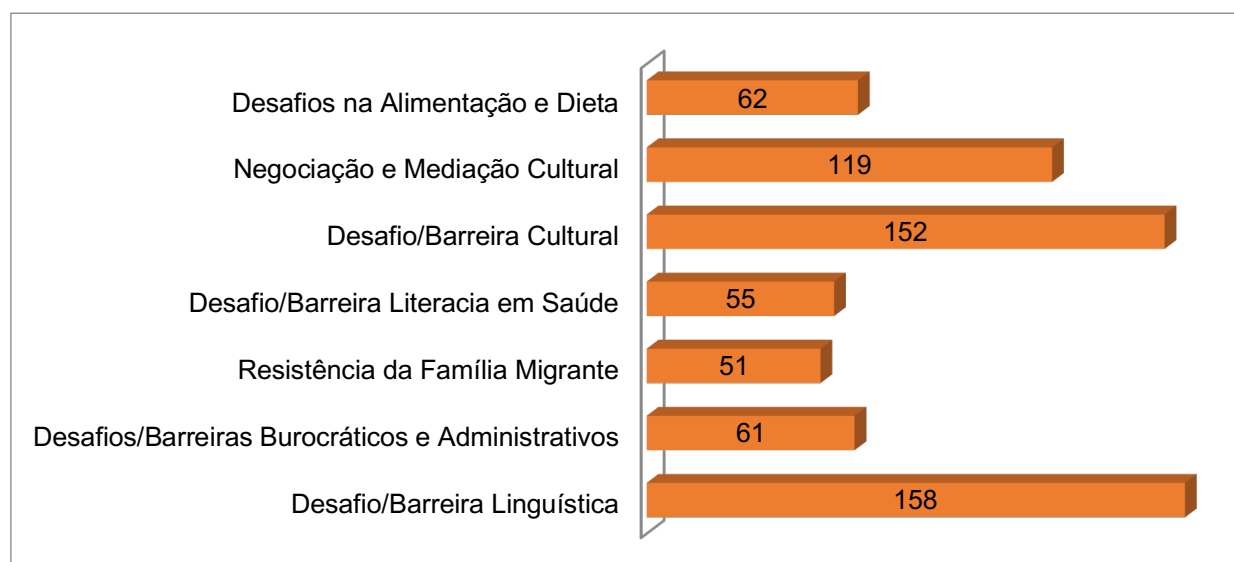


Figura 1. Categorias emergentes

Categoria 1 - Desafio/barreira linguística

A categoria *Desafio/barreira linguística* refere-se às dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde, no caso concreto dos EEESIP, e as famílias migrantes, decorrentes das diferenças linguísticas. Esta constituiu uma das categorias mais expressivas identificadas na análise de conteúdo, contendo 158 excertos distribuídos pelos 10 participantes, o que demonstra a relevância e transversalidade desta problemática na prática dos EEESIP entrevistados (Tabela 2).

As análises das entrevistas evidenciam que a barreira linguística interfere diretamente na comunicação, na relação terapêutica e na prestação de cuidados. Um dos participantes relatou: *“a equipa pedagógica que temos sentirá muitas vezes as mesmas dificuldades que nós, em termos da comunicação, em termos do relacionamento, das atividades que se podem fazer”* [E10], demonstrando que esta dificuldade afeta quer os enfermeiros, quer toda a equipa multidisciplinar. Os participantes reconhecem identicamente a frequência desta realidade no contexto clínico, classificando-a como uma situação recorrente: *“Surge muito, lá está.”* [E1] Este excerto reforça a constante presença das dificuldades linguísticas na prestação de cuidados a famílias migrantes.

Perante estas limitações, os profissionais recorrem a estratégias alternativas de comunicação, sendo estas: os gestos, a demonstração e a comunicação não verbal, com o objetivo de facilitar a compreensão e assegurar a continuidade dos cuidados. Tal é evidenciado na afirmação: *“nós vamos conseguindo por gestos e demonstração.”*[E5] Porém, estas estratégias nem sempre garantem uma comunicação plenamente eficaz, ou seja, na sua perspetiva, podem mesmo comprometer a transmissão de informação clínica, a compreensão das orientações terapêuticas e o estabelecimento de uma relação de confiança com as famílias.

Deste modo, os resultados ilustram que a barreira linguística constitui um dos principais desafios enfrentados pelos EEESIP, levando-os a salientar que existe uma necessidade premente de recursos e de estratégias que promovam uma comunicação eficaz e culturalmente adequada, para que se possam garantir cuidados de saúde seguros, acessíveis e equitativos às crianças migrantes e respetivas famílias.

Tabela 2. Desafio/barreira linguística

Categoria	Unidades de registo	Número de Excertos	N
Desafio/barreira linguística	"a equipa pedagógica que temos sentirá muitas vezes as mesmas dificuldades que nós, em termos da comunicação, em termos do relacionamento, das atividades que se podem fazer"[E10] "Surge muito, lá está."[E1] "nós vamos conseguindo por gestos e demonstração."[E5] "A barreira linguística, muitas vezes." [E1] "Isto é capaz de ser um bocadinho transversal e das situações em que nós temos mais dificuldade é na comunicação." [E2] "nós vamos conseguindo por gestos e demonstração." [E5]	158	10

Categoria 2 - Desafios/barreiras - burocráticos e administrativos

A categoria *Desafios/barreiras burocráticos e administrativos* refere-se aos obstáculos relacionados com a documentação, o registo, a marcação de consultas e a articulação institucional no acompanhamento de crianças migrantes e respetivas famílias. Esta categoria apresentou 61 excertos distribuídos por 8 participantes, demonstrando a existência de dificuldades administrativas que condicionam o acesso e a continuidade dos cuidados de saúde (Tabela 3).

Os discursos dos EEESIP deixam transparecer preocupação relativamente às condições em que muitas famílias migrantes chegam ao país, designadamente no que diz respeito à situação legal e à ausência de documentação adequada. Um dos participantes questionou: *"De que forma é que eles acedem ao nosso país? É por redes normais ou é por redes de tráfico?"* [E8], o que demonstra a incerteza associada aos percursos migratórios destas famílias. Outro participante relatou: *"Nós sabemos que há fluxos migratórios que são completamente ilegais, em que as pessoas são... traficadas"* [E4], uma expressão que revela a vulnerabilidade social e administrativa em que algumas famílias se encontram. Estas situações podem dificultar o acesso aos serviços de saúde, à inscrição nas unidades de saúde e ao acompanhamento regular das crianças.

Os enfermeiros identificaram ainda dificuldades relacionadas com a continuidade do acompanhamento e com a articulação entre serviços, sobretudo devido à instabilidade associada aos percursos migratórios. Tal é evidenciado na afirmação: *"acredito que eles tenham ainda mais dificuldades que nós, porque nós temos as crianças por um curto período de tempo (...) não se sabe quanto tempo, não é?"* [E2]. Este excerto revela a dificuldade em

assegurar a continuidade e o planeamento de cuidados quando existe incerteza face à permanência das famílias no país ou na área de residência.

Face ao exposto, pode dizer-se que o verbatim dos entrevistados mostra que as barreiras burocráticas e administrativas constituem um desafio significativo para os EEESIP, uma vez que condicionam o acesso, a continuidade e a articulação dos cuidados de saúde prestados às crianças migrantes e às suas famílias. Estas dificuldades reforçam a necessidade de respostas institucionais mais flexíveis, acessíveis e adaptadas à realidade migratória.

Tabela 3. Desafios/barreiras - burocráticos e administrativos

Categoria	Unidades de registo	Número de Excertos	N
Desafios/barreiras burocráticos e administrativos	"De que forma é que eles acedem ao nosso país? É por redes normais ou é por redes de tráfico?"[E8] "Nós sabemos que há fluxos migratórios que são completamente ilegais, em que as pessoas são... Traficadas."[E4] "acredito que eles tenham ainda mais dificuldades que nós, porque nós temos as crianças por um curto período de tempo. não se sabe quanto tempo, não é?"[E2]	61	8

Categoria 3- Desafios/barreira - literacia em saúde

A categoria *Desafio/Barreira - Literacia em Saúde* diz respeito à carência de conhecimento das famílias migrantes relativamente aos seus direitos, recursos de saúde e compreensão das orientações terapêuticas. Esta categoria apresentou 55 excertos distribuídos pelos 10 participantes, o que denota explicitamente que as dificuldades relacionadas com a literacia em saúde constituem uma realidade transversal à prática dos EEESIP entrevistados (Tabela 4).

Os discursos dos participantes indicam que a reduzida literacia em saúde interfere na compreensão da informação transmitida pelos profissionais e condicionam a adesão aos cuidados e a autonomia das famílias. Um dos participantes relatou a necessidade de apoio adicional aos profissionais, tendo salientado que existem "*profissionais que precisam de um suporte, também para minimizar um bocadinho essa falta de confiança e de conhecimento na transmissão de cuidados, neste caso.*" [E1] Esta unidade de registo demonstra que as dificuldades não se limitam às famílias migrantes, mas que afetam igualmente os enfermeiros na adaptação da comunicação e das estratégias educativas.

Os entrevistados identificaram ainda a necessidade de desenvolvimento de ferramentas e estratégias mais adaptadas para facilitar a transmissão da informação e

promover maior compreensão por parte das famílias. Tal é demonstrado no seguinte verbatim: *“era importante haver mais ferramentas de conhecimento e estratégias para chegar até eles.”* [E1] Esta necessidade robustece a relevância da adaptação da comunicação em saúde às características culturais, linguísticas e educacionais das famílias migrantes.

As dificuldades relacionadas com a literacia em saúde revelam igualmente um impacto direto na prestação de cuidados e na gestão da doença. Um dos participantes refere que *“Muitos miúdos não vão para casa porque os pais não conseguem fazer os inaladores, por exemplo. Os pais não conseguem, sozinhos não conseguem, não têm autonomia, não sabem como é que aquilo funciona.”* [E1] Esta sua opinião é denotativa de que a ausência de conhecimentos e de competências pode comprometer a autonomia familiar, dificultar a continuidade dos cuidados no domicílio e prolongar períodos de internamento.

Face ao descrito, os resultados patenteiam que a baixa literacia em saúde constitui um desafio significativo para os EEESIP e que condiciona a compreensão das orientações clínicas, a adesão terapêutica e a autonomia das famílias migrantes. Tais perceções reforçam a necessidade de estratégias educativas culturalmente adequadas, comunicação clara e recursos de apoio que promovam maior capacitação das famílias no acesso e gestão dos cuidados de saúde.

Tabela 4. Desafios/barreira literacia em saúde

Categoria	Unidades de registo	Número de Excertos	N
Desafio/barreira literacia em saúde	"os profissionais que precisam de um suporte, também para minimizar um bocadinho essa falta de confiança e de conhecimento na transmissão de cuidados, neste caso." [E1] "O acesso à saúde também está previsto pelo nosso SNS, mas eles também não sabem disso." [E3] "É desconhecimento de informação, falta de informação." [E10] "O nosso Sistema Nacional de Saúde funciona de uma forma um pouco diferente dos países deles." [E8] "A própria língua vai pôr em causa o conhecimento que têm [os enfermeiros], os ensinamentos que nós estamos a fazer..." [E3] "era importante haver mais ferramentas de conhecimento e estratégias para chegar até eles." [E1] "Muitos miúdos não vão para casa porque os pais não conseguem fazer os inaladores, por exemplo. Os pais não conseguem, sozinhos não conseguem, não têm autonomia, não sabem como é que aquilo funciona." [E1] "É desconhecimento de informação, falta de informação." [E10] "O nosso Sistema Nacional de Saúde funciona de uma forma um pouco diferente dos países deles, nomeadamente na vacinação e nos acessos aos cuidados de saúde." [E8]	55	10

Categoria 4- Desafio/barreira cultural

A categoria *Desafio/barreira cultural* refere-se às dificuldades associadas às diferenças culturais existentes entre os profissionais de saúde e as famílias migrantes, designadamente ao nível das crenças, hábitos, organização familiar, práticas de saúde e formas de comunicação. Esta categoria apresentou 152 excertos distribuídos pelos 10 participantes, o que expressa a relevância desta problemática na prática clínica dos EEESIP (Tabela 5).

Os discursos dos participantes demonstram que o aumento da multiculturalidade nos serviços de saúde exige uma constante adaptação por parte dos mesmos, tendo, inclusive, um deles referido que *"a multiculturalidade é cada vez maior e é um desafio muito grande nós conseguirmos estar atualizados e dar a resposta melhor possível a isso"* [E1], o que expressa a imprescindibilidade do desenvolvimento contínuo de competências culturais para responder adequadamente às necessidades das famílias migrantes.

Os enfermeiros reconhecem igualmente que as principais dificuldades não se relacionam meramente com as características físicas, mas também com diferenças culturais, como expressou um entrevistado: *"se existe alguma barreira, e existe, não tem a ver com*

aspectos físicos, tem a ver com aspectos culturais, que nós também temos que trabalhar acima de tudo isso” [E4]. Este excerto manifesta a importância da compreensão cultural na construção de cuidados individualizados e culturalmente sensíveis.

As diferenças culturais manifestam-se também na dinâmica familiar e na organização do suporte social das famílias migrantes. Um dos participantes referiu: *“Porque a comunicação, a parte cultural, muitas vezes as mães que ficam com os garotos ou os pais e depois têm garotos pequeninos, já não é a primeira nem a segunda vez que têm que ir buscar os irmãos para ficarem internados de acompanhantes porque não têm suporte familiar”* [E2]. Esta unidade de registo evidencia dificuldades relacionadas com a ausência de rede de apoio familiar, o que também é impedor, muitas vezes, do acompanhamento da criança durante o internamento e aumenta a vulnerabilidade destas famílias.

Da análise desta categoria emergiram ainda três subcategorias: Resistência da Família Migrante (51 excertos), Desafios na Negociação e Mediação Cultural (119 excertos) e Desafios na Alimentação e Dieta (52 excertos).

A subcategoria Resistência da Família Migrante relaciona-se com as situações em que as famílias apresentam dificuldade em aceitar determinadas orientações ou práticas de saúde, frequentemente influenciadas por crenças culturais, religiosas ou experiências prévias. Esta realidade é ilustrada pelos discursos: *“Quando a pessoa não está disponível para perceber a tua visão e não está aberta a partilhar a visão dela. É como que cresce ali um muro”* [E4] e *“O que eles faziam estava correto, o que nós fazíamos estava incorreto”* [E7], evidenciando a resistência à aceitação de perspetivas e práticas distintas das suas.

A subcategoria Desafios na Negociação e Mediação Cultural destacou-se como uma das mais expressivas, reiterando a necessidade de adaptação, negociação e mediação entre profissionais de saúde e famílias migrantes, de forma a promover a compreensão mútua e os cuidados culturalmente adequados. Tal é evidenciado nos relatos *“Tudo com base na negociação”* [E3] e *“Devemos ir de encontro à questão cultural e tentar prestar cuidados mais centrados na multiculturalidade”* [E6], que refletem a importância da flexibilidade e da negociação no processo de cuidar.

Por sua vez, a subcategoria Desafios na Alimentação e Dieta patenteia dificuldades relacionadas com hábitos alimentares culturais, restrições religiosas e adaptação das orientações nutricionais às práticas das famílias migrantes. Neste âmbito, os participantes referiram que *“Culturalmente eles não comem sopa”* [E1] e que *“Os alimentos que eles comiam lá eram muito diferentes dos de cá”* [E10], demonstrando que as diferenças

alimentares constituem um desafio frequente na prestação de cuidados e na promoção de hábitos alimentares adequados.

Mediante o exposto, verificou-se que as barreiras culturais constituem um desafio significativo para os EEESIP, requerendo competências de comunicação, negociação e adaptação cultural que possibilitem assegurar cuidados de saúde humanizados, equitativos e culturalmente sensíveis às crianças migrantes e respectivas famílias.

Tabela 5. Desafios/barreira cultural

Categoria	Unidades de registo	Número de Excertos	N	Subcategorias	Número de Excertos
Desafio/barreira cultural	"A multiculturalidade é cada vez maior e é um desafio muito grande nós conseguirmos estar atualizados e dar a resposta melhor possível a isso" [E1] "Se existe alguma barreira, e existe, não tem a ver com aspetos físicos, tem a ver com aspetos culturais, que nós também temos que trabalhar acima de tudo isso" [E4] "Porque a comunicação, a parte cultural, muitas vezes as mães que ficam com os garotos ou os pais e depois têm garotos pequeninos, já não é a primeira nem a segunda vez que têm que ir buscar os irmãos para ficarem internados de acompanhantes porque não têm suporte familiar." [E2]	152	10	Resistência da família migrante "Quando a pessoa não está disponível para perceber a tua visão e não está aberta a partilhar a visão dela. É como que cresce ali um muro." [E4] "Ela estava muito fechada sobre ela própria (...) não havia permeabilidade àquilo que nós, profissionais de saúde, lhe estávamos a tentar mostrar e ensinar." [E4] "O que eles faziam estava correto, o que nós fazíamos estava incorreto." [E7] "Não foi pelo facto de nós não nos mostrarmos abertos (...), foi mesmo pelo facto de eles não quererem, não nos mostrarem sequer qualquer disposição." [E7]	51
				Desafios de negociação e mediação cultural "Tudo com base na negociação." [E3] "É espírito aberto. É negociação. Tudo está baseado na negociação." [E3] "Temos que arranjar estratégias para lidar com isso." [E1] "Temos que respeitar (...) não havendo conflito de interesses (...) não há necessidade de estarmos a impor-nos." [E1] "Devemos ir de encontro à questão cultural e tentar prestar cuidados mais centrados na multiculturalidade." [E6] "Temos que ter uma perspetiva um bocado mais aberta e muitas vezes ir de encontro àquilo que eles esperam de nós." [E6]	119
				Desafios na alimentação e dieta "Culturalmente eles não comem sopa." [E1] "Os alimentos que eles comiam lá eram muito diferentes dos de cá." [E10] "A alimentação dela era muito específica (...) tinha dificuldade em adaptar-se à comida de cá." [E10] "Os indianos têm uma alimentação muito diferente da nossa." [E8]	52

7. Discussão dos Resultados

A literatura reconhece a migração como um determinante social da saúde particularmente relevante na população pediátrica, devido à acrescida vulnerabilidade social, cultural e económica que frequentemente caracteriza estas crianças e respetivas famílias. (Spagnoli et al., 2020; Khalifeh et al., 2023). Em consonância com esta evidência, os resultados do presente estudo demonstram que os EEESIP enfrentam diversos desafios na prestação de cuidados a crianças migrantes, destacando-se as barreiras linguísticas, culturais e burocráticas, bem como as limitações associadas à literacia em saúde. Estes desafios interferem na comunicação, na relação terapêutica e no acesso aos cuidados, exigindo dos enfermeiros uma adaptação contínua das suas práticas e o desenvolvimento de competências promotoras de cuidados culturalmente sensíveis e equitativos.

A categoria mais expressiva correspondeu ao *Desafio/Barreira Linguística*, uma vez que as dificuldades de comunicação foram indicadas como um dos principais obstáculos identificados pelos EEESIP. Estes resultados corroboram os estudos de Pandey et al. (2021), Muggli et al. (2023) e Güney et al. (2025), os quais identificam as barreiras linguísticas como fatores que condicionam o acesso aos cuidados de saúde, a compreensão das orientações clínicas e o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes.

Os enfermeiros referiram reiteradamente a necessidade de recorrer a estratégias alternativas de comunicação, como gestos, demonstração e a comunicação não verbal, o que está em consonância com o estudo de Güney et al. (2025), no qual os EEESIP identificaram a linguagem corporal como um recurso frequentemente utilizado perante dificuldades linguísticas. Todavia, os mesmos autores salientam que estas estratégias nem sempre garantem uma comunicação eficaz, o que pode, inclusive, comprometer a segurança do doente e aumentar sentimentos de frustração e desgaste profissional.

Os resultados relativos aos *Desafios/Barreiras Burocráticos e Administrativos* evidenciam dificuldades relacionadas com a documentação, o acesso aos serviços e a continuidade do acompanhamento, o que corrobora os resultados do estudo de Inácio et al. (2025), onde os obstáculos burocráticos, as dificuldades na obtenção do número de utente e as limitações institucionais foram também fatores condicionantes do acesso das famílias migrantes aos cuidados de saúde. De igual modo, Khalifeh et al. (2023) observaram que as barreiras administrativas e as organizacionais contribuem significativamente para desigualdades em saúde nas populações migrantes.

A preocupação demonstrada pelos participantes ao nível da vulnerabilidade social e legal das famílias migrantes evidencia que determinados fatores, como a instabilidade habitacional, a ausência de documentação e os percursos migratórios irregulares, aumentam o risco de exclusão social e dificultam o acesso aos serviços de saúde, à semelhança do demonstrado noutros estudos (Starker et al., 2021; Khalifeh et al., 2023).

No âmbito da categoria *Desafio/Barreira - Literacia em Saúde*, os resultados revelaram que a reduzida compreensão das orientações clínicas condiciona a autonomia das famílias e a adesão aos cuidados, corroborando o estudo de Pandey et al. (2021), no qual muitas famílias migrantes apresentavam dificuldades na compreensão do funcionamento do sistema de saúde e das recomendações terapêuticas. Os enfermeiros entrevistados salientaram a necessidade de ferramentas educativas mais adequadas, a reforçar a importância de se recorrer a estratégias de comunicação culturalmente adaptadas.

As dificuldades relacionadas com a gestão terapêutica no domicílio, nomeadamente na administração de inaladores e noutros cuidados específicos, relatadas pelos participantes do presente estudo, corroboram a literatura que associa a baixa literacia em saúde a menores níveis de autonomia familiar e a maiores dificuldades na continuidade dos cuidados (Pandey et al., 2021; Nygren & Efimova, 2025).

Outra categoria emergente foi *Desafio/Barreira Cultural* que demonstra a relevância das diferenças culturais na prestação de cuidados de saúde. Os EEESIP identificaram dificuldades relacionadas com as crenças, os hábitos familiares, a alimentação, as práticas de saúde e a organização familiar. Estes resultados encontram-se em consonância com Purnell e Paulanka (2010), que defendem que a cultura influencia profundamente a forma como os indivíduos interpretam a saúde, a doença e os cuidados. Reforçam igualmente os pressupostos do Modelo de Competência Cultural de Purnell (2002), cujos princípios assentam no pressuposto de que os profissionais de saúde devem compreender a diversidade cultural ao nível da sociedade, da família e do indivíduo, de forma a prestar cuidados culturalmente sensíveis e individualizados. Os EEESIP reconheceram a necessidade de atualização contínua e desenvolvimento de competências culturais, a refletir a consciência da importância desta dimensão na prática clínica por parte dos mesmos.

As subcategorias *Resistência da Família Migrante*, *Negociação e Mediação Cultural* e *Desafios na Alimentação e Dieta* corroboram também a Teoria da Enfermagem Transcultural de Leininger (2001), que defende a necessidade de negociação cultural e adaptação dos cuidados às crenças e valores das famílias. A autora considera fundamental a compreensão da perspectiva cultural da pessoa cuidada antes da aplicação do conhecimento profissional, como meio, por excelência, de promoção de relações de parceria, compreensão e respeito mútuo.

A necessidade de negociação cultural identificada pelos EEESIP encontra-se ainda em conformidade com Campinha-Bacote (2002), que conceptualiza a competência cultural como um processo contínuo, constituído pela consciência cultural, pelo conhecimento cultural, habilidade cultural, encontros culturais e pelo desejo cultural. Neste contexto, verificou-se que os discursos dos EEESIP denotam explicitamente que a experiência prática com famílias migrantes promove o desenvolvimento destas competências, particularmente ao nível da adaptação da comunicação, da construção da relação terapêutica e da negociação dos cuidados.

Pelo exposto, pode afirmar-se que os EEESIP reconhecem a crescente multiculturalidade nos serviços de saúde e identificam a necessidade de respostas mais adequadas às necessidades das crianças migrantes e respetivas famílias. Estas evidências acentuam ainda mais a relevância da formação em competência cultural, do acesso a mediadores culturais e intérpretes e da implementação de estratégias institucionais que promovam cuidados de saúde mais equitativos, humanizados e culturalmente sensíveis.

8. Conclusão

Este estudo permitiu identificar diferentes categorias e subcategorias emergentes relacionadas com os desafios experienciados pelos EEESIP na prestação de cuidados de saúde a crianças migrantes e respetivas famílias. As principais categorias identificadas foram: *Desafio/Barreira Linguística*, *Desafios/Barreiras Burocráticos e Administrativos*, *Desafio/Barreira - Literacia em Saúde* e *Desafio/Barreira Cultural*. Desta última emergiram ainda as subcategorias *Resistência da Família Migrante*, *Desafios na Negociação e Mediação Cultural* e *Desafios na Alimentação e Dieta*.

Os resultados evidenciam que as barreiras linguísticas e culturais assumem particular destaque, uma vez que interferem diretamente na comunicação, na construção da relação terapêutica, na compreensão das orientações clínicas e na adesão aos cuidados. Paralelamente, os constrangimentos burocráticos e a reduzida literacia em saúde contribuem para aumentar a vulnerabilidade das famílias migrantes, dificultando o acesso aos serviços e comprometendo a equidade em saúde. Assim, torna-se evidente que a prestação de cuidados a esta população exige não apenas competência técnica, mas também sensibilidade cultural, capacidade de adaptação e uma comunicação centrada na pessoa e na família.

Importa salientar algumas limitações e destaca-se o reduzido número de EEESIP, o que limita a generalização dos resultados a outros contextos profissionais e institucionais. Acresce ainda o facto de a recolha de dados ter ocorrido num período temporal específico, podendo as experiências e perceções dos participantes sofrer alterações ao longo do tempo e em diferentes contextos de prática clínica. Não obstante estas limitações, o estudo tem implicações para a prática, uma vez que a partilha de experiência dos participantes veio reforçar ainda mais a necessidade do desenvolvimento contínuo de competências culturais nos EEESIP, bem como a implementação de estratégias institucionais promotoras de cuidados culturalmente sensíveis.

Em suma este estudo reforça a importância da formação contínua em competência cultural, da disponibilização de intérpretes e mediadores culturais, da adaptação dos materiais educativos e da implementação de estratégias institucionais que promovam cuidados mais acessíveis, seguros, humanizados e culturalmente sensíveis. Em síntese, os resultados obtidos sublinham que a resposta às necessidades das crianças migrantes e das suas famílias depende, em grande medida, da capacidade dos EEESIP e das instituições de saúde para acolher a diversidade e promover a equidade no acesso e na prestação de cuidados.

Considerações Finais

Este relatório espelha o meu percurso formativo, que se traduziu no desenvolvimento e aprimoramento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais fundamentais para o exercício profissional enquanto EEESIP. O itinerário desenvolvido nos diferentes contextos de estágio possibilitou uma compreensão mais profunda e profícua da complexidade dos cuidados prestados à criança, jovem e família, em contextos marcados pela vulnerabilidade, diversidade cultural e exigência clínica crescente.

A experiência formativa em internamento de pediatria, urgência pediátrica e neonatologia contribuiu para o desenvolvimento de uma prática sustentada na evidência científica, na reflexão crítica e nos princípios dos cuidados centrados na criança e família. Os diferentes contextos clínicos comprovaram a relevância da comunicação terapêutica, da parceria com a família, da humanização dos cuidados e da tomada de decisão clínica fundamentada. Permitiram reconhecer limitações organizacionais, necessidades formativas e desafios emergentes na prática dos cuidados especializados em saúde infantil e pediátrica.

No âmbito do estudo de investigação, os resultados obtidos permitiram compreender que os EEESIP identificaram múltiplos desafios na prestação de cuidados de saúde a crianças migrantes e respetivas famílias. As barreiras linguísticas e culturais surgiram como os principais obstáculos, condicionando a comunicação, a relação terapêutica, a compreensão das orientações clínicas e a continuidade dos cuidados. Os participantes identificaram igualmente dificuldades burocráticas, administrativas e relacionadas com a literacia em saúde, fatores que contribuem para desigualdades no acesso aos cuidados e para situações de maior vulnerabilidade das famílias migrantes. Tais evidências dão ainda mais corpo à importância da competência cultural enquanto dimensão essencial da prática do EEESIP. A prestação de cuidados culturalmente sensíveis exige conhecimento, capacidade de adaptação, consciência cultural, comunicação eficaz e disponibilidade para a negociação e mediação cultural. Neste contexto, o EEESIP assume um papel fundamental na promoção da equidade em saúde, na defesa dos direitos da criança e da família migrante e na construção de relações terapêuticas baseadas no respeito, confiança e compreensão mútua.

A elaboração deste trabalho permitiu ainda reconhecer a importância da investigação enquanto instrumento de desenvolvimento profissional e melhoria contínua dos cuidados. O processo investigativo favoreceu o aprofundamento do pensamento crítico, da capacidade reflexiva e da análise fundamentada da prática clínica, assumindo-se, deste modo, como um contributo para uma maior consciência das necessidades emergentes nos contextos pediátricos contemporâneos.

A título conclusivo da minha reflexão, posso afirmar que o presente percurso formativo e investigativo constituiu uma oportunidade de crescimento pessoal, académico e profissional, bem como veio reforçar a importância de uma prática especializada reflexiva, ética, humanizada e culturalmente competente.

Referências bibliográficas

- Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., Dhavan, P., Fouad, F. M., Groce, N., Guo, Y., Hargreaves, S., Knipper, M., Miranda, J. J., Madise, N., Kumar, B., Mosca, D., McGovern, T., Rubenstein, L., Sammonds, P., ... Zimmerman, C. (2018). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. *The Lancet*, 392(10164), 2606–2654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)
- Almeida Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2017). *Portugal: Health system review. Health Systems in Transition*, 19(2), 1–184.
- Als, H. (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 6(3–4), 3–53. https://doi.org/10.1080/J006v06n03_02
- Armstrong, G., Sherwood, G., Ironside, P., Cerbie Brown, E., & Wonder, A. (2022). Reflective practice: Narrative pedagogy. In G. Sherwood & J. Barnsteiner (Eds.), *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes* (3rd ed., pp. 301–320). Wiley.
- Barbour, R. (2018). *Doing focus groups* (2nd ed.). Sage Publications.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Quarteto Editora.
- Bolg, J. R., Dwyer, P. A., Doherty, D. P., Pignataro, S. J., & Renaud, A. M. (2020). The impact of critical reflective inquiry education on experienced nurses' insights into practice. *Journal for Nurses in Professional Development*, 36(2), 68–73. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000606>
- Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., Fawzi, W. W., Missmer, S. A., Lieberman, E., Kajeepeta, S., & Chan, G. J. (2016). Kangaroo mother care and neonatal outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics*, 137(1), e20152238. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2238>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>

- Casey, A. (1995). *Partnership nursing: Influencing the future of nursing*. Royal College of Nursing.
- Casquilho-Martins, I., & Ferreira, S. (2022). Migrants' health policies and access to health care in Portugal within the European framework. *Societies*, 12(2), 55.
<https://doi.org/10.3390/soc12020055>
- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). *Cirurgia de ambulatório: Recomendações clínicas*. Ministério da Saúde.
- Cordeiro, M. P., & Costa, M. G. F. A. (2023). *Práticas de suporte avançado em enfermagem pediátrica* [Material pedagógico de apoio ao estudante]. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Coyne, I., Hallström, I., & Söderbäck, M. (2018). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20(4), 494–502. <https://doi.org/10.1177/1367493516642744>
- Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (2023, 26 de junho). *Serviços de urgência de pediatria do SNS*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.min-saude.pt/deliberacoes/servicos-de-urgencia-de-pediatria-do-sns>
- Direção-Geral da Saúde, & Instituto de Apoio à Criança. (2021). *Carta da criança nos cuidados de saúde primários*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programa nacional de prevenção de acidentes*. Direção-Geral da Saúde.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2008). *Relatório sobre o desenvolvimento da cirurgia de ambulatório em Portugal*. Entidade Reguladora da Saúde.
- Estevan, I., & Ruiz, F. (2017). Competência cultural: Revisão de literatura sobre atendimento oferecido a imigrantes. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Fernández, A., Benito, J., & Mintegi, S. (2017). Is this child sick? Usefulness of the Pediatric Assessment Triangle in emergency settings. *Jornal de Pediatria*, 93(1), 60–67.
<https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.07.002>
- Gata, L. (2025). Acidentes e intoxicações. In G. Oliveira & J. Saraiva (Coords.), *Lições de pediatria* (2.^a ed., pp. 669–676). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Gomes, C. (2025). Doenças do aparelho urinário. In G. Oliveira & J. Saraiva (Coords.), *Lições de pediatria* (2.^a ed., pp. 429–447). Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Gonçalves, M., & Matos, M. (2016). Cultural competence in intervention with immigrants: A comparative analysis between health professionals, social workers and police officers. *Acta Médica Portuguesa*, 29(10), 629–638.
<https://doi.org/10.20344/amp.7121>
- Griffiths, N., Spence, K., Loughran-Fowlds, A., & Westrup, B. (2019). Individualised developmental care for babies and parents in the neonatal intensive care unit: Evidence-based best practice guideline recommendations. *Early Human Development*, 139, 104840. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104840>
- Grupo Português de Triagem. (2011). *O sistema de triagem de Manchester e as vias verdes: Princípios aplicáveis, integração e compatibilização de metodologias de trabalho*. Grupo Português de Triagem.
- Güney, A., Sönmez Düzkaya, D., & Uysal, G. (2025). Pediatric nurses' experiences in refugee children care: A qualitative research. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 19, e96. <https://doi.org/10.1017/dmp.2025.87>
- Hargreaves, S., et al. (2019). Occupational health outcomes among international migrant workers: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 7(7), e872–e882. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30204-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30204-9)
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2021). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed.). Elsevier.
- Inácio, R., Gonçalves, R., Pires, J., Marques, M. J., & Dias, S. (2025). Access and utilization of Portuguese mental healthcare services by migrant children and adolescents: Perceptions and experiences of families. *Children and Youth Services Review*, 178, 108535. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2025.108535>
- Instituto de Apoio à Criança. (2017a). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada*. Instituto de Apoio à Criança.
- Instituto de Apoio à Criança. (2017b). *Carta da criança hospitalizada* (5.^a ed.). Instituto de Apoio à Criança.
- Instituto para o Uso Seguro de los Medicamentos, Asociación Española de Pediatría, & Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. (2024). *Recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo en pediatría*. Ministerio de Sanidad.
- International Organization for Migration. (2025). *People on the move in a changing climate: Linking policy, evidence and action*. <https://www.iom.int/international-migrants-day-2025>

- ISMP-España. (2025). *Prevención de errores asociados a medicamentos de alto riesgo en pediatría* (Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación, 57).
- Khalifeh, R., D'Hoore, W., Saliba, C., Salameh, P., & Dauvrin, M. (2023). Healthcare bias and health inequalities towards displaced Syrians in Lebanon: A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1273916. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1273916>
- Kvamme, E., & Voldner, N. (2021). Public health nurses' encounters with undocumented migrant mothers and children. *Public Health Nursing*, 39(1), 286–295. <https://doi.org/10.1111/phn.13019>
- Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Li, H. C. W., & Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: A randomized controlled trial study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2), 63–73. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00138.x>
- McAuliffe, M., Abel, G., Oucho, L., & Sawyer, A. (2024). Growing migration inequality: What do the global data actually show? In M. McAuliffe & L. Oucho (Eds.), *World Migration Report 2024*. International Organization for Migration.
- Muggli, Z., Alves, E., & Dias, S. (2023). Healthcare access and utilization among migrant children in Portugal: A population-based study. *BMC Health Services Research*, 23, 456. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09321-4>
- Muggli, Z., Massey, D., & Kiener, M. (2023). Barriers to healthcare access in migrant children and families: An integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5674. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095674>
- Muggli, Z., Mertens, T. E., Amado, R., Teixeira, A. L., Vaz, D., Pires, M., et al. (2022). Cohort profile: Health trajectories of immigrant children (CRIAS)—A prospective cohort study in the metropolitan area of Lisbon, Portugal. *BMJ Open*, 12(10), e061919. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061919>
- Muggli, Z., Mertens, T. E., Amado, R., Vaz, D., Loureiro, H., & Martins, M. R. O. (2023). Patterns of healthcare use among children with immigrant and non-immigrant backgrounds in 2019 and 2020: Evidence from the CRIAS cohort study in the metropolitan area of Lisbon, Portugal. *BMC Public Health*, 23(1), 2531. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17402-z>

- Nygren, T., & Efimova, E. (2025). Investigating the long-term impact of misinformation interventions in upper secondary education. *PLoS ONE*, 20(7), e0326928. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0326928>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Parceria de cuidados em pediatria: Enquadramento conceptual*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Regulamento n.º 656/2021: Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 137.
- Ordem dos Enfermeiros. (2026). *Regulamento n.º 454/2026: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República*, 2.ª série(83), 29 de abril de 2026. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/454-2026-109531111>
- Pandey, M., Maina, R. G., Amoyaw, J., Li, Y., Kamrul, R., Michaels, C. R., & Maroof, R. (2021). Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 741. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06750-4>
- Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia. (2016). Regulamento (UE) 2016/679 (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). *Jornal Oficial da União Europeia*, L 119, 1–88.
- Pires, R. P., Vidigal, I., Pereira, C., Azevedo, J., & Veiga, C. M. (2025). *Emigração Portuguesa 2024: Relatório estatístico*. Observatório da Emigração e Rede Migra, ISCTE-IUL. <https://doi.org/10.15847/CIESOEMRE112025>
- Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193–196. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>

- Purnell, L., & Paulanka, B. J. (2010). Cuidados de saúde transculturais: Uma abordagem culturalmente competente (3.^a ed.). Lusodidacta.
- Rakic, M., Sandri, A., Gysin, O., & Rost, M. (2025). Migrant families' experiences in pediatric oncology: A scoping review. *European Journal of Oncology Nursing*, 78, 102948. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102948>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2023). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2022*. Ministério da Administração Interna. <https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2022%20vF2a.pdf>
- Sherwood G. Reflective practice and knowledge development: Transforming research for a practice-based discipline. *Int J Nurs Sci*. 2024 Aug 8;11(4):399-404. doi: 10.1016/j.ijnss.2024.08.002. PMID: 39830915; PMCID: PMC11740302
- Silva, R., Fernandes, A., & Costa, P. (2022). Intervenções não farmacológicas na redução da dor e ansiedade em contexto pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e21045. <https://doi.org/10.12707/RV21045>
- Spagnoli, L., Flahault, A., & Ferrara, P. (2020). Migrant health burden: Where do we stand? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3004. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093004>
- Starker, A., Hövener, C., & Rommel, A. (2021). Utilization of preventive care among migrants and non-migrants in Germany: Results from the representative cross-sectional study "German health interview and examination survey for adults (DEGS1)". *Archives of Public Health*, 79(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00609-0>
- Unidade Local de Saúde de Viseu Dão Lafões. (2024). *Projeto "Ligue Antes, Salve Vidas"*. Unidade Local de Saúde de Viseu Dão Lafões.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). International migrant stock 2019. United Nations.
- Van Manen, M. (1997). From meaning to method. *Qualitative Health Research*, 7(3), 345–369. <https://doi.org/10.1177/104973239700700303>
- Wong, T. K., Konishi, C., & Kong, X. (2020). Parenting and prosocial behaviors: A meta-analysis. *Social Development*, 30(2), 343–373. <https://doi.org/10.1111/sode.12481>
- World Health Organization. (2022a). World report on the health of refugees and migrants. World Health Organization.

World Health Organization. (2022b). Global evidence review on health and migration: Health of refugees and migrants. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Breastfeeding*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Zunino, L., Colineaux, H., Claudet, I., & Bréhin, C. (2021). Description of a migrant pediatric population visiting the Toulouse Children's Hospital emergency department. *Archives de Pédiatrie*, 28(7), 514–519. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2021.08.002>

Apêndices

Apêndice I – Cartaz Prevenção Acidentes Domésticos



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
VISEU DÃO-LAFÕES

A Segurança Começa em Casa : Prevenção de Acidentes Domésticos

👶 0–1 ano: fase de maior vulnerabilidade

O bebé depende totalmente dos pais/cuidadores para se manter seguro.

Riscos principais

- **Quedas:** camas, sofás, muda-fraldas.
- **Queimaduras:** água do banho, leite/biberões, líquidos ou superfícies.
- **Intoxicações:** medicamentos, detergentes, cremes.
- **Engasgamento/asfixia:** alimentos inadequados, peças pequenas, sacos.
- **Afogamento:** banheira mesmo com pouca água.

O que pode fazer

- Guardar produtos perigosos fora do alcance.
- Verificar sempre a temperatura do banho e dos alimentos.
- Manter pequenos objetos fora do campo visual e do alcance.
- Esvaziar recipientes com água imediatamente após utilizar.



👧 5–9 anos: curiosidade sem noção de perigo.

As crianças já andam sozinhas, mas continuam vulneráveis.

Riscos mais comuns:

- Cozinha (fogão, forno, óleo quente);
- Ferramentas e objetos cortantes;
- Tomadas e fios elétricos;
- Bicicleta, trampolins, quedas no exterior.

Como prevenir:

- Supervisione tarefas domésticas;
- Ensine regras básicas de cozinha e eletricidade;
- Use capacete para bicicleta/trotinete;
- Mantenha facas e ferramentas fora do alcance.



👦 2–4 anos: mais mobilidade, mais riscos

A criança move-se rápido, explora e tenta imitar adultos.

Riscos principais

- **Quedas:** escadas, cadeiras, janelas, camas elevadas.
- **Queimaduras:** cozinha, forno, fogão, panelas, bebidas quentes.
- **Intoxicações:** consegue abrir portas/armários e manipular produtos.
- **Engasgamento:** moedas, brinquedos pequenos, frutos secos.
- **Afogamento:** banhos, piscinas, tanques.

O que pode fazer

- Colocar grades nas escadas e proteções nas janelas.
- Manter a criança afastada da cozinha durante a confeção de refeições.
- Guardar medicamentos e detergentes em armários trancados.
- Garantir sempre vigilância.
- Verificar se os brinquedos têm a classificação etária adequada.



👧 10–17 anos: autonomia crescente

Os jovens já têm força, iniciativas próprias e... às vezes, más ideias.

Cuidados importantes:

- Supervisão ativa e constante
- Uso seguro de forno, fogão e churrasqueiras.
- Atenção a carregadores, extensões e água.
- Evitar experiências caseiras com químicos.
- Conversar sobre álcool, medicamentos e desafios online.



Serviço de Urgência Pediátrica

Referências bibliográficas:



📞 Em caso de emergência

Centro de Informação Antivenenos:

808 250 143

Saúde 24:
808 24 24 24

INEM:
112



Apêndice II– Folheto Aleitamento Materno

Conservação do leite materno em casa

Condição do leite	Tempo máximo para consumo
Leite fresco recém extraído	
Temp. Ambiente (se <23°C)	6-8 horas
Leite refrigerado	
No frigorífico (0-4°C)	8 dias
(4-10°C)	3-5 dias
Leite congelado	
No congelador do frigorífico	2 semanas
No congelador de combinado	3-6 meses
Na arca frigorífica -BPC ou mais baixa	> 6 meses
Descongelação do leite	
Dentro do frigorífico	12-24 horas
Fora do frigorífico	Imediato

Não se esqueça...

- Identifique o recipiente com a quantidade, a data e a hora da congelação;
 - Pode conservar o leite materno em sacos de congelação ou em recipientes de plástico rígido ou vidro, próprios para conservação de leite materno;
 - Não junte leite extraído ainda morno ao leite congelado;
 - O tempo de conservação não é acumulável, ou seja, se guardar o leite no frigorífico 2 dias não poderá colocá-lo no congelador;
 - O LEITE NÃO PODE SER RECONGELADO.
 - Agite suavemente o leite antes de o dar ao seu/sua bebé, de modo que todos os componentes se misturem;
 - O leite materno pode ser oferecido à temperatura ambiente ou ligeiramente aquecido, por colher ou copinho;
 - Todos os desperdícios devem ser rejeitados.
- Se tiver necessidade de tomar alguma medicação enquanto amamenta ou retirar leite para alimentar o seu bebé confirme a compatibilidade em:

www.e-lactancia.org

Referências bibliográficas:



Trabalho realizado por Francisco Albernaz



ULS
REGIÃO
DE AVEIRO

Aleitamento Materno



Extração de leite materno

Os materiais devem ser higienizados após cada utilização e devem ser esterilizados uma vez por dia;

Antes de cada procedimento deve ser realizada adequada higienização das mãos;

Pode utilizar bomba elétrica /manual ou fazer expressão manual para recipiente próprio;

Extrair leite durante o período da noite ajuda no aumento da produção de leite;

Durante o processo de extração deve estar calma e relaxada;

Massajar inicialmente a mama com água tépida de forma que o leite saia com mais facilidade, uma vez que fica mais fluido;

Com a prática a extração será mais fácil e eficaz.



Conservação de leite materno

Pode conservar o leite materno em recipientes próprios para alimentos, como:

- Sacos de congelação;
- Recipientes de plástico rígido ou vidro, com tampa.

Para transportar o leite deve:

- Utilizar saco térmico com acumulador de gelo.

Identificar com data e hora de extração os sacos/frascos;

Não deve misturar leite fresco ainda morno com leite refrigerado/congelado.



Utilização de leite materno extraído

Utilizar o leite guardado com data mais antiga;

Descongelar preferencialmente dentro do frigorífico;

Não descongelar nem aquecer o leite materno no micro-ondas;

Leite materno descongelado fora do frigorífico deverá ser consumido no imediato;

Rejeitar leite materno se:

- "Sobrar" após descongelação ou aquecimento;
- Mau odor;

O leite materno descongelado pode ter consistência espessa no cimo e aquosa no fundo e deve ser homogeneizado, de forma a ambas as partes fiquem bem misturadas, antes de administrar ao lactente.



Apêndice III- Guião de entrevista



Tema: Desafios no acesso aos cuidados de saúde de crianças migrantes: um estudo qualitativo com enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica

Investigador: Francisco Albernaz

Orientador: Professor Luís Miguel Condeço

Curso: 2º Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Duração 45 a 90 min

1. Boas-vindas e Apresentação

- Agradecimento pela participação.
- Explicação breve do objetivo do estudo: compreender as experiências dos enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica no cuidado a crianças migrantes.
- Garantia de anonimato e confidencialidade dos dados.
- Pedido de consentimento para gravação da entrevista.

2. Regras da Entrevista

- A participação é totalmente voluntária.
- Será respeitada a diversidade de opiniões.
- Liberdade para não responder a qualquer questão ou abandonar a entrevista a qualquer momento.

3. Formulário Sociodemográfico e Profissional

Dados Pessoais:

- Idade:
- Género:
- Estado Civil:
- Nacionalidade:
- Local de Residência:

Formação Académica:

- Nível de escolaridade:
- Qualificação profissional:

Experiência Profissional:

- Tempo de serviço na profissão:
- Tempo de serviço como EEESIP:
- Contexto(s) em que exerce a prática:
- Experiência prévia com crianças migrantes? Se sim, há quanto tempo?

4. Questões Principais

Experiência Global

- Pode partilhar uma situação marcante em que prestou cuidados a uma criança migrante?
- Como vivenciou essa experiência? Quais as principais reflexões que retirou?

Barreiras e Dificuldades

- Quais os principais obstáculos no acompanhamento de crianças migrantes?
- De que modo influenciaram a sua prática e relação com as famílias?

Estratégias e Respostas

- Que estratégias utilizou para ultrapassar essas dificuldades?
- Conseguiu encontrar soluções eficazes? Pode descrever?

Impacto Pessoal e Profissional

- De que forma estas experiências influenciaram o seu desempenho profissional e pessoal?
- Que sentimentos ou reflexões emergem ao lembrar esses episódios?

Competência e Necessidades de Apoio

- A sua formação preparou-o adequadamente para cuidar de crianças migrantes?
- Que recursos ou formações adicionais considera necessários?

Visão de Futuro

- Que melhorias seriam importantes para facilitar o acesso de crianças migrantes à saúde?
- Que papel os enfermeiros especialistas devem assumir nessas mudanças?

5. Encerramento

- Agradecimento pela partilha e colaboração.
- Pedido de sugestões adicionais ou comentários finais.
- Reforço da importância desta investigação para a valorização da prática especializada.

Apêndice IV- Declaração de Consentimento Informado



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido

Caro(a) Enfermeiro(a),

Estamos a realizar um estudo qualitativo fenomenológico-hermenêutico com tema : **"Desafios no acesso aos cuidados de saúde de crianças migrantes: um estudo qualitativo com enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica"**, para explorar e descrever a experiência vivida dos EEESIP relativamente ao acesso a cuidados de saúde de crianças migrantes, e tendo em conta que a evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, reveste-se de elevada importância a sua colaboração através das suas respostas a esta entrevista.

Asseguramos que, neste estudo, será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois o investigador consagra como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre a temática em investigação para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) **aceito a participação** neste estudo:

Viseu, ____ / ____ / 2025

Assinatura do participante:

Declaro que prestei **a informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Assinatura do Investigador:

Anexos

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
VISEU DÃO-LAFÕES



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	01/14/11/2025
Designação	Pedido de autorização, para realização de estudo subordinado ao tema: "Desafios nos Acessos aos Cuidados de Saúde de Crianças Migrantes: Um Estudo Qualitativo com Enfermeiros Especialistas Em Saúde Infantil Pediátrica"
Investigador (a)s autor (a)s Colaborador (a)s / auditor (a)s/ Pedido off-label	Enfermeiro Francisco José Pereira Albernaz
Data de Deliberação CES	14 de novembro 2025

Analisado o pedido de autorização, para realização de estudo subordinado ao tema: "Desafios nos Acessos aos Cuidados de Saúde de Crianças Migrantes: Um Estudo Qualitativo com Enfermeiros Especialistas Em Saúde Infantil Pediátrica", a realizar pelo estudante do Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu, Francisco José Pereira Albernaz, com a Dra. Elisa Cardoso, Enf.Teresa Pinto e a Enf. Carla Fonseca como elos de cooperação da ULSVDL no estudo, esta CES deliberou nada a opor ao mesmo.

Elementos da CES da ULSVDL que deliberaram em reunião ocorrida em 14/11/2025

Presidente: Nuno Ricardo Gonçalves Baptista Pereira

Vogal: Ana Berta Ferreira Esteves Rodrigues

Vogal: Ana Cristina Mendes de Figueiredo Andrade

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Dora Lopes Castelo Branco Catré

Vogal: Jorge Miguel Rocha Santos Simões Amaral

Vogal: Maria Luís Barreto Gonçalves

Vogal: Stéphane Ferreira Jorge

Assinado por: **Nuno Ricardo
Gonçalves Baptista Pereira**
Num. de identificação: 11282262
Data: 2025.12.08 10:51:46+00'00'

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Av. Rei D. Duarte – 3504 509 VISEU

Tel.: 232 420 500

Correio eletrónico: etica@ulsvdl.min-saude.pt