



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

O Enfermeiro de Família e a Multiculturalidade: Desafios das Famílias Imigrantes no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

Joana Borges Pais

Viseu, junho de 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

O Enfermeiro de Família e a Multiculturalidade: Desafios das Famílias Imigrantes no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

Joana Borges Pais

Estágio com Relatório Final

Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária - área de Enfermagem de
Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral

Viseu, junho de 2025

” Foi o tempo que dedicastes à tua rosa que a fez tão importante”
(Antoine de Saint-Exupéry)

Agradecimentos

Chegar até aqui foi uma jornada repleta de aprendizagens e superações, que só foi possível graças ao apoio e incentivo de pessoas incríveis, que estiveram sempre a meu lado com compreensão, paciência e amor.

À Professora Doutora Odete Amaral, a minha Orientadora, obrigada por partilhar comigo o seu conhecimento e experiência. A sua orientação foi crucial para que eu pudesse transformar uma ideia em realidade.

Ao Enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária, André Valente, o meu obrigada, pelo apoio e por partilhar comigo generosamente as suas experiências. À equipa da UCSP, onde realizei o meu estágio, agradeço por todo apoio e carinho.

À Escola Superior de Saúde de Viseu, expresso o meu profundo reconhecimento, assim como a todos os professores que fizeram parte desta caminhada. Agradeço, igualmente, aos meus colegas de turma, pelo apoio e companheirismo.

Aos meus pais, Sónia e João, o meu mais profundo agradecimento. Vocês são a minha base, o meu porto seguro e a minha inspiração. Obrigada por serem os melhores pais que eu poderia desejar, sempre prontos a ouvir-me e a acreditar em mim, mesmo quando eu própria duvido. À minha avó Lurdes, que sempre esteve ao meu lado, o meu mais carinhoso obrigada.

Aos meus padrinhos, Silvia e Nick, e ao meu afilhado que, mesmo à distância, fizeram questão de estar sempre presentes com palavras encorajadoras e um amor que supera qualquer distância, a minha eterna gratidão.

À minha amiga Bia, que é “a minha irmã de outra mãe”, o meu mais profundo agradecimento pelas risadas, pelo apoio incondicional e por ser o meu porto seguro. Desde crianças que compartilhamos sonhos, desafios e conquistas, e ter-te a meu lado nesta etapa tornou sem dúvida a caminhada mais leve.

Ao meu companheiro e melhor amigo, Cláudio, que foi o meu apoio em todos os momentos, obrigada por seres o meu pilar, por acreditares em mim mesmo quando eu duvidava, por cada palavra de incentivo e por cada gesto de amor e compreensão. A tua paciência, apoio incondicional e compreensão em cada ausência, tornaram este percurso mais fácil.

À Carolina, a minha “cópia”, que nunca me deixou desistir. Obrigada por acreditares em mim e por estares ao meu lado.

À Filipa, a amiga que o mestrado me deu. Obrigada pela partilha de momentos únicos, pelas risadas e pelo apoio mútuo. Levo-te comigo no coração.

A todos os meus colegas de trabalho, em particular à Patrícia, à Sandra, à Jacinta, ao Tomás e ao Diogo, obrigada por entenderem o peso desta caminhada, e por me estenderem as mãos sempre que eu precisei. Ao Leandro, que sempre fez o possível para que eu equilibrasse o trabalho com os compromissos académicos, a minha mais sincera gratidão.

E a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu agradecimento profundo e sincero. Este trabalho reflete a presença e o apoio de cada um de vocês, e é, em muitos sentidos, uma conquista coletiva.

OBRIGADA!

Resumo

Introdução: O presente relatório tem como propósito apresentar as atividades realizadas e as competências adquiridas durante o estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Juiz de Fora. Dado o elevado número de famílias imigrantes registadas em Portugal e na Unidade onde realizei estágio, tornou-se pertinente explorar as dificuldades que estas enfrentam no acesso e na utilização dos cuidados de saúde primários.

Objetivo: Mapear a evidência científica disponível sobre os desafios das famílias imigrantes no acesso aos cuidados de saúde primários.

Metodologia: Scoping review realizada com base nas recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute seguindo as diretrizes PRISMA-ScR. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados PubMed, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MEDLINE Complete, B-On, Web of Science e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, em novembro de 2024. Do total de 3415 estudos identificados, 29 preencheram os critérios de inclusão, dos quais 9 foram incluídos na revisão.

Resultados: Emergiram duas áreas temáticas: (i) Barreiras no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários, com seis subtemas, Barreiras Linguísticas e Culturais, Barreiras Socioeconómicas, Barreiras Relacionadas com o Sistema de Saúde, Barreiras Geográficas e Estruturais, Barreiras Psicossociais e Emocionais e Barreiras Específicas para Grupos Vulneráveis, transversais à maioria dos estudos; (ii) Facilitadores do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários que possui quatro subtemas, Estratégias Pessoais e Comunitárias, Medidas Institucionais e Políticas, Características do Serviço de Saúde e Infraestrutura e Acessibilidade.

Conclusão: Os resultados revelam uma interseção complexa de barreiras que limitam o acesso das famílias imigrantes aos cuidados de saúde primários, mas também indicam facilitadores que podem atenuar essas dificuldades. Estes dados reforçam a necessidade de estratégias que promovam cuidados culturalmente sensíveis, garantindo um acesso mais equitativo e eficaz aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Emigrantes e Imigrantes; Família; Acessibilidade aos serviços de saúde; Cuidados de saúde primários

Abstract

Introduction: This report aims to present the activities carried out and the skills acquired during the internship at the Personalized Health Care Unit Juiz de Fora. Given the high number of immigrant families registered in Portugal and in the Primary Health Care Unit where the internship was undertaken, it became relevant to explore the challenges these families face in accessing and using primary health care services.

Objective: To map the available scientific evidence on the challenges faced by immigrant families in accessing primary health care.

Methodology: A scoping review was conducted based on the methodological recommendations of the Joanna Briggs Institute, following the PRISMA-ScR guidelines. The search was carried out in the databases PubMed, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MEDLINE Complete, B-On, Web of Science, and the Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, in November 2024. From a total of 3415 identified studies, 29 met the inclusion criteria, of which 9 were included in the review.

Results: Two thematic areas emerged: (i) Barriers to Accessing Primary Health Care, with six subthemes, Linguistic and Cultural Barriers, Socioeconomic Barriers, Health System-Related Barriers, Geographical and Structural Barriers, Psychosocial and Emotional Barriers, and Barriers Specific to Vulnerable Groups which were present across most studies; (ii) Facilitators of Access to Primary Health Care, comprising four subthemes, Personal and Community Strategies, Institutional and Policy Measures, Health Service Characteristics, and Infrastructure and Accessibility.

Conclusion: The findings reveal a complex intersection of barriers that limit immigrant families' access to primary health care, but also point to facilitators that can help mitigate these challenges. These results reinforce the need for strategies that promote culturally sensitive care, ensuring more equitable and effective access to health services.

Keywords: Emigrants and Immigrants; Family; Accessibility to Health Services; Primary Health Care

Sumário

Lista de Tabelas.

Lista de Gráficos

Lista de Figuras

Lista de Quadros

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

Introdução	23
1. Competências adquiridas	29
1.1. Caracterização do contexto de estágio	29
1.2. Competências do Enfermeiro Especialista	36
1.2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	36
1.2.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar	38
2. Atividades realizadas	41
2.1. Componente de investigação - O Enfermeiro de Família e a Multiculturalidade: Desafios das Famílias Imigrantes no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários	41
2.1.1. Enquadramento teórico	41
2.1.2. Métodos	47
2.1.3. Resultados	52
2.1.4. Discussão	57
2.1.5. Conclusão	69
2.2. Contributos da prática clínica para o desenvolvimento das competências	71
2.2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	72
2.2.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária- área de Enfermagem de Saúde Familiar	77
Considerações Finais	85
Referências bibliográficas	87
Anexos	105

Anexo I- Joanna Briggs Institute critical appraisal checklist.....	107
Anexo II – Certificado de participação no II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar.....	117
Anexo III - Certificado de integração na Comissão Organizadora do II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar	123
Apêndices	125
Apêndice I- Procedimento para a obtenção do Consentimento Informado e instrumento de auditoria interna	127
Apêndice II – Guia de acolhimento da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Juiz de Fora	133
Apêndice III – Guia de acolhimento da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Juiz de Fora em Inglês.....	135
Apêndice IV – Sessão Formativa direcionada à equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Personalizados Juiz de Fora	137

Lista de Tabelas

Tabela 1- Recursos humanos da equipa multiprofissional da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Juiz de Fora.....	32
Tabela 2- Utentes imigrantes inscritos no ficheiro do enfermeiro tutor	35
Tabela 3- Expressões de pesquisa booleana nas bases de dados selecionadas.....	49

Lista de Gráficos

Gráfico 1- Pirâmide etária da população inscrita na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Juiz de Fora.....	34
Gráfico 2- Pirâmide etária das pessoas inscritas no ficheiro do enfermeiro tutor	35

Lista de Figuras

Figura 1- Concelho de mortágua	30
Figura 2- Diagrama de fluxo do prisma-scr	51

Lista de Quadros

Quadro 1- Síntese dos resultados dos estudos incluídos.....	53
Quadro 2- Síntese dos temas e subtemas emergentes	57

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

A	Autoestrada
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
E	Estudo
E.N.	Estrada Nacional
EU	União Europeia
INE	Instituto Nacional de Estatística
IP	Itinerário Principal
JBI	Joanna Briggs Institute
MDAIF	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
MeSH	Medical Subject Headings
NUTS	Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OE	Ordem dos Enfermeiros
p.	Página
PCC	Participantes, Conceito e Contexto
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
s.d.	Sem data
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O *International Council of Nurses* define a Enfermagem como uma profissão de saúde que engloba os cuidados autónomos e colaborativos prestados a pessoas de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou saudáveis e em todos os contextos (Bartz, 2010). Nesta definição, a família é apontada como parte da responsabilidade profissional do Enfermeiro. À medida que a família se torna cada vez mais responsável pelos cuidados, há uma interdependência progressiva no seio das famílias, pelo que os Enfermeiros de Família não podem ter como foco apenas o indivíduo, mas as necessidades da família, uma vez que esta se torna parceira importante na prestação de cuidados ao membro doente (Luttik, 2020).

A singularidade da Enfermagem de Saúde Familiar é que esta se centra na interação, reciprocidade e relações entre os elementos que constituem a unidade familiar, cujo objetivo é promover a saúde e o bem-estar da família, como um todo, numa visão biopsicossocial e holística (Zimansky et al., 2020; Swan & Eggenberger, 2021).

A saúde familiar, pode ser vista como um estado subjetivo que envolve a promoção do desenvolvimento das capacidades da família, sendo fundamental para o seu progresso e para o equilíbrio entre a estabilidade e as diversas mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida, sejam elas normativas ou inesperadas (Figueiredo, 2012). Nesse contexto, surge o conceito de equifinalidade, que se refere à habilidade de um sistema aberto, como a família, alcançar um mesmo objetivo final através de diferentes caminhos e a partir de condições iniciais distintas (Figueiredo, 2012). Isso implica que o sistema familiar deve ser capaz de alcançar um determinado objetivo por meio da colaboração entre seus membros. A equifinalidade na família está relacionada com a flexibilidade e com a adaptabilidade, uma vez que o sistema familiar necessita de estar preparado para alcançar os seus objetivos, independentemente do seu ponto de partida ou do percurso seguido (Figueiredo, 2012).

Por conseguinte, a família é o foco do Enfermeiro de Família, a quem compete identificar a família, compreender a sua estrutura, a funcionalidade do sistema, nomeadamente, os seus problemas e os seus pontos fortes, fatores considerados ferramentas fundamentais para o desenvolvimento de práticas e de intervenções específicas por parte do referido profissional de saúde (Figueiredo, 2012). Neste pressuposto, o papel do Enfermeiro de Família assenta num processo interpessoal significativo e terapêutico, sendo preponderante no acompanhamento e interação com as famílias, no reconhecimento das suas necessidades, características e intenções, identificação de diagnósticos de enfermagem e

elaboração de estratégias de intervenção que potenciem a adaptação e capacitação da família (Figueiredo., 2012).

As premissas suprarreferenciadas estiveram sempre presentes ao longo do estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF)/Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), com Relatório, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viseu, que decorreu na UCSP Juiz de Fora - Mortágua. Assim, são preconizados pela escola que cada estudante se reja pelos seguintes objetivos:

Desenvolver competências de enfermagem especializada, nos domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas na área da saúde familiar;

Executar processos de cuidados de enfermagem à família, sustentados em conhecimento avançado e em referenciais teóricos no âmbito da enfermagem de saúde família;

Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos no âmbito do processo de cuidados de enfermagem à família, numa perspetiva crítico-reflexiva;

Aplicar em contexto da prática clínica, conhecimentos científicos adquiridos ao longo do processo formativo, evidenciando a prática baseada na evidência (Portugal, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, s.d., p.2).

A aplicação de conhecimentos provenientes de evidências científicas tornou-se uma questão importante na prática clínica de enfermagem e no sistema de saúde, uma vez que é considerada o padrão de ouro para a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade, seguros e acessíveis (Kumah et al., 2022). A prática baseada em evidência oferece vários benefícios, incluindo o reforço das capacidades de liderança dos Enfermeiros, a expansão das suas competências de pensamento crítico/ reflexivo e o aumento da sua capacidade para cuidar os indivíduos e família com práticas seguras e eficientes (Brunt & Morris, 2023).

Na sua *praxis*, “os Enfermeiros adotam uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pela *legis artis*, pela deontologia e pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, responsabilizando-se pelas suas decisões, pelos atos que praticam e pelas tarefas que delegam” (Ordem dos Enfermeiros, OE, Regulamento n.º 613/2022, p. 179). No seu ponto 7 do artigo 6.º do mesmo Regulamento, a OE preconiza

“Os Enfermeiros, no âmbito das suas intervenções, utilizam todas as técnicas e meios que considerem apropriados e em relação às quais reconheçam

possuir o conhecimento necessário e adequado, para a prestação das melhores intervenções, tendo como referência a prática baseada na evidência, referenciando para os recursos adequados, em função das necessidades e problemas existentes” (OE, Regulamento n.º 613/2022, 2022, p. 182).

A realização dos estágios transforma-se em momentos de grande primazia para o processo de aprendizagem e consolidação dos conhecimentos teórico-práticos, dado que a

“realização de estágio em contexto profissional e elaboração do respetivo relatório final, é a modalidade, de entre as possíveis, que melhor permite a prossecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista” (OE, 2021, p. 2).

Neste sentido, e como parte integrante das atividades realizadas ao longo do estágio na UCSP Juiz de Fora, o tema escolhido para a componente investigativa foi “O Enfermeiro de Família e a Multiculturalidade: Desafios das Famílias Imigrantes no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários (CSP)”, o qual foi decidido em parceria com o Enfermeiro Tutor e a professora orientadora do estágio, face ao número expressivo de famílias imigrantes inscritas no ficheiro clínico do Enfermeiro Tutor.

Durante a minha prática clínica no âmbito das consultas de Enfermagem de Saúde Familiar realizadas na UCSP, tive a oportunidade de acompanhar diversas famílias, entre as quais várias provenientes de contextos culturais distintos, nomeadamente famílias imigrantes. Ao longo deste percurso clínico, fui-me apercebendo gradualmente que muitas destas famílias enfrentavam dificuldades significativas relacionadas com o acesso e a utilização eficaz dos CSP.

Das dificuldades que presenciei, destacavam-se particularmente as barreiras linguísticas, fator determinante que condicionava negativamente a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e as famílias imigrantes, limitando a compreensão clara das orientações transmitidas durante as consultas. Esta dificuldade linguística, por consequência, afetava diretamente a adesão aos planos terapêuticos e às medidas preventivas sugeridas, contribuindo desta forma, para uma menor adesão e eficácia das intervenções realizadas.

Paralelamente, identifiquei outra barreira, relacionada com o desconhecimento generalizado destas famílias quanto aos seus direitos enquanto utentes e aos serviços disponibilizados no âmbito dos CSP. Este desconhecimento revelava-se como uma limitação crítica, impedindo que estas famílias usufríssem plenamente dos recursos e cuidados de saúde a que têm direito, gerando situações de vulnerabilidade acrescida em relação à saúde e ao bem-estar familiar.

Mediante esta realidade, considerou-se pertinente e muito atual o desenvolvimento desta temática, com recurso a uma *scoping review*, para mapear a evidência científica disponível sobre os desafios das famílias imigrantes no acesso aos Cuidados de Saúde Primários e, assim, poder-se refletir sobre a atuação do Enfermeiro de Família.

Os fluxos migratórios dos países em desenvolvimento para a Europa, tanto por razões económicas como para fugir à guerra e à perseguição, aumentaram nas últimas décadas. Os saldos migratórios, em Portugal, segundo o Barómetro da Imigração (2024, p. 9), promovido pela Fundação Francisco Manuel dos Santos, quase duplicaram nos dois últimos anos:

“(…) do ponto de vista do município, esta realidade ganha ainda mais expressão: 252 municípios têm um saldo populacional positivo (que inclui a imigração), mas só 17 dos 308 apresentam um saldo natural positivo (olhando apenas para os nascimentos); 22% dos bebés nascidos em Portugal, em 2023, eram de mães estrangeiras, apesar de os estrangeiros serem cerca 10% da população a residir em Portugal. Em resultado, altera-se também o perfil das crianças inscritas nas escolas. Os alunos estrangeiros aumentaram 160% nos últimos 5 anos. No conjunto do sistema educativo, no ano letivo 2023/2024 eram 140.000 (cerca de 14% do total de alunos matriculados), tendo 39 500 entrado no sistema educativo em 2022/2023 e 33 500 em 2023/2024”.

Não é de surpreender que a imigração tenha gerado novos desafios culturais em Portugal, em particular para seu sistema de saúde, em termos de resposta às necessidades de saúde das famílias imigrantes, o que pode ser complexo devido às diferenças culturais, religiosas e linguísticas, à exposição destas famílias a fatores de risco específicos antes, durante e depois da migração e à sua atitude em relação à interação com o sistema de saúde do país anfitrião (Ngondwe & Tefera, 2025). O direito à saúde implica o igual e atempado acesso aos serviços de saúde para necessidades de saúde iguais, a provisão de educação para a saúde e informações relacionadas com a saúde e a participação das famílias nas decisões relacionadas com a saúde (Rivard et al., 2019). Os serviços de saúde devem ser física e financeiramente acessíveis a todos os subgrupos da população, incluindo as famílias de imigrantes, e devem ser prestados sem qualquer discriminação (Rivard et al., 2019; Ngondwe & Tefera, 2025).

Neste contexto, os cuidados culturais em enfermagem são uma componente essencial dos cuidados de saúde holísticos que reconhecem a importância da diversidade cultural nos cuidados aos indivíduos e famílias (Leininger, 1996). Com o aumento da migração e à medida que as sociedades se tornam cada vez mais multiculturais, o sistema de saúde deve adaptar-se para satisfazer as diversas necessidades da população (Osmancevic et al., 2023). Os

Enfermeiros, mais especificamente os Enfermeiros de família, frequentemente na linha da frente dos cuidados, desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados culturalmente competentes que respeitem e respondam à cultura das pessoas cuidadas (Kurian, 2024). A competência cultural em enfermagem também se refere à capacidade dos Enfermeiros para compreender e respeitar adequadamente as necessidades culturais e linguísticas das famílias. Este conceito vai além da mera consciência das diferenças culturais. Envolve a integração de conhecimentos culturais na prática clínica para prestar cuidados que estejam de acordo com as crenças, práticas e valores culturais das famílias (Chu et al., 2024).

O Enfermeiro de Família é o profissional que está mais habilitado e detém maior proximidade com as famílias, revelando mais autonomia e segurança na tomada de decisão ao nível da identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde desta unidade de cuidados, na medida em que se apresenta como elemento facilitador, dando voz a cada família (OE, 2017). Este profissional de saúde alicerça a melhor evidência científica na prática clínica, uma condição indispensável para a excelência e segurança dos cuidados de saúde, bem como para a otimização dos resultados de Enfermagem (OE, 2022).

Este relatório está organizado em dois capítulos. No primeiro capítulo, descrevo o percurso durante o estágio na UCSP Juiz de Fora, e as competências desenvolvidas, começando pela caracterização do contexto do estágio, seguida da abordagem às competências gerais do Enfermeiro Especialista e, posteriormente, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar. O segundo capítulo centra-se na descrição das atividades realizadas, incluindo a condução do estudo de investigação, uma *Scoping Review* intitulada "O Enfermeiro de Família e a Multiculturalidade: Desafios das Famílias Imigrantes no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários", e, por fim, a análise dos contributos da prática clínica para o desenvolvimento das competências.

1. Competências adquiridas

Neste capítulo, apresento a caracterização do contexto de estágio, realizado no âmbito da unidade curricular Opção 6: Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em contexto de USF/UCSP com Relatório, com uma duração de 18 semanas onde me foi permitido desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista. Em seguida, são descritas as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar desenvolve competências especializadas de Enfermagem de Saúde Familiar utilizando a investigação e a prática baseada na evidência para apoiar a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família, utilizando um modelo de enfermagem que reconhece a família como sistema, tendo em vista o bem-estar e a coesão familiar, bem como ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, 2023, p. 1)

1.1. Caracterização do contexto de estágio

Os CSP “representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com os cuidados de saúde e que constituem uma resposta de proximidade e continuidade no processo assistencial” (Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 9), cuja intervenção incide a nível “comunitário e de base populacional; personalizado com base na livre escolha pelos utentes; exercício de funções de autoridade de saúde, quando aplicável; intervenção nos comportamentos aditivos, quando aplicável” (Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 19).

O contínuo desenvolvimento dos CSP assume um significativo peso ao nível do tratamento da doença e, sobretudo, no que respeita à sua prevenção, o que destaca ainda mais o papel do Enfermeiro de Família na prestação de “cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas” (OE, Regulamento nº 428/2018, p. 19354).

As Unidades de Saúde Familiar são estruturas essenciais na prestação de cuidados de saúde, tanto individuais como familiares, sendo compostas por equipas multiprofissionais. Estas equipas incluem Médicos Especialistas em Medicina Geral e Familiar, Enfermeiros – preferencialmente com especialização em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar – e Secretários Clínicos (Melo, 2021). No contexto das USF, o Enfermeiro de Família assume um papel central na equipa, desenvolvendo a sua prática profissional com enfoque no sistema familiar (Figueiredo, 2023).

Por sua vez, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados possuem uma organização semelhante às USF, sendo constituídas por Médicos, Enfermeiros e Secretários Clínicos que não pertencem a uma USF (Melo, 2021). Estas unidades têm como objetivo prestar “cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” (Portugal, Decreto-Lei n.º 28/2008, p.1184).

A unidade curricular Opção 6: Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em Contexto de USF/UCSP com Relatório decorreu na UCSP Juiz de Fora – Mortágua, localizada na zona centro de Portugal. O concelho de Mortágua, pertence ao distrito de Viseu (Figura 1) e integra a Unidade Territorial do Baixo Mondego – NUTS III (Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos).

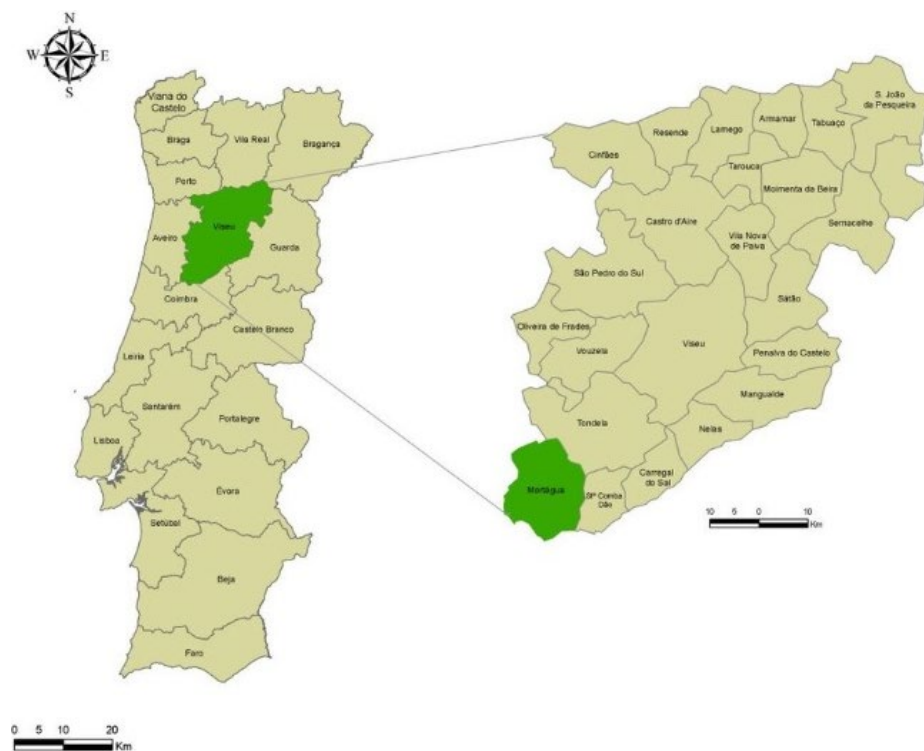


Figura 1- Concelho de Mortágua

Fonte: Portugal, Câmara Municipal de Mortágua. (s.d.). *Geografia*. Acedido em janeiro 20, 2025.

Este concelho faz fronteira a Este com Santa Comba Dão, a Norte e Nordeste com Tondela, a Norte com Águeda, a Oeste com Anadia e Mealhada e a Sul com Penacova (Portugal, Câmara Municipal de Mortágua, s.d.). O município ocupa uma área de 250,4 km² e é constituído por 10 freguesias: Cercosa, Espinho, Marmeleira, Pala, Sobral, Trezói e a União de Freguesias de Mortágua, Vale de Remígio, Cortegaça e Almaça. Em termos de acessibilidades, o concelho beneficia de uma rede de infraestruturas que facilita a ligação a diferentes localidades. Destacam-se o Itinerário Principal 3 (IP3), a Estrada Nacional (E.N.) 234, a E.N. 334-1 e a E.N. 228, que proporcionam boas conexões com a Autoestrada (A) 1 e com a Linha Ferroviária da Beira Alta (Portugal, Câmara Municipal de Mortágua, s.d.).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes às NUTS 2024, Mortágua tem uma população residente de 9,21 mil habitantes. Destaca-se por apresentar a maior percentagem de população estrangeira a nível nacional, considerando o total de residentes (INE, 2024). Segundo os Censos 2021, divulgados pelo INE, 427 pessoas (4,1%) da população do concelho eram oriundas de outros países, tanto da União Europeia como de fora dela (INE, 2021). Os dados dos Censos 2021 indicam ainda um aumento no número de residentes estrangeiros nos últimos dez anos (INE, 2021). Mortágua tem atraído diversas famílias, predominantemente inglesas e holandesas. Depois do concelho de Mortágua, o concelho com maior percentagem de população estrangeira é Oliveira de Frades, com 3,9% (equivalente a 380 residentes) (INE, 2024). Já na capital de distrito, Viseu, vivem 3.363 estrangeiros (3,3%), sendo aonde reside uma das maiores comunidades de cidadãos brasileiros (INE, 2024).

A nível nacional, os Censos 2021 revelam um crescimento de 40,6% no número de pessoas de nacionalidade estrangeira residentes em Portugal, passando a representar 5,4% da população total. No momento da realização dos censos, residiam no país 555.299 estrangeiros, um aumento face aos 3,7% registados em 2011. Dentre estes, 452.231 (81,4%) eram cidadãos de países exteriores à União Europeia (INE, 2021).

A UCSP Juiz de Fora integra a Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra. Esta tem, como missão, “prestar cuidados de saúde globais e personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos com responsabilidade e competência” (Serviço Nacional de Saúde, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, BI-CSP, s.d.). A visão da equipa multiprofissional consiste em “potenciar as aptidões e competências de cada indivíduo/família/comunidade”, bem como colaborar significativamente no “estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, no decurso da sua atividade de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, transmitindo segurança e transparência aos seus utentes” (Serviço Nacional de Saúde, BI-CSP, s.d.). A equipa multiprofissional rege-se por “valores da transparência, responsabilidade,

competência, dinamismo, rigor e inovação, procurando espelhar a sua dedicação na qualidade dos serviços prestados à comunidade” (Serviço Nacional de Saúde, BI-CSP, s.d.). É uma unidade de saúde dinâmica que valoriza e promove um contacto próximo, acessível e promotor de comportamentos de vida saudáveis para os utentes e suas famílias.

A UCSP Juiz de Fora apresenta uma equipa multidisciplinar composta por seis Enfermeiros (1 Enfermeiro Mestre em Educação para a Saúde e Especialista em Enfermagem Comunitária, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e 2 Enfermeiros de Cuidados Gerias), cinco Médicos a tempo inteiro, dois médicos reformados a prestar apoio e um Médico a prestar apoio à Consulta de Agudos e às consultas não presenciais, bem como cinco secretários clínicos (Tabela 1).

Tabela 1- Recursos humanos da equipa multiprofissional da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Juiz de Fora

Recursos humanos	n
Médicos a tempo inteiro	5
Médicos reformados a prestar apoio (20 h semanais, cada um)	2
Médico a prestar apoio à Consulta de Agudos e não presenciais (receituários e exames) (10 h semanais)	1
Enfermeiros	6
Secretários Clínicos	5

Fonte: Informação verbal fornecida pelo Enfermeiro Tutor

O horário de funcionamento da UCSP nos dias úteis, é das 8 horas às 17 horas, durante este período, os utentes conseguem ter acesso a serviços administrativos, consultas médicas e de enfermagem previamente agendadas. Neste contexto, são realizadas consultas de vigilância no âmbito dos Programas de Saúde em vigor, incluindo acompanhamento de patologias crónicas como a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, mas também são realizadas consultas de promoção da saúde, nomeadamente Saúde da Mulher (Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio do Colo do Útero), Saúde Infantil e Juvenil e Saúde do Adulto.

Adicionalmente, a unidade responde a situações de saúde inesperadas, consideradas situações agudas, garantindo atendimento no próprio dia, dentro do limite de vagas disponíveis para o dia, quando a condição clínica do utente o justifica. Este tipo de consulta não se destina à apresentação ou requisição de exames, à resolução de questões administrativas nem à avaliação de queixas ou situações não agudas.

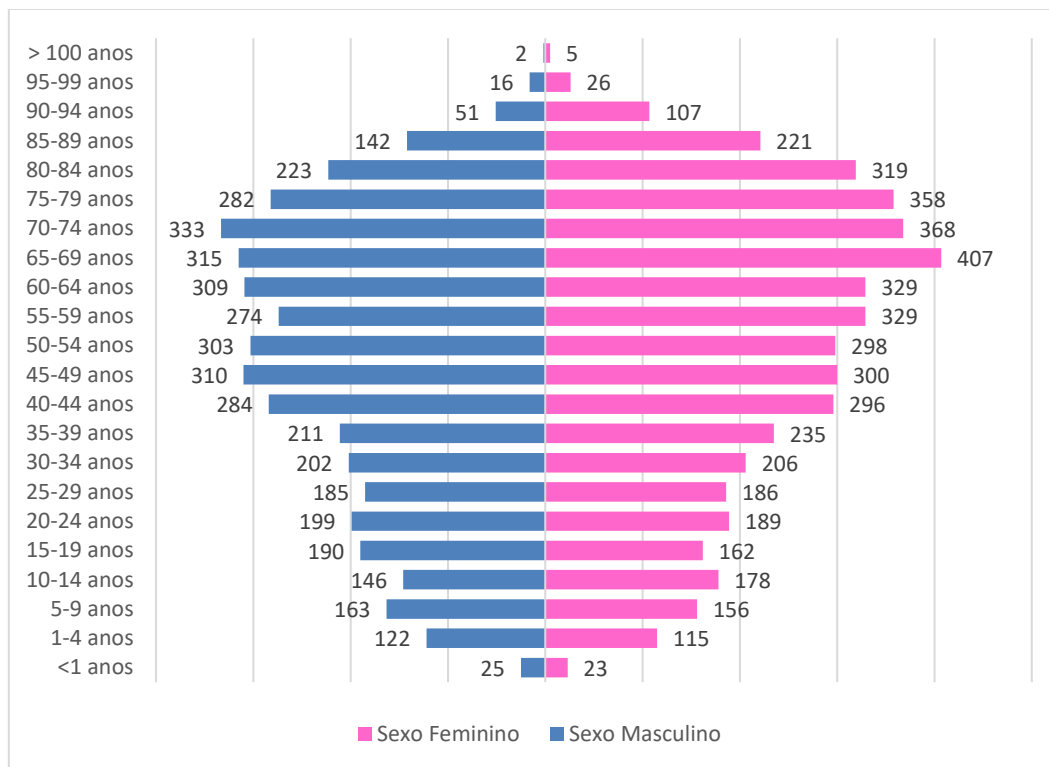
Os serviços podem ser prestados tanto nas instalações da unidade como no domicílio, assegurando a continuidade dos cuidados através da articulação entre Médicos e

Enfermeiros. Estas consultas destinam-se a utentes com incapacidade temporária ou permanente, que os impeça de se deslocar à UCSP, não sendo abrangidas situações agudas. O agendamento pode ser realizado pelo próprio utente, pelo cuidador, pelo Médico ou pelo Enfermeiro, presencialmente ou por telefone. Contudo, este serviço está restrito à área geográfica de abrangência da UCSP Juiz de Fora.

A UCSP, aquando do início de integração no estágio (16 de setembro 2024), tinha inscritos 9100 utentes (4896 famílias): 7138 utentes com médico de família, 1943 utentes sem médico de família e 19 utentes sem médico de família por opção. Todavia, em 21 de dezembro de 2024 e por consulta do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, a UCSP possui mais utentes inscritos (N=9145 utentes). A UCSP Juiz de Fora não dispõe de dados sobre o número total de pessoas e famílias imigrantes registadas.

Assim, o gráfico 1, referente à Pirâmide Etária da população inscrita na UCSP evidencia uma base estreita e uma predominância de pessoas idosas em relação aos jovens, refletindo um perfil populacional envelhecido. Esta configuração indica uma baixa taxa de natalidade e uma esperança média de vida elevada. A estrutura da pirâmide aproxima-se de um formato de sino, sugerindo uma população relativamente estável, sem grandes oscilações no crescimento ou declínio demográfico. Nota-se um ligeiro afunilamento nas idades mais avançadas, algo característico de populações envelhecidas. Quanto à distribuição por sexo, verifica-se que, na maioria das faixas etárias, o número de homens e mulheres é relativamente equilibrado. No entanto, à medida que a idade avança, observa-se uma maior percentagem feminina, o que se alinha com a tendência de maior longevidade das mulheres. No grupo masculino, as faixas etárias mais representadas são as de 70-74 anos (n=333), 65-69 anos (n=315) e 45-49 anos (n=310). Já entre as mulheres, destacam-se as idades 65-69 anos (n=407), 70-74 anos (n=368) e 75-79 anos (n=358).

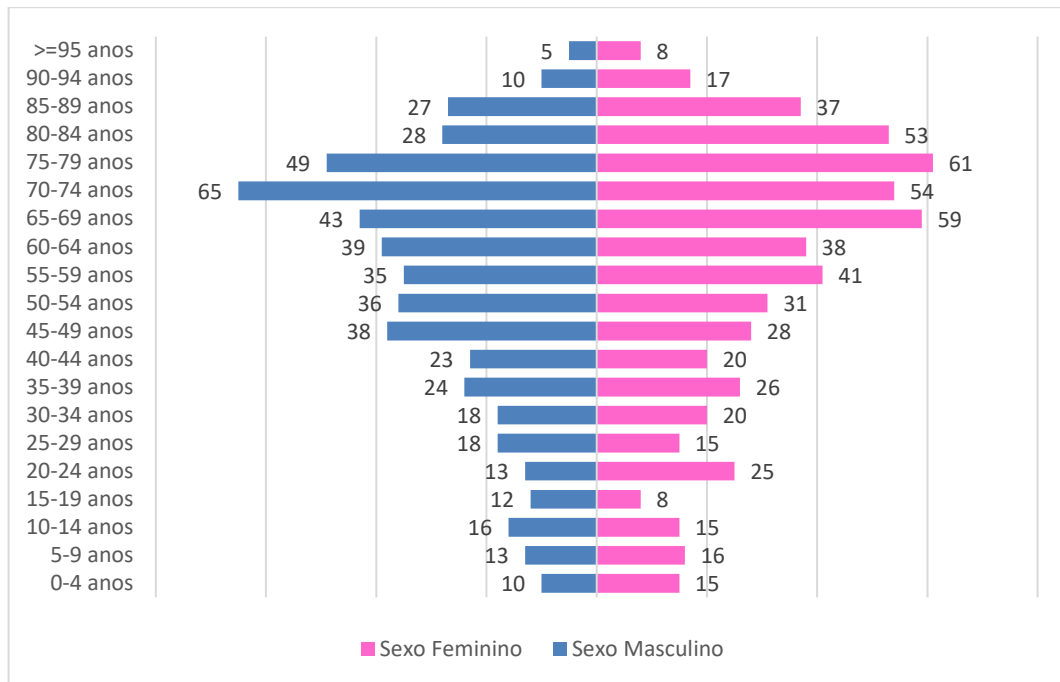
Gráfico 1- Pirâmide etária da população inscrita na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Juiz de Fora



Fonte: Adaptado de Serviço Nacional de Saúde, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (s.d.). UCSP Juiz de Fora. Acedido em setembro 20, 2024

As condições de saúde mais prevalentes entre a população da UCSP Juiz de Fora incluem alterações do metabolismo dos lípidos (n=3.285), hipertensão arterial (n=2.771), excesso de peso (n=2.180), síndrome vertebral com dor irradiada (n=1.418), obesidade (n=1.398), perturbações depressivas (n=1.341), outras patologias do sistema músculo-esquelético (n=1.046), diabetes não insulínica (n=992), osteoartrose do joelho (n=901) e sinusite, tanto crónica como aguda (n=865).

De acordo com os dados fornecidos pelo Enfermeiro Tutor em 10 de outubro de 2024, o Gráfico 2, referente à caracterização das pessoas inscritas no seu ficheiro, evidencia uma distribuição etária distinta da observada na pirâmide populacional da UCSP Juiz de Fora. Este gráfico revela uma assimetria marcada, com uma expressiva concentração nas faixas etárias dos 65 aos 79 anos. O envelhecimento da população é evidenciado pela estrutura da pirâmide etária, que apresenta uma base estreita, indicando um menor número de crianças e jovens, e uma maior concentração na população idosa. A distribuição por sexo varia consoante a idade, sendo que, em determinadas faixas etárias, há uma predominância feminina. Destaca-se a maior representatividade de mulheres na faixa dos 75-79 anos (61 utentes), enquanto entre os homens, o grupo mais expressivo é o dos 70-74 anos (65 utentes).

Gráfico 2- Pirâmide etária das pessoas inscritas no ficheiro do Enfermeiro Tutor

Fonte: Adaptado da plataforma MIM@UF. Acedido em outubro 10, 2024

Ainda em consonância com os dados cedidos pelo Enfermeiro Tutor, em outubro de 2024, estavam inscritos no seu ficheiro um total de 639 famílias (1102 utentes), entre os quais 169 utentes eram imigrantes, sendo a maioria proveniente do Brasil (n=53), Angola (n=31), França (n=23) e Reino Unido (n=17) (Tabela 2).

Tabela 2- Utentes imigrantes inscritos no ficheiro do Enfermeiro Tutor

País de origem	n
Brasil	53
Angola	31
França	23
Reino Unido	17
Luxemburgo	14
Alemanha	5
Moçambique	4
Venezuela	4
Holanda	2
Espanha	2
Ucrânia	2
Cabo Verde	2
São Tomé e Príncipe	2
Estados Unidos da América	1
Índia	1
Bulgária	1
Roménia	1
Colômbia	1
Canadá	1
África do Sul	1
Filipinas	1
Total=169	

Fonte: Adaptado de SClínico®. Acedido em outubro, 2024

1.2. Competências do Enfermeiro Especialista

A competência profissional em enfermagem envolve um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que fundamentam a prática clínica, assegurando cuidados de saúde seguros e eficazes. Segundo Benner (2005), a competência não se limita à execução de tarefas, mas reflete a capacidade do Enfermeiro em adaptar-se a diferentes contextos, tomando decisões informadas e assertivas. O desenvolvimento desta competência ocorre de forma progressiva, através da experiência prática, permitindo ao profissional reconhecer padrões, interpretar situações de forma intuitiva e atuar com autonomia e iniciativa. O Enfermeiro perito, ao contrário do iniciante, não depende exclusivamente de regras ou teorias para orientar a sua ação, pois possui um conhecimento integrado e contextualizado, que lhe permite responder com eficácia às exigências da prática clínica (Benner, 2005).

1.2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

O Enfermeiro Especialista tem de desenvolver um conjunto de competências comuns a todas as especialidades de Enfermagem, que se encontram definidas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no seu artigo 3º como

“competências, partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, Regulamento nº140/2019, p. 4745).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, designadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais,

“envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, Regulamento nº140/2019, p. 4744).

a) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O Código Deontológico dos Enfermeiros provê um conjunto de orientações éticas fundamentais para o exercício da profissão. Este código é a espinha dorsal que define o comportamento esperado dos Enfermeiros e a forma como se devem relacionar com a família, no caso concreto, bem como com os seus pares e com a comunidade, em geral. O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e o Código Deontológico dos Enfermeiros são dois documentos que regem a Enfermagem, onde consta que o Enfermeiro Especialista tem de exercer “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, garantindo “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, Regulamento nº140/2019, p. 4745).

b) Domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade garantem um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, levando ao desenvolvendo de práticas de qualidade, como a “participação na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional”, agilizar “a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados”, colaborar “na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições”, cooperar “na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos Enfermeiros e gestores” (OE, Regulamento nº140/2019, p. 4747).

c) Domínio da gestão de cuidados

O Enfermeiro Especialista deve deter competências em gestão de cuidados que permitam “realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, e adequar os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, Regulamento nº140/2019, p. 4748).

d) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A aquisição de competências é um processo contínuo de aprendizagem que emerge da partilha, de experiências e do conhecimento entre os membros da equipa multiprofissional, bem como através do trabalho autónomo e acesso a informações fidedignas, como os documentos emanados pelas diferentes entidades da saúde, mostrando o desenvolvimento

da capacidade do autoconhecimento e da assertividade, promovendo uma *praxis* clínica especializada baseada em evidência científica (OE, Regulamento nº140/2019).

Ainda em consonância com a OE (Regulamento nº140/2019, p.4748) o Enfermeiro Especialista

“demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional; alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”.

1.2.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar

A família pode ser entendida como um grupo de duas ou mais pessoas que estabelecem entre si relações de apoio mútuo, tanto a nível emocional, físico como económico (Hanson, 2005). Segundo Figueiredo (2012), a família pode ser analisada numa abordagem sistémica, considerando elementos como a autodeterminação e os laços afetivos que a caracterizam. Ao longo do seu ciclo de vida, a família passa por mudanças e adaptações, desempenhando diferentes funções que se ajustam às transições naturais e inesperadas que enfrenta (Figueiredo & Martins, 2009).

Na prática dos cuidados de saúde, é essencial que os Enfermeiros questionem os utentes sobre quem consideram parte da sua família, de forma a incluir essas pessoas no planeamento dos cuidados. De acordo com Hanson (2005), a saúde familiar é um conceito dinâmico, refletindo um estado de bem-estar em constante mudança, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociais e culturais do sistema familiar. A relação entre a saúde do indivíduo e a do seu núcleo familiar é interdependente, pelo que a avaliação da saúde familiar deve abranger tanto os seus membros individualmente como a família no seu conjunto.

Desta forma, O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar, desempenha a sua atividade profissional em estreita parceria com as famílias, utilizando um conjunto de conhecimentos, competências e aptidões que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica eficaz. Este vínculo contribui para a otimização dos resultados em saúde (OE, Regulamento nº 428/2018). Assim, o Enfermeiro Especialista nesta

área deve apresentar as seguintes competências específicas: a) “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”; e b) “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, Regulamento nº 428/2018, p. 19355).

a) Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

A competência “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” é referida no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, descrevendo que o Enfermeiro Especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar considera “a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação, focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.” (OE, Regulamento nº 428/2018, p. 19357).

b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar

A competência específica “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de saúde familiar” é referida no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, com o seguinte descritivo referente ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar, “Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família” (OE, Regulamento nº 428/2018, p. 19358).

2. Atividades realizadas

2.1. Componente de investigação - O Enfermeiro de Família e a Multiculturalidade: Desafios das Famílias Imigrantes no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

2.1.1. Enquadramento teórico

Os fluxos migratórios têm uma influência específica no contexto demográfico europeu e português. O compromisso das sociedades em assegurar os direitos fundamentais de todos os cidadãos e imigrantes inclui a promoção da saúde de uma forma culturalmente congruente. “A questão das migrações é central na maioria dos países europeus, influenciando de forma profunda a atualidade política, social e económica” (PORDATA, 2024a, p. 1), não sendo Portugal exceção.

Neste cenário é possível perceber, a título exemplificativo, que

“em 2022 havia quase 800 mil estrangeiros em Portugal – 76% dos quais originários de países extracomunitários –, perto do dobro do registado há 10 anos (...) um em cada três estrangeiros, em Portugal, vive em risco de pobreza ou exclusão social; nos últimos 15 anos, perto de meio milhão de estrangeiros obtiveram nacionalidade portuguesa; em 2022, entraram em Portugal 118 mil imigrantes, o valor mais alto desde que há registo (...)” (PORDATA, 2024a, p. 1).

Comparativamente com a população portuguesa, a população de imigrantes em Portugal possui “uma proporção superior de homens e é mais jovem: 6 em cada 10 têm entre 15 e 44 anos. A idade mediana dos portugueses é 48 anos, em contraste com os 37 anos da população estrangeira” (PORDATA, 2024a, p. 4). Ainda em conformidade com o mesmo organismo, 76% da população estrangeira é oriunda de países fora da EU27, ou seja, em cada dez estrangeiros residentes no território nacional, dois são procedentes de um estado-membro da União Europeia (EU) e oito originários de países fora da EU, sendo as nacionalidades mais representativas

“brasileira (29,3%), britânica (6%), cabo-verdiana (4,9%), italiana (4,4%), indiana (4,3%) e romena (4,1%)” (PORDATA, 2024a, pp. 4-5). É de referir ainda que “31% dos estrangeiros residentes em Portugal” encontram-se em situação de pobreza ou de exclusão social, 11 pontos percentuais acima do valor da população portuguesa (19,8%), maioritariamente, os estrangeiros de

países fora da UE a viver nesta situação (34% vs. 17% dos estrangeiros de países da UE27)” (PORDATA, 2024b, pp. 8).

Desde 2019 que o número de imigrantes é três vezes maior do que o de emigrantes, contribuindo para os saldos migratórios positivos (PORDATA, 2024b). Em 2021, os cidadãos não pertencentes à UE representavam 5,3% da população total da UE (Eurostat, 2023). Em Portugal, no mesmo ano, a proporção de cidadãos não comunitários representava 5,1% da população total (INE, 2021). Em ligação com o passado colonial de Portugal, as populações migrantes (doravante designadas por populações imigrantes) são predominantemente originárias do Brasil (29,3%) e dos países africanos de língua oficial portuguesa (13,6%) (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, SEF, 2022). Recentemente, um afluxo mais diversificado provém dos países do Sul da Ásia (SEF, 2022). Existe, portanto, uma grande heterogeneidade de experiências entre as populações imigrantes em Portugal, tal como noutras partes da Europa. Em princípio, esta heterogeneidade de origens e experiências deveria incentivar as políticas de saúde e os processos de planeamento a orientar a adaptação dos serviços de saúde para continuar a acolher os imigrantes e não imigrantes (Castillo-Zunino et al., 2021). No entanto, a investigação atual na UE, bem como em Portugal, indica que as políticas públicas estão atrasadas na adaptação dos serviços de saúde para promover o acesso e a utilização equitativos dos cuidados de saúde pelas populações imigrantes, incluindo as crianças (Mohan, 2021).

Os migrantes são pessoas que se deslocam de um país ou região para outro na procura de melhores condições de vida, oportunidades de emprego, educação ou devido a fatores como reunificação familiar (*International Organization for Migration*, 2020). Essa migração pode ser voluntária ou forçada, impulsionada por motivos económicos, conflitos, perseguições ou mudanças ambientais. Englobam diferentes grupos, como refugiados, requerentes de asilo, trabalhadores migrantes e imigrantes sem documentos, cada um com desafios e estatutos legais distintos. Compreender as diversas origens e experiências dos migrantes é fundamental para fornecer serviços de saúde adequados às suas necessidades específicas (*International Organization for Migration*, 2020).

As populações imigrantes enfrentam muitos desafios extraordinários. Deixam as suas raízes culturais e modos de existência para embarcarem em condições de viagem muitas vezes difíceis e aterrarem em destinos desconhecidos onde têm de se adaptar rapidamente (Abubakar et al., 2018; Perez-lua et al., 2025). Ao tentarem instalar-se, as famílias migrantes acabam muitas vezes por viver em condições precárias, suscetíveis de afetar a saúde dos adultos e das crianças (Abubakar et al., 2018; Perez-Lua et al., 2025). Por conseguinte, a imigração tem sido reconhecida como um fator social determinante da saúde há pelo menos uma década ou mais (*International Organisation for Migration*, 2020).

Em resposta ao aumento da imigração, existe uma maior necessidade de os Enfermeiros prestarem cuidados culturalmente competentes (Kolapo, 2017). Um sistema culturalmente competente é aquele que reconhece a importância da cultura na avaliação das interações interculturais, está atento às dinâmicas que resultam das diferenças culturais e adapta os serviços para satisfazer as necessidades culturalmente únicas dos indivíduos e dos grupos (Zghal et al., 2021). Como tal, uma abordagem centrada na família e uma prestação de cuidados culturalmente competentes é crucial para garantir a equitatividade em matéria de acesso aos CSP. Quando implementados corretamente podem melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde e reduzir as disparidades de saúde nas populações imigrantes (Zghal et al., 2021).

A cultura é um conceito essencial nos cuidados de saúde, pois influencia as perspetivas das famílias sobre a saúde, que são moldadas pela sua cultura. Por isso, os Enfermeiros necessitam de ser culturalmente competentes para entender as experiências das famílias imigrantes na sua prática profissional (Nuuyoma et al., 2024). Leininger e McFarland (2002) definiram a “competência cultural” como um conjunto de habilidades relacionadas com valores, crenças sobre a saúde, a religião e a filosofia humana no contexto da enfermagem transcultural. Campinha-Bacote (2002) vê a competência cultural como um processo contínuo, permitindo ao Enfermeiro compreender o contexto cultural da pessoa/família. Shen (2015) descreve-a como um desenvolvimento dinâmico ao longo da vida, centrado na prestação eficaz de cuidados de saúde às pessoas de diferentes origens culturais. Červený et al. (2022) afirmam que a competência cultural envolve prestar cuidados culturalmente compassivos e proficientes, advindo de um processo de educação, treino e autoconsciência. A falta de implementação de cuidados culturalmente competentes pode levar à privação de cuidados a pessoas/famílias imigrantes, resultando em piores resultados em saúde (Higginbottom & Liamputtong, 2015).

Devido à globalização dos cuidados de saúde, espera-se cada vez mais que os Enfermeiros de Saúde Familiar, ao entrarem em contacto com famílias de diversas culturas e origens, lhes proporcionem uma enfermagem transcultural (Nuuyoma et al., 2024). Os Enfermeiros são capazes de ser modelos para abraçar as necessidades culturais das famílias nos cuidados de saúde. Por conseguinte, é altamente prioritário que os Enfermeiros reconheçam e compreendam a Teoria Transcultural da Enfermagem ilustrada por Madeleine Leininger, cujo conceito de enfermagem transcultural foi, assim, cunhado pela mesma autora na década de 1950, levando ao desenvolvimento da Teoria da Enfermagem Transcultural.

A teoria de Leininger destaca que os cuidados e a comunicação dos Enfermeiros com as pessoas devem integrar ativamente os seus antecedentes, valores e crenças em cada fase do processo de enfermagem (Betancourt, 2015). Envolve a identificação de diferenças e

semelhanças culturais, relacionando-as com os valores de cuidados e práticas de vida, para dar resposta às necessidades individuais e promover cuidados culturalmente adequados. Tem como foco a universalidade dos cuidados humanos, a análise da diversidade e a dinâmica do mundo em relação às crenças, comportamentos humanos e valores de cuidados (Prosen, 2015). Leininger defende que os Enfermeiros têm de desenvolver competências para oferecer cuidados culturalmente competentes. Embora o objetivo da enfermagem seja respeitar os valores culturais e os estilos de vida das pessoas, os próprios valores, crenças e costumes dos Enfermeiros, que pertencem a culturas diferentes, também influenciam os cuidados prestados (Chang et al., 2018). Assim, a autoconsciência do Enfermeiro pode ser crucial para compreender a cultura das famílias e prestar cuidados de saúde culturalmente sensíveis (Nuuyoma et al., 2024). Leininger (2010) afirma que o seu conhecimento se baseou quer nas semelhanças quer nas diferenças de uma cultura em relação a outra e apoiou-se na sua certeza de que a característica mais importante da teoria foi concetualizar os cuidados culturais investigando a diversidade e a universalidade. A autora considera que esta combinação específica de conhecimentos não só é exclusiva da enfermagem transcultural, como é vital para o estudo da enfermagem transcultural (Leininger, 2010). Por conseguinte, os Enfermeiros devem facilitar a prestação de cuidados culturalmente competentes e equitativos para diminuir as disparidades nos cuidados de saúde, para que as mesmas não enfrentem tantos desafios/dificuldades, no acesso aos CSP (Papadopoulos & Ali., 2016).

Outro modelo importante nesta área de estudo é o Modelo do Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote (2002), defensora da premissa que a competência cultural é um processo contínuo, onde o Enfermeiro trabalha para integrar a consciência, os conhecimentos, as competências, os encontros e o desejo cultural, estabelecendo relações eficazes com as pessoas, famílias e comunidades. Campinha-Bacote e Munoz (2001) explicam que este processo exige que os Enfermeiros se esforcem constantemente para atuar no contexto cultural das famílias, para que se tornem competentes culturalmente. Atanga e Ayong (2017) reforçam que, para melhorar os resultados de saúde, os Enfermeiros devem adquirir conhecimentos, competências e atitudes específicas em enfermagem intercultural.

Neste contexto, o modelo de cuidado culturalmente competente de Campinha-Bacote (2002) baseia-se em quatro componentes primordiais: consciência, conhecimento, competência e encontros culturais. Este modelo visa (1) fornecer uma estrutura para cuidados culturalmente responsivos, (2) promover o ensino de conceitos culturais, (3) orientar investigações culturalmente sensíveis, (4) reduzir disparidades em saúde, (5) melhorar a qualidade dos cuidados, (6) ampliar o conhecimento em enfermagem transcultural, (7) responder às mudanças culturais e (8) definir o processo para se tornar um Enfermeiro culturalmente competente (Campinha-Bacote, 2002).

Os cuidados culturalmente competentes podem melhorar a comunicação entre os Enfermeiros de Saúde Familiar e as famílias de imigrantes, conduzindo a um melhor envolvimento das mesmas, à adesão aos planos de tratamento e aos resultados globais em termos de saúde (Saha et al. 2008; Liu et al., 2021; Tehrani et al., 2024). Além disso, a prestação de cuidados culturalmente sensíveis pode aumentar a satisfação e a confiança das famílias no sistema de saúde, o que é crucial para incentivar estas famílias a procurar cuidados de saúde quando necessário (Betancourt et al. 2005). Assim, a integração da competência cultural nas práticas de cuidados de saúde no contexto de saúde familiar é essencial para garantir cuidados de saúde equitativos e eficazes para todas as famílias de imigrantes (Theodosopoulos et al., 2024). Uma revisão narrativa da literatura revelou que as disparidades de saúde que as famílias imigrantes enfrentam são, na sua maioria, causadas por barreiras no acesso aos cuidados de saúde e por dificuldades na comunicação (Theodosopoulos et al., 2024). Face a esta realidade, os mesmos autores destacam a importância de promover cuidados culturalmente competentes, com ênfase na formação e políticas de apoio, de modo a melhorar o acesso das famílias imigrantes aos Cuidados de Saúde Primários. Salientam, ainda, que os Enfermeiros devem adquirir os conhecimentos e as competências necessárias em competência cultural, a fim de promover cuidados de enfermagem adequados, garantindo a satisfação das famílias e alcançar resultados positivos (Theodosopoulos et al., 2024).

Os Enfermeiros devem considerar o contexto, os antecedentes culturais das famílias imigrantes para fornecer adequadamente cuidados culturalmente apropriados (Prosen, 2018; Prosen & Bošković, 2020). Maňhalová e Tóthová (2016) observaram que os elementos da sensibilidade cultural incluem o respeito, o conhecimento, a compreensão, a consciência de si próprio e dos outros, a atitude de não julgamento e uma comunicação eficaz (Sharifi et al., 2019), competências essenciais para os Enfermeiros. Tong et al. (2021) sugerem que as técnicas de aprendizagem experiencial, como a partilha de casos de enfermagem e *role-playing* também devem ser utilizadas na formação dos Enfermeiros para melhor compreenderem a aplicação da enfermagem transcultural na prática clínica (Tong et al., 2021). Neste âmbito, Contreras et al. (2020) enfatizam que a prática reflexiva, enquanto competência cognitiva que os Enfermeiros adquirem com a experiência, pode melhorar os seus conhecimentos e as competências culturais. Argumentam que a Enfermagem, independentemente da sua área de atuação, é influenciada por práticas reflexivas, acrescentando valor à própria profissão (Contreras et al., 2020).

Importa também mencionar que as práticas holísticas de Enfermagem têm-se revelado benéficas quer para as famílias, quer para os Enfermeiros (Shepherd et al., 2019; Balante et al., 2021; Theodosopoulos et al., 2024) aumentando os comportamentos de promoção da

saúde e as relações interpessoais entre as famílias e os Enfermeiros (Albaqawi et al., 2021). Importa ressaltar que o cuidado holístico de Enfermagem remonta à época de Florence Nightingale, tendo-se expandido à medida que os aspetos físicos, sociais, psicológicos e espirituais foram tidos em consideração (Albaqawi et al., 2021). Os cuidados de enfermagem holísticos são constituídos pela relação terapêutica entre o Enfermeiro/pessoa/família, pelos padrões de comunicação e pelas preferências da pessoa/família. De acordo com os mesmos autores, a enfermagem holística trata a pessoa como um todo (Albaqawi et al., 2021).

Em Portugal, o acesso aos cuidados de saúde constitui um bem essencial que deve ser garantido e mantido a todos os indivíduos, inclusive aos imigrantes. Sendo que, para a maioria das populações, os Cuidados de Saúde Primários são um importante ponto de entrada no sistema de saúde e englobam uma série de serviços, incluindo imunizações, cuidados preventivos, encaminhamento para especialistas e serviços de saúde mental (Patel & Metersky., 2022). Deste modo, frequentemente, o Enfermeiro de Família é o primeiro contacto de muitos indivíduos imigrantes com o sistema de saúde português.

Embora o acesso aos CSP seja um fator determinante dos resultados globais em matéria de saúde, existe uma discrepância notável na acessibilidade dos serviços de saúde entre subgrupos da população - em especial entre os imigrantes e os refugiados (Woodgate et al., 2017). Um fenómeno comumente citado, conhecido como "*The Healthy Immigrant Effect*" (Efeito do Imigrante Saudável), ilustra que a saúde dos imigrantes é frequentemente melhor do que a dos nativos à chegada, mas que, mais tarde, diminui para um nível igual ou inferior ao da população em geral devido a um conjunto complexo de fatores socioeconómicos, culturais, religiosos, comportamentais e ambientais (Vang et al., 2017). Apesar de este fenómeno se aplicar apenas aos imigrantes, e não aos refugiados que chegam em circunstâncias menos controladas, lança luz sobre as barreiras únicas que os recém-chegados enfrentam no acesso aos CSP, tais como o isolamento social, a língua, os transportes ou as restrições financeiras, que provavelmente contribuem para esta disparidade no domínio da saúde (Salami et al., 2020; Osokpo et al., 2021).

As famílias imigrantes continuam a enfrentar desafios no acesso aos CSP, impactando negativamente a sua saúde (Theodosopoulos et al., 2024). O estudo de Turin et al. (2021) com famílias imigrantes do Bangladesh no Canadá, abordou como melhorar o acesso aos CSP, os resultados destacaram abordagens individuais, comunitárias, profissionais e políticas. A nível individual, sugeriram aumentar a autoconsciência sobre a saúde e melhorar a comunicação entre o Enfermeiro/Família. No que concerne à comunidade, sugeriram *workshops* de educação para a saúde e programas de apoio, como, por exemplo, os serviços de transporte para idosos. Nos serviços de saúde, recomendaram a promoção de competências culturais pelos Enfermeiros e a contratação de profissionais competentes

culturalmente. Por fim, os participantes ressaltaram a importância de soluções políticas para garantir cuidados de saúde de qualidade (Turin et al., 2021).

Importa ressaltar que os sistemas de saúde e os Enfermeiros de CSP enfrentam desafios significativos ao nível do desenvolvimento e da implementação de intervenções de cuidados de saúde adequadas e relevantes para ajudar as famílias imigrantes a ultrapassar as barreiras ao acesso ótimo aos CSP (Batista et al., 2018; Clark et al., 2022). Por conseguinte, é essencial uma compreensão aprofundada destas questões, para que se possa identificar prováveis estratégias que ajudem a atenuar tais dificuldades (Turin et al., 2021). A corroborar, Kisa e Kisa (2024) referem que a resposta às necessidades de cuidados de saúde das famílias imigrantes é crucial, quer por razões humanitárias, quer de saúde pública. As principais conclusões do estudo de Kisa e Kisa (2024) indicam que a falta de conhecimento sobre as alternativas aos serviços de urgência leva a um aumento das hospitalizações e à dificuldade no acesso aos CSP.

Embora os obstáculos ao acesso das famílias imigrantes aos CSP estejam documentados, as soluções para superá-los são menos exploradas. Como tal, é essencial que os Enfermeiros de Família e as unidades de saúde pública locais colaborem com as comunidades imigrantes para identificar intervenções adequadas. Compreender as características culturais de cada família imigrante facilita os cuidados culturalmente competentes, permitindo aos Enfermeiros oferecer uma assistência que respeite a singularidade de cada família (Dahal et al., 2022; Clark et al., 2022). O Enfermeiro de Saúde Familiar deve atuar como mediador de acesso equitativo aos serviços de saúde, uma vez que a proximidade que detêm com as famílias lhes permite detetar mais facilmente as suas necessidades (Dahal et al., 2022; Clark et al., 2022). Por conseguinte, este profissional de saúde deve considerar as características culturais das famílias imigrantes, tendo em conta o aqui e o agora.

Face ao exposto e tendo em conta a realidade verificada no local de estágio, onde a comunidade imigrante é elevada, o objetivo desta investigação é mapear a evidência científica disponível sobre os desafios das famílias imigrantes no acesso aos Cuidados de Saúde Primários.

2.1.2. Métodos

Foi realizada uma *scoping review* para responder à questão de investigação "Quais os desafios das famílias imigrantes no acesso aos Cuidados de Saúde Primários?". Esta metodologia foi selecionada pelo seu carácter exploratório, que permite identificar e sintetizar

evidências relacionadas a um tema específico de interesse, oferecendo uma visão abrangente do fenómeno em estudo (Tricco et al., 2018).

O estudo foi desenvolvido com base nas recomendações metodológicas do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020) e seguiu as diretrizes PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Page et al., 2021), garantindo rigor e transparência ao longo de todas as etapas do processo.

Crítérios de inclusão

Esta *Scoping Review* foi desenvolvida com base nos critérios de elegibilidade estabelecidos pelo *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2021), organizados segundo os elementos Participantes, Conceito e Contexto (PCC). Assim, foram incluídos estudos que cumprissem os seguintes critérios: a) Participantes: famílias imigrantes; b) Conceito: estudos que explorassem os desafios e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde; c) Contexto: relacionados com os cuidados de saúde primários.

Foram ainda incluídos estudos com os idiomas português, espanhol e inglês; sem limitação de friso temporal; estudos quantitativos, qualitativos, revisões de literatura e literatura cinzenta. Por outro lado, foram excluídos estudos que não disponibilizassem o texto completo ou acesso gratuito, que estivessem redigidos em idiomas diferentes dos previamente definidos, bem como blogues, cartas de editores e textos de opinião, uma vez que não atendiam aos critérios de rigor científico definidos para esta revisão.

Este estudo apresenta como objetivo geral: mapear a evidência científica disponível sobre os desafios das famílias imigrantes no acesso aos Cuidados de Saúde Primários. E como objetivos específicos identificar as barreiras enfrentados pelas famílias imigrantes no acesso aos cuidados de saúde primários e identificar as estratégias e intervenções que facilitam o acesso das famílias imigrantes aos cuidados de saúde primários.

Estratégia de pesquisa

Procedeu-se a uma análise dos termos presentes nos títulos, resumos e palavras-chave, utilizados para descrever o tema em estudo. Foram utilizados vocabulários controlados como *MeSH (Medical Subject Headings)/DECS* (Descritores em Ciências da Saúde), *CINAHL headings*, palavras-chave em linguagem natural e os operadores booleanos *AND* e *OR*. As bases de dados consultadas foram: *PubMed*, *CINAHL Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* e *MEDLINE Complete via EBSCOhost; B-On, Web of Science* e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Um resumo da estratégia de investigação pode ser consultado na Tabela 3, cuja pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *CINAHL Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *MEDLINE Complete*, *B-On* e *Web of Science* ocorreu a 3 de novembro de 2024, e no *RCAAP* a 8 de novembro de 2024.

Tabela 3- Expressões de pesquisa booleana nas bases de dados selecionadas

Estratégia de Pesquisa	Base de dados
(("family"[MeSH Terms] OR "family"[Title/Abstract] OR "families"[Title/Abstract]) AND ("emigration and immigration" [MeSH Terms] OR "emigration and immigration"[Title/Abstract] OR "migration"[Title/Abstract] OR "emigration"[Title/Abstract] OR "immigration"[Title/Abstract] OR "human migration"[MeSH Terms] OR "human migration"[Title/Abstract] OR "emigrants and immigrants"[MeSH Terms] OR "emigrants and immigrants" [Title/Abstract] OR "aliens"[Title/Abstract] OR "alien"[Title/Abstract] OR "emigrant"[Title/Abstract] OR "emigrants"[Title/Abstract] OR "immigrant"[Title/Abstract] OR "immigrants"[Title/Abstract] OR "foreigner" [Title/Abstract] OR "foreigners" [Title/Abstract])) AN D (("primary health care"[MeSH Terms] OR "primary health care" [Title/Abstract] OR "primary care"[Title/Abstract] OR "primary healthcare"[Title/Abstract] OR "community health centers"[MeSH Terms] OR "community health centers"[Title/Abstract] OR "neighborhood health centers"[Title/Abstract] OR "satellite centers" [Title/Abstract] OR "community health services"[MeSH Terms] OR "community health care"[Title/Abstract] OR "community healthcare" [Title/Abstract] OR "health services community"[Title/Abstract] OR "services community health"[Title/Abstract]) OR ("access to primary care"[MeSH Terms] OR "access to primary care"[Title/Abstract] OR "accessibility of primary care"[Title/Abstract] OR "accessible primary care"[Title/Abstract] OR "accessible primary care services" [Title/Abstract]))	PubMed
SU (family or families) OR TI (family OR families) OR AB (family OR families) AND SU ("emigration and immigration" OR migration OR emigration OR immigration OR "human migration" OR "emigrants and immigrants" OR aliens OR alien OR emigrant OR emigrants OR immigrant OR immigrants OR foreigner OR foreigners) OR TI ("emigration and immigration" OR migration OR emigration OR immigration OR "human migration" OR "emigrants and immigrants" OR aliens OR alien OR emigrant OR emigrants OR immigrant OR immigrants OR foreigner OR foreigners) OR AB ("emigration and immigration" OR migration OR emigration OR immigration OR "human migration" OR "emigrants and immigrants" OR aliens OR alien OR emigrant OR emigrants OR immigrant OR immigrants OR foreigner OR foreigners) AND SU ("primary health care" OR "primary care" OR "primary healthcare" OR "community health centers" OR "community health centers" OR "neighborhood health centers" OR "satellite centers" OR "community health services" OR "community health care" OR "community healthcare" OR "health services community" OR "services community health" OR "access to primary care" OR "access to primary care" OR "accessibility of primary care" OR "accessible primary care" OR "accessible primary care services") OR TI ("primary health care" OR "primary care" OR "primary healthcare" OR "community health centers" OR "community health centers" OR "neighborhood health centers" OR "satellite centers" OR "community health services" OR "community health care" OR "community healthcare" OR "health services community" OR "services community health" OR "access to primary care" OR "access to primary care" OR "accessibility of primary care" OR "accessible primary care" OR "accessible primary care services") OR AB ("primary health care" OR "primary care" OR "primary healthcare" OR "community health centers" OR "community health centers" OR "neighborhood health centers" OR "satellite centers" OR "community health services" OR "community health care" OR "community healthcare" OR "health services community" OR "services community health" OR "access to primary care" OR "access to primary care" OR "accessibility of primary care" OR "accessible primary care" OR "accessible primary care services")	B-on/ Cinahl Complete/ Medline/ Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive
family OR families (Title) or family OR families (Abstract) AND "emigration and immigration" OR migration OR emigration OR immigration OR "human migration" OR "emigrants and immigrants" OR aliens OR alien OR emigrant OR emigrants OR immigrant OR immigrants OR foreigner OR foreigners (Title) or "emigration and immigration" OR migration OR emigration OR immigration OR "human migration" OR "emigrants and immigrants" OR aliens OR alien OR emigrant OR emigrants OR immigrant OR immigrants OR foreigner OR foreigners (Abstract) AND "primary	Web of Science

health care" OR "primary care" OR "primary healthcare" OR "community health centers" OR "community health centers" OR "neighborhood health centers" OR "satellite centers" OR "community health services" OR "community health care" OR "community healthcare" OR "health services community" OR "services community health" OR "access to primary care" OR "access to primary care" OR "accessibility of primary care" OR "accessible primary care" OR "accessible primary care services" (Title) or "primary health care" OR "primary care" OR "primary healthcare" OR "community health centers" OR "community health centers" OR "neighborhood health centers" OR "satellite centers" OR "community health services" OR "community health care" OR "community healthcare" OR "health services community" OR "services community health" OR "access to primary care" OR "access to primary care" OR "accessibility of primary care" OR "accessible primary care" OR "accessible primary care services" (Abstract)

Imigrantes (Título) AND Famílias (Descrição) AND Acesso aos Cuidados de Saúde (Assunto) RCAAP

Depois da pesquisa nas bases de dados, o total de registos obtidos (N=3415) foram exportados para o *software* de gestão de seleção *Rayyan*®. A relevância dos artigos pesquisados, foi analisada por dois revisores independentes, como não existiram discordâncias entre os dois revisores, não foi necessário um terceiro revisor.

O *software Rayyan*® possibilitou de forma automática, anteriormente à triagem, a eliminação de registos duplicados (n=1297). Transitaram para a seleção 2118 artigos, com exclusão de 1941 por título, tendo transitado para a fase seguinte 177 artigos, com exclusão de 149 após a análise do resumo. Foram selecionados 28 estudos para elegibilidade, com exclusão de 19 (População n = 4, Conceito n = 9 e Contexto n = 6). Após a leitura do texto integral e avaliação da sua elegibilidade, de acordo com os critérios de inclusão, foram incluídos nove artigos (Figura 2). Posteriormente, os estudos foram avaliados com recurso à *JBI Critical Appraisal Checklist* (Anexo I), confirmando-se que cumpriam os critérios necessários para serem incluídos na presente revisão (Lockwood et al., 2015).

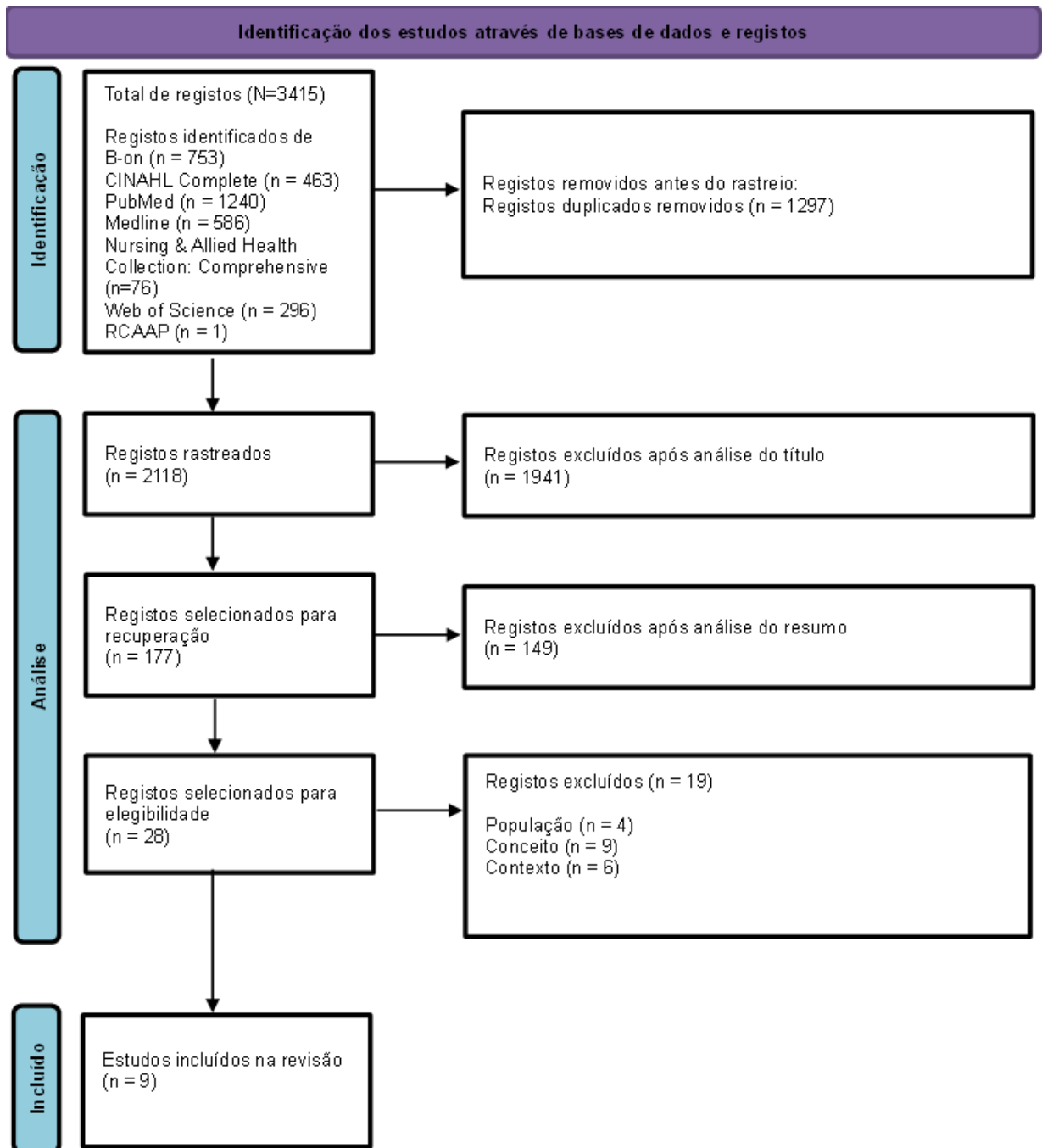


Figura 2- Diagrama de fluxo do PRISMA-ScR

Fonte: Adaptado de Page et al. (2021)

A análise dos artigos incluídos na presente revisão seguiu os princípios da análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2020). A partir desta análise temática, foram identificados 2 temas e 10 subtemas, conforme representado no quadro 2.

2.1.3. Resultados

As características gerais dos estudos são apresentadas no Quadro 1. Entre os nove estudos incluídos, cinco têm como país o Canadá (Lum et al., 2016; Muggah et al., 2012; Woodgate et al., 2017; Sundareswaran et al., 2024; Majid et al., 2016), um estudo foi realizado no Irão (Moezzi et al., 2024), um estudo no Reino Unido (Phung et al., 2020), um estudo na Austrália (Garg et al., 2017) e um estudo nos Estados Unidos da América (Durning & Moriarty, 2023). Quanto à metodologia seguida, registou-se o recurso à *scoping review* (Moezzi et al., 2024), revisão sistemática da literatura (Phung et al., 2020; Durning & Moriarty, 2023), qualitativo descritivo e exploratório (Lum et al., 2016, Majid et al., 2016, Muggah et al., 2012, Sundareswaran et al., 2024, Garg et al., 2017) e estudo transversal de métodos mistos, baseado na prática (Muggah et al., 2012), com uma heterogeneidade em termos amostrais (Quadro 1).

Quadro 1- Síntese dos resultados dos estudos incluídos

Autor/ano/título /país	Objetivo/questão de investigação	Metodologia	Resultados	Implicações para a prática
<p>E1</p> <p>Muggah, E., Dahrouge, S. & Hogg, W. (2012)</p> <p>Access to primary health care for immigrants: results of a patient survey conducted in 137 primary care practices in Ontario, Canada.</p> <p>Canadá</p>	<p>Objetivo geral: explorar o acesso aos CSP relatado pelos utentes de uma população de imigrantes em Ontário, Canadá, em comparação com utentes nascidos no Canadá e por modelo de CSP.</p>	<p>Tipo de estudo: estudo transversal de métodos mistos. Participantes: Dos 5.269 utentes com registo do país de nascimento, 1.099 (20,8%) eram imigrantes. Instrumentos de recolha: recolha de informações dos utentes e profissionais de saúde em 4 modelos de CSP dominantes na altura.</p>	<p>Os imigrantes recentes e de longa data no Canadá relataram pior saúde do que os nativos, embora recebessem um acesso semelhante aos CSP.</p> <p>A maior utilização de cuidados de saúde pelos imigrantes recém-chegados foi associada à necessidade de cuidados preventivos, como vacinas e rastreios de saúde, e à procura de consultas pré-natais ou de puerpério, devido à elevada proporção de mulheres nesta fase.</p> <p>As principais barreiras identificadas para o acesso incluíram fatores sociodemográficos, como pobreza, diferenças culturais e barreiras linguísticas.</p>	<p>Maior reconhecimento da importância de políticas de saúde adaptadas aos imigrantes, ou seja, há a necessidade de reforçar as políticas de saúde que tenham em conta as características sociodemográficas e culturais dos imigrantes, potenciando o acesso a serviços preventivos, isto é, garantir que os imigrantes recém-chegados tenham acesso a cuidados de saúde preventivos, como a vacinação e os rastreios, o que pode reduzir as disparidades de saúde.</p>
<p>E2</p> <p>Lum, I.D., Swartz, R.H., & Kwan, M.Y. (2016)</p> <p>Accessibility and use of primary healthcare for immigrants living in the Niagara</p> <p>Canadá</p>	<p>Objetivo geral: analisar as experiências pelos imigrantes que vivem num pequeno centro urbano no que respeita ao sistema de CSP.</p>	<p>Tipo de estudo: Qualitativo descritivo. Participantes: 13 imigrantes que viviam na Região da Grande Niágara, com idades entre os 40 e os 60 anos, com um número de filhos a variar entre 1 e 4 ou mais, com tempo de residência no Canadá entre 0-2 anos e ≥ 20 anos. Instrumentos de recolha: entrevistas semiestruturadas.</p>	<p>Cinco fatores tiveram impacto no acesso e na utilização dos CSP pelos imigrantes: a ausência de contactos sociais, a oferta limitada de serviços destinados a imigrantes, a reduzida diversidade de médicos em exercício, a falta de cobertura universal de saúde durante o período inicial de chegada e as barreiras linguísticas e culturais (preferência por medicina alternativa ou tratamentos tradicionais). Além disso, a distância geográfica aos CSP foi identificada como uma barreira adicional que dificultou o acesso aos serviços.</p>	<p>É fundamental reforçar os recursos humanos em CSP para melhorar a resposta à diversidade cultural dos imigrantes. E desenvolver serviços adaptados às suas necessidades, incluindo a criação de programas específicos e a oferta de apoio logístico (tradução, mediação cultural e acompanhamento personalizado), garantindo um acesso mais equitativo e eficaz das famílias imigrantes aos CSP.</p>
<p>E3</p> <p>Majid, S., Douglas, R., Lee, V., Stacy, E., Garg, A.K., & Ho, K. (2016)</p> <p>Facilitators of and barriers to accessing clinical prevention services for the South Asian</p>	<p>Objetivo geral: explorar os fatores facilitadores e as barreiras à utilização de serviços de prevenção de saúde entre as pessoas do Sul da</p>	<p>Tipo de estudo: Qualitativo descritivo. Participantes: 72 adultos do Sul da Ásia (36 mulheres e 26 homens), com idades compreendidas entre os 40 e os 87 anos, participaram em 1 dos 8 grupos de discussão em contextos de cuidados de</p>	<p>Os determinantes facilitadores do acesso aos CSP, ao nível do utente, incluíam um maior envolvimento na gestão da própria saúde, literacia em saúde e respeito pelas orientações do profissional de saúde. Ao nível dos profissionais de saúde, foram uma relação de confiança com o utente, uma comunicação eficaz e consultas com tempo suficiente para abordar as necessidades individuais. No âmbito do sistema de saúde, destacaram-se fatores como a inclusão de medidas preventivas nos</p>	<p>Empoderamento das famílias através da educação para a saúde e de uma comunicação mais eficaz entre estas e os Enfermeiros de família, promover os serviços preventivos e práticas centradas na família como facilitadores da otimização da utilização dos serviços de saúde.</p>

<p>population in Surrey, British Columbia: a qualitative study.</p> <p>Colúmbia Britânica</p>	<p>Ásia, na Colúmbia Britânica.</p>	<p>CSP ou comunitários.</p> <p>Instrumentos de recolha: entrevistas semiestruturadas e vinhetas num grupo de discussão.</p>	<p>cuidados e serviços sociais, incentivos a práticas familiares orientadas para a prevenção, e a disponibilização de serviços de saúde gratuitos ou de baixo custo para os utentes.</p> <p>As barreiras incluíram o medo de diagnósticos, da morte ou de procedimentos, a perceção de baixo risco de doença ou de pouca eficácia das intervenções e os potenciais efeitos secundários associados aos procedimentos.</p>	
<p>E4</p> <p>Woodgate, R. L., Busolo, D.S., Crockett, M., Dean, R.A, Amaladas, M.R., & Plourde, P.J. (2017)</p> <p>A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy!</p> <p>Canadá</p>	<p>Objetivo geral: Explorar as experiências de acesso aos CSP por parte de famílias de imigrantes e refugiados africanos.</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo qualitativo. Participantes: 83 famílias originárias de 15 países africanos participaram em múltiplas entrevistas abertas no oeste do Canadá. Instrumentos de recolha: entrevista semiestruturada, com análise de conteúdo.</p>	<p>As famílias africanas de imigrantes e refugiados enfrentaram diversos desafios no acesso aos CSP. Entre as principais dificuldades, destacaram-se expectativas não satisfeitas e a adaptação a um novo sistema de saúde (com longos tempos de espera, escassez de profissionais, elevados custos de medicamentos). As famílias com crianças enfrentaram ainda maior isolamento social.</p> <p>Além disso, foi identificada a escassez de programas culturalmente relevantes, falhas em abordagens colaborativas em rede e a ausência de políticas que abordassem os determinantes sociais da saúde de forma eficaz.</p>	<p>Promoção de maior sensibilização para os desafios dos cuidados às famílias imigrantes: os Enfermeiros de família, devem estar conscientes das dificuldades que estas famílias apresentam ao nível de adaptação ao sistema de saúde, bem como o estigma e os traumas vividos nas comunidades de acolhimento.</p> <p>É necessário existir reforço do apoio comunitário, através do incentivo de intervenções colaborativas e programas de interação cultural.</p>
<p>E5</p> <p>Garg, P., Ha, M.T., Eastwood, J., Harvey, S., Woolfenden, S., Murphy, E., Dissanayake, C., Jalaludin, B., Williams, K., McKenzie, A., Einfeld, S., Silove, N., Short, K., & Eapen, V. (2017)</p> <p>Explaining culturally and linguistically diverse (CALD) parents' access of healthcare services for developmental surveillance and anticipatory guidance: qualitative findings from the 'Watch Me Grow' study.</p> <p>Austrália</p>	<p>Objetivo geral: descrever e explicar as experiências dos pais no acesso às consultas de vigilância do desenvolvimento infantil e orientação antecipatória.</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo qualitativo. Participantes: 6 grupos de discussão (n=33 pais) e de 7 entrevistas aprofundadas a pais de crianças com dificuldades de aprendizagem, recrutados numa zona de relativa desvantagem social e económica de Sydney. Instrumentos de recolha: entrevista semiestruturada, com análise de conteúdo, com recurso a uma estrutura ecológica.</p>	<p>O acesso dos pais aos serviços de saúde infantil em CSP foi influenciado pelo tema "consciencialização-crenças-escolhas". A consciencialização referia-se ao conhecimento sobre os serviços disponíveis, obtido através de hospitais ou redes comunitárias. As crenças envolviam a perceção do desenvolvimento infantil e a distinção entre normal e anormal. As escolhas baseavam-se em fatores como proximidade, continuidade dos cuidados, língua e experiências anteriores. O estudo destacou ainda a falta de formação em competência cultural e a escassez de intérpretes como barreiras ao acesso.</p>	<p>Empoderamento contínuo da família sobre os serviços de saúde, ou seja, consciencializar as famílias, sobre os serviços disponíveis e sobre o que constitui um desenvolvimento infantil normal, bem como incentivar a utilização de serviços de saúde.</p> <p>Proporcionar também formação e treino de cuidados culturais aos Enfermeiros, por exemplo, através da formação contínua em competências culturais, promovendo, assim, uma experiência mais positiva dos imigrantes em matéria de saúde.</p>

<p>E6</p> <p>Phung, V.H., Asghar, Z., Matiti, M., & Siriwardena, N. (2020)</p> <p>Understanding how Eastern European migrants use and experience UK health services: a systematic scoping review.</p> <p>Reino Unido</p>	<p>Objetivo geral: perceber a utilização e as experiências dos migrantes da Europa de Leste nos serviços de saúde do Reino Unido.</p>	<p>Tipo de estudo: revisão sistemática da literatura. Participantes: migrantes da Europa de Leste que utilizam os serviços de saúde do Reino Unido. Instrumentos de recolha: consulta em bases de dados.</p>	<p>Os estudos revelaram que as principais barreiras ao acesso aos CSP foram a falta de compreensão do sistema, dificuldades linguísticas e ausência de tradutores, levando alguns a procurar cuidados nos seus países de origem.</p> <p>Por sua vez, as redes familiares e sociais foram essenciais para superar a falta de serviços de tradução.</p>	<p>Necessidade de reforçar os CSP com intérpretes profissionais e mediadores culturais, bem como promover formação em serviço de acordo com as famílias imigrantes da área de abrangência. É igualmente crucial reforçar as relações de apoio social, ou seja, as redes familiares e sociais são vitais para superar barreiras, e serviços de apoio à inclusão das famílias imigrantes nos CSP.</p>
<p>E7</p> <p>Durning, J.D., & Moriarty, H. (2023)</p> <p>Access and Use of Preventive Health Care by Adolescents in Immigrant Families: An Integrative Review.</p> <p>Estados Unidos da América</p>	<p>Objetivo geral: identificar o acesso e a utilização de CSP e preventivos por adolescentes de famílias de imigrantes.</p>	<p>Tipo de estudo: revisão integrativa. Participantes: as amostras dos estudos variaram de 142 a 73.056 adolescentes, com idades entre os 13 a 18 anos. Instrumentos de recolha: Consultas em três bases de dados.</p>	<p>A investigação, embora limitada no que concerne ao acesso e à utilização de CSP por adolescentes de famílias imigrantes, revelou que os adolescentes de famílias imigrantes apresentam acesso e utilização insuficientes dos CSP. Os adolescentes de famílias imigrantes têm acesso limitado aos CSP, dificultando a identificação precoce de riscos e reforçando a perceção de que os cuidados preventivos são desnecessários. Esta realidade é influenciada por barreiras culturais.</p>	<p>Sensibilizar e orientar as famílias para a importância dos cuidados de saúde preventivos. Por outro lado, as barreiras culturais e linguísticas devem ser superadas para garantir que adolescentes imigrantes tenham acesso a cuidados preventivos essenciais.</p>
<p>E8</p> <p>Moezzi, S.M.I., Etemadi, M., Lankarani, K.B., Behzadifar, M., Katebzada, H., & Shahabi, S. (2024)</p> <p>Barriers and facilitators to primary healthcare utilization among immigrants and refugees of low and middle-income countries: a scoping review</p> <p>Irão</p>	<p>Objetivo geral: identificar as barreiras e os facilitadores que os imigrantes e refugiados encontram quando utilizam os CSP.</p>	<p>Tipo de estudo: <i>scoping review</i>. Participantes: imigrantes e refugiados do Irão, Brasil, Quênia, Jordânia, Sudão Oriental, Líbano, Bangladesh, Índia, Turquia, Tailândia e Malásia. Instrumentos de recolha: pesquisa em bases de dados.</p>	<p>As principais barreiras ao acesso aos CSP em países de baixos rendimentos incluem dificuldades linguísticas, falta de formação cultural dos profissionais, desemprego, custos elevados, ausência de seguro, encaminhamento inadequado, discriminação de género e habitação precária.</p> <p>Como facilitadores, destacam-se a existência de cobertura de seguro, programas de sensibilização, apoio social e financeiro, estudo das necessidades dos imigrantes e proximidade de centros de saúde.</p>	<p>A formação e treino dos Enfermeiros em cuidados culturalmente competentes ajuda a combater os desafios das famílias imigrantes no acesso aos CSP. É assim indispensável que os Enfermeiros de família tenham acesso a tal formação.</p>

<p>E9</p> <p>Sundareswaran, M., Martignetti, L. & Purkey, E. (2024)</p> <p>Barriers to primary care among immigrants and refugees in Peterborough, Ontario: a qualitative study of provider perspectives.</p> <p>Canadá</p>	<p>Objetivo geral: compreender os obstáculos de acesso aos CSP entre os imigrantes recém-chegados a Peterborough, Ontário.</p>	<p>Tipo de estudo: Estudo qualitativo exploratório.</p> <p>Participantes: 4 grupos de discussão, cada um com três participantes (n=12).</p> <p>Instrumentos de recolha: entrevista semiestruturada.</p>	<p>Os participantes identificaram várias barreiras no acesso aos Cuidados de Saúde Primários, incluindo falta de conhecimento sobre o sistema de saúde, estigma, traumas, prioridades concorrentes, custos diretos, distância dos serviços, isolamento social, escassez de médicos de família, fraca comunicação com profissionais devido a barreiras linguísticas e culturais, e a percepção de uma oferta limitada de cuidados holísticos.</p> <p>Apesar disso, os resultados destacaram como ponto forte dos CSP os programas voltados para a saúde materno-infantil.</p>	<p>Maior sensibilização dos Enfermeiros de família para os desafios das intervenções com famílias imigrantes. Estes profissionais de saúde devem ter consciência das dificuldades de adaptação destas famílias ao sistema de saúde. Incentivar o apoio comunitário, ou seja, promoção de abordagens colaborativas e programas culturais para melhorar a experiência de saúde dos imigrantes.</p>
--	---	--	--	--

2.1.4. Discussão

O acesso das famílias imigrantes aos CSP é crucial para que possam satisfazer as suas necessidades de saúde, incluindo o acesso a serviços preventivos e o encaminhamento para especialidades, de acordo com a condição de cada família. As famílias de imigrantes, a nível global, como demonstram os estudos incluídos na presente *scoping review*, enfrentam desafios no acesso a estes serviços de saúde, o que o torna num problema transversal ao contexto de vários países (Oehri et al., 2023). Constatou-se que a maioria da investigação se tem centrado, sobretudo, na identificação dos problemas destas famílias, mas são necessárias soluções para melhorar o seu acesso aos CSP. De acordo com as evidências dos estudos analisados, procede-se a uma análise de conteúdo, como forma de responder à questão de investigação, tendo emergido duas áreas temáticas: *Barreiras no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários*, constituída por seis subtemas; e *Facilitadores do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários* que possui quatro subtemas. Assim, no Quadro 2 encontram-se as referidas áreas temáticas, os seus subtemas e os estudos (E) correspondentes.

Quadro 2- Síntese dos temas e subtemas emergentes

Temas	Subtemas	Estudos
Barreiras no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários	Barreiras Linguísticas e Culturais	E2; E5; E6; E7; E8; E9
	Barreiras Socioeconómicas	E1; E2; E4; E6; E7; E8
	Barreiras Relacionadas com o Sistema de Saúde	E2; E4; E6; E9
	Barreiras Geográficas e Estruturais	E1; E2; E9
	Barreiras Psicossociais e Emocionais	E2; E3; E4; E6; E8; E9
	Barreiras Específicas para Grupos Vulneráveis	E1; E4; E7
Facilitadores do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários	Estratégias Pessoais e Comunitárias	E1; E3; E4; E5; E6; E8
	Medidas Institucionais e Políticas	E1; E5; E6; E8
	Características do Serviço de Saúde	E1; E4; E5; E6; E8
	Infraestrutura e Acessibilidade	E1; E2; E3; E6; E8

Barreiras no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

A área temática emergente *Barreiras no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários*, é constituída por seis subtemas, Barreiras Linguísticas e Culturais, Barreiras Socioeconómicas,

Barreiras Relacionadas com o Sistema de Saúde, Barreiras Geográficas e Estruturais, Barreiras Psicossociais e Emocionais e Barreiras Específicas para Grupos Vulneráveis, que são transversais à maioria dos estudos, sendo feita a sua discussão seguidamente, de forma individual.

Barreiras Linguísticas e Culturais

As barreiras linguísticas e culturais são desafios significativos para o acesso aos CSP, especialmente para as famílias imigrantes e populações de diferentes origens culturais (E2; E5; E6; E7; E8; E9). A dificuldade em comunicar com os profissionais de saúde, exacerbada pela ausência de tradutores ou intérpretes profissionais, dificulta a compreensão dos diagnósticos e a compreensão e adesão às orientações clínicas (E5; E6). Além disso, as diferenças culturais na percepção da saúde e da doença parecem influenciar a aceitação de tratamentos, com alguns utentes a preferir a medicina alternativa ou a resistir aos tratamentos convencionais (E2). Outro obstáculo é a falta de profissionais com competência cultural, capazes de lidar com as diversidades das crenças e práticas relacionadas com a saúde (E2; E5; E6; E7; E8; E9). No seu estudo qualitativo exploratório, Pandey et al. (2022) também confirmaram que as barreiras linguísticas e culturais também impediram uma comunicação eficaz entre os Enfermeiros e as pessoas/famílias imigrantes, o que levou a cuidados diminutos e à insatisfação com os cuidados recebidos. Essas barreiras resultaram numa menor adesão ao regime terapêutico e a menor adesão aos serviços preventivos e de rastreio, protelando o acesso a cuidados atempados, originando uma má gestão das doenças crónicas e, em última análise, resultando em maus resultados em termos de saúde. Pandey et al. (2022) salientam que o envolvimento de intérpretes sem formação, membros da família ou de outras pessoas da comunidade étnica foi problemático devido a erros de interpretação e a questões de confidencialidade. Neste contexto, Aning (2023) menciona que, em decorrência da elevada taxa de imigração a nível mundial, os Enfermeiros são cada vez mais confrontados, na sua prática diária, com pessoas/famílias linguística e culturalmente diversas. Por conseguinte, a mesma autora salienta que, muitas vezes, as decisões relativas às estratégias de comunicação a utilizar para atenuar as barreiras linguísticas e culturais nos cuidados de saúde são frequentemente motivadas por razões práticas e financeiras (Aning 2023).

Os estudos E8, E6, E2; E9; E5 e E7 destacam a importância de superar tais barreiras para melhorar a qualidade do atendimento e promover a saúde das famílias imigrantes. Estes resultados corroboram a literatura, que documenta que o acesso aos CSP é frequentemente

dificultado por barreiras linguísticas e culturais, especialmente para populações vulneráveis, como imigrantes de minorias linguísticas (Evenden et al., 2022). Estas barreiras podem impactar significativamente os resultados de saúde e a eficácia geral dos serviços de saúde (Evenden et al., 2022). As barreiras linguísticas criam desafios na comunicação entre o Enfermeiro e as famílias, uma vez que as famílias imigrantes de minorias linguísticas frequentemente encontram dificuldades em expressar as suas preocupações de saúde devido a diferenças linguísticas, o que pode levar a diagnósticos errados e cuidados inadequados (Sánchez Hidalgo et al., 2024; Kisa & Kisa, 2024). As barreiras linguísticas são frequentemente, agravadas pela falta de intérpretes qualificados nos serviços de saúde (Sánchez Hidalgo et al., 2024; Kisa & Kisa, 2024).

Barreiras Socioeconómicas

As barreiras socioeconómicas representam outro obstáculo significativo para o acesso das famílias imigrantes aos CSP, principalmente entre aquelas que apresentam baixos rendimentos familiares, desemprego e dificuldades financeiras (E1; E2; E6; E7; E8). A falta de cobertura dos seguros de saúde e o elevado custo de consultas, medicamentos e exames complementares de diagnóstico agravam ainda mais a situação (E2; E4; E8). Por outro lado, as condições de habitação precárias, frequentemente observadas em áreas de maior vulnerabilidade social, afetam diretamente a saúde dessas populações, tornando-as mais suscetíveis a doenças (E8).

Os estudos de E1, E2, E6, E7, E8 relatam que as dificuldades socioeconómicas são fatores chave para a exclusão do acesso adequado aos CSP, gerando disparidades nos serviços de saúde. Estas barreiras são também emergentes na literatura, que destacam as limitações económicas que desincentivam os imigrantes com baixos rendimentos a procurar os cuidados de saúde, levando ao atraso no tratamento e ao agravamento dos problemas de saúde (Neugebauer, 2024). Muitos imigrantes não possuem uma cobertura de seguro adequada, com o estudo de Huang et al. (2024) a indicar que 12% dos imigrantes não possuem seguros de saúde, o que leva à inacessibilidade aos cuidados de saúde devido a preocupações com os custos. Estas barreiras contribuem cada vez mais para as desigualdades em saúde, ou seja, as interações destas barreiras socioeconómicas contribuem para desigualdades significativas na saúde entre as populações imigrantes, resultando em piores resultados de saúde e a uma maior dependência dos serviços de urgência (Kisa & Kisa, 2024; Neugebauer, 2024). Embora as barreiras socioeconómicas sejam desafios críticos, alguns estudos sugerem que intervenções direcionadas, como o

outreach comunitário e os serviços culturalmente adequados, podem amenizar estas questões e melhorar o acesso aos CSP para as famílias imigrantes (Wagner et al., 2020).

Barreiras Relacionadas com o Sistema de Saúde

O desconhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde do país de acolhimento é uma barreira significativa enfrentada pelas famílias imigrantes (E2; E4; E6; E9). A escassez de médicos de família, associada aos longos tempos de espera para consultas, impede o acesso rápido e adequado ao atendimento (E4). Além disso, a falta de um sistema claro de encaminhamento e continuidade de cuidados prejudica as experiências de saúde destas famílias, que frequentemente enfrentam dificuldades para obter a assistência necessária (E2; E4; E6; E9). Os estudos E2, E4, E6, E9 sugerem que a melhoria da organização do sistema de saúde, com um foco na continuidade do cuidado e na redução dos tempos de espera, pode ajudar a reduzir essas barreiras, o que é consensual com outros estudos, onde as barreiras administrativas, como os processos complexos de inscrição em CSP, também podem dificultar o acesso das famílias imigrantes (Dahal et al., 2022; Riveros et al., 2023).

Resultados semelhantes foram também registados por Salami et al. (2020), onde uma das barreiras de acesso aos CSP por famílias imigrantes foi a falta de familiaridade com o sistema de saúde do país de acolhimento. Estas famílias vieram de países com sistemas de saúde que são organizados de forma distinta do país de acolhimento apresentando diferenças, por exemplo, na forma de pagamento pelos serviços de saúde, nos tipos de serviços disponíveis e nos procedimentos de atendimento (Salami et al., 2020).

Barreiras Geográficas e Estruturais

As barreiras geográficas e estruturais, como a distância dos centros de saúde, são especialmente pronunciadas em áreas rurais ou de maior vulnerabilidade, bem como a falta de transporte adequado para a deslocação aos CSP pode dificultar ainda mais o acesso, especialmente para aqueles sem recursos financeiros ou que não possuem meios de transporte próprios (E1; E2; E9). Nestes casos estão inerentes, os desafios relacionados com o acesso limitado a transportes e as longas distâncias para os centros de saúde, que complexificam o acesso das famílias imigrantes, particularmente nas áreas rurais (Neugebauer, 2024; Huang et al., 2024).

Os estudos E1, E2 e E9 apontam que essas dificuldades geográficas e estruturais podem resultar em descontinuidade no atendimento, afetando principalmente populações que vivem em áreas mais remotas. Importa salientar que os fatores estruturais constituem-se como barreiras regulatórias e organizacionais dentro dos sistemas de saúde dificultando o acesso aos cuidados por parte de famílias imigrantes, nos países de acolhimento (Sánchez Hidalgo et al., 2024). A corroborar, Ijadi-Maghsoodi et al. (2024) referem, que, embora estas barreiras sejam significativas, é essencial reconhecer as forças dentro das famílias imigrantes que podem atenuar os resultados negativos.

Barreiras Psicossociais e Emocionais

As barreiras psicossociais e emocionais, como o isolamento social, são desafios importantes encarados principalmente por famílias recém-chegadas a um novo país. O medo de diagnósticos, procedimentos médicos ou da morte também contribui para a relutância em procurar cuidados de saúde (E3). Acresce ainda o estigma e a discriminação, muitas vezes baseados na condição de imigrante ou questões de género, que aumentam o sofrimento emocional e dificultam o acesso aos CSP por parte das famílias imigrantes (E8). Os traumas prévios, especialmente entre aqueles que passaram por situações de violência ou conflito armado, podem ter um impacto significativo na saúde mental e física, tornando o acesso aos cuidados de saúde mais difícil. Os estudos E2, E3, E4, E6, E8 e E9 demonstram que é essencial abordar essas questões para oferecer um atendimento de saúde mais acessível e acolhedor. Vários estudos epidemiológicos mostraram que os imigrantes forçados, ou seja, pessoas/famílias que se deslocam impulsionadas principalmente por fatores de coerção, como conflitos, perseguições, tortura ou outras violações dos direitos humanos, bem como pela pobreza ou por riscos naturais (Blackmore et al., 2020), têm maior probabilidade de experienciar transtornos depressivos maiores, ansiedade e transtorno de stresse pós-traumático do que a população do país de acolhimento (Blackmore et al., 2020; Henkelmann et al., 2020). Embora isto possa ser parcialmente atribuído à exposição pré e peri-imigratória a eventos traumáticos, como guerra, tortura e a morte de entes queridos, os fatores de stresse pós-imigratórios são conhecidos por serem preditores mais fortes e proximais de doenças mentais em imigrantes forçados (Henkelmann et al., 2020). Estes fatores de stresse podem ainda, ser agravados pelas barreiras linguísticas, pelos fatores de stresse relacionados com a habitação, o emprego, a condição económica, as experiências de discriminação, as limitações no acesso a serviços e a falta de apoio familiar e social (Blackmore et al., 2020). Os mesmos estudos sugerem que a experiência destes fatores de stresse esteja associada

ao aumento da solidão e ao isolamento social, o que não só tem sido encontrado como prevalente na população de imigrantes, mas também está a tornar-se cada vez mais reconhecido como sendo um importante determinante dos resultados de saúde mental (Blackmore et al., 2020; Henkelmann et al., 2020).

Barreiras Específicas para Grupos Vulneráveis

Existem barreiras específicas que afetam grupos vulneráveis, como os adolescentes imigrantes, as mulheres imigrantes e famílias com crianças. Muitos adolescentes imigrantes enfrentam dificuldades no acesso a cuidados preventivos, muitas vezes devido à falta de informação ou discriminação (E1; E4). As mulheres imigrantes, por sua vez, têm dificuldades no acesso ao planeamento familiar e à saúde reprodutiva, enfrentando barreiras culturais ou falta de suporte adequado (E1; E4). Para além disso, as famílias com crianças enfrentam maiores desafios de adaptação e isolamento, o que pode afetar negativamente a saúde infantil (E4). Estudos E1, E4 e E7 apontam que as políticas de saúde mais inclusivas e orientadas para as necessidades específicas desses grupos podem melhorar a equidade no acesso aos CSP, à semelhança de outros estudos. Da mesma forma, outras investigações (Sánchez Hidalgo et al., 2024; Moezzi et al., 2024) descobriram que pais de crianças e adolescentes imigrantes desconheciam os benefícios gratuitos aos quais tinham direito no sistema de saúde universal. O conhecimento inadequado dos serviços gratuitos ou subsidiados disponíveis impediu que algumas famílias tivessem acesso a suportes de saúde e a cuidados de saúde infantil para os seus filhos, bem como de saúde preventiva para os adolescentes e acesso às consultas de saúde familiar (Salami et al., 2020).

Todas as barreiras, identificadas nos estudos incluídos na presente revisão, revelam a complexidade do acesso aos CSP e a necessidade de uma abordagem multidimensional para abordá-las, garantindo que todas as populações tenham acesso a cuidados de saúde adequados e eficazes, independentemente das suas características antropológicas. Estes resultados corroboram a literatura, onde é descrito que o acesso dos imigrantes aos CSP nos países de acolhimento é significativamente dificultado por várias barreiras, que incluem questões linguísticas, culturais, socioeconómicas e sistémicas, que coletivamente impedem a capacidade dos imigrantes de utilizar eficazmente os serviços de saúde. Os imigrantes enfrentam frequentemente dificuldades de comunicação devido a diferenças linguísticas, o que pode levar a mal-entendidos e a cuidados inadequados (Evenden et al., 2022; Moezzi et al., 2024; Partyka et al., 2024), a iliteracia no idioma do país de acolhimento dificulta o acesso à informação e aos serviços de saúde (Coumans & Wark, 2024). As diferenças culturais

podem resultar na percepção de discriminação e falta de competência cultural por parte dos profissionais de saúde, fazendo com que os imigrantes se sintam indesejados ou incompreendidos (Moezzi et al., 2024; Coumans & Wark, 2024). O estigma relacionado com questões de saúde, nomeadamente a saúde reprodutiva, pode dissuadir os imigrantes de procurar os cuidados necessários (Evenden et al., 2022; Podolsky et al., 2023), bem como os constrangimentos financeiros, incluindo a incapacidade de pagar os serviços e a falta de cobertura de seguro, que constituem também como barreiras significativas (Moezzi et al., 2024; Coumans & Wark, 2024). Ainda neste âmbito, o acesso limitado aos transportes pode restringir a capacidade dos imigrantes de chegarem aos CSP, especialmente nas zonas rurais (Coumans & Wark, 2024). No que se refere às questões sistémicas, a falta de conhecimentos sobre o sistema de saúde e os serviços disponíveis impede os imigrantes de acederem aos CSP (Podolsky et al., 2023; Filmer et al., 2023; Partyka et al., 2024).

Embora estas barreiras sejam substanciais, os estudos consultados enfatizam que a sua resolução através de mudanças políticas, formação, para os Enfermeiros, em competências culturais e melhores estratégias de comunicação podem melhorar o acesso dos imigrantes aos CSP. No entanto, também é essencial considerar que alguns imigrantes podem preferir confiar em redes informais ou práticas tradicionais, o que pode complicar a sua integração nos sistemas formais de saúde (Nur et al., 2024).

Facilitadores do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

A análise da área temática *Facilitadores do Acesso aos CSP*, abordada em vários estudos, revela uma visão multifacetada, dividida em diferentes subtemas e perspetivas dos autores. A seguir, são discutidos os resultados tendo em conta os subtemas: Estratégias Pessoais e Comunitárias, Medidas Institucionais e Políticas, Características do Serviço de Saúde e Infraestrutura e Acessibilidade.

Estratégias Pessoais e Comunitárias

Um tema recorrente nos estudos analisados é o papel crucial das redes familiares e sociais no apoio ao acesso aos serviços de saúde. Os autores dos estudos E1, E2, E5, E6 e E8 destacam de que forma as redes de apoio familiar e comunitário são fundamentais para superar as barreiras relacionadas com o acesso aos CSP, como a falta de informações e dificuldades de comunicação. A literacia em saúde, definida como a capacidade de

compreender e utilizar informações sobre saúde e cuidados de saúde, também é um facilitador importante (Lancet, 2022). Os estudos E1, E2, E5, E6 e E8 apontam que quando as pessoas têm um maior envolvimento na gestão da própria saúde, ou seja, maior capacidade de autogestão da doença, há uma melhoria significativa no acesso aos cuidados. Este envolvimento é ainda mais eficaz quando está alinhado com a capacidade das comunidades se organizarem e fornecerem apoio mútuo, o que melhora a adesão ao sistema de saúde (E6).

Estas propostas facilitadoras do acesso das famílias imigrantes aos CSP são transversais a outros estudos, onde é salientado que os profissionais de saúde dos CSP, como primeiro ponto de acesso aos serviços de saúde para as famílias imigrantes, podem desempenhar um papel crucial na promoção da literacia em saúde, o que implica a construção de serviços culturalmente adequados (Abdi et al., 2020). No estudo de Peprah et al. (2023), o primeiro tema, 'resposta organizacional variável à literacia em saúde e cuidados culturalmente responsivos' surgiu como um facilitador do acesso das famílias imigrantes aos CSP, sendo uma estratégia viável para ajudar estas famílias a enfrentarem de forma sistemática a complexidade inerente de integrarem o sistema de saúde e terem acesso a serviços que possam responder às suas necessidades de forma culturalmente congruente, fazendo dissipar as disparidades. O segundo tema, 'responsabilidade do profissional de saúde', abordou os esforços dos Enfermeiros no apoio às necessidades de literacia em saúde, considerando a visão cultural das famílias imigrantes, a sua motivação e a adaptação, com destaque para o apoio comunitário (Peprah et al., 2023). No estudo E8, é sugerido que a promoção da literacia em saúde e de práticas culturalmente responsivas necessita de ser reforçada pelos CSP para serem implementadas e sustentadas ao longo do tempo, como componentes essenciais do processo de mudança. Envolver as comunidades de imigrantes permitiria também que os CSP se focassem mais nas necessidades das famílias imigrantes desde a sua chegada aos países de acolhimento (E8). Resultados análogos foram encontrados no estudo de Turin et al. (2021), onde as estratégias comunitárias incluíam os apoios para os membros da comunidade acederem aos cuidados de saúde através de *workshops* de educação para a saúde, sessões de informação e diferentes programas de apoio (por exemplo, serviços de boleias para membros seniores).

Medidas Institucionais e Políticas

As medidas institucionais e políticas também têm um papel determinante no acesso das famílias imigrantes aos CSP. A presença de serviços de tradução e interpretação é

destacada pelos estudos E1, E5, E6 e E8 como um mecanismo crucial para garantir que as famílias imigrantes que enfrentam as barreiras linguísticas possam ter um acesso igualitário aos serviços de saúde, adequado. Além disso, programas de sensibilização sobre o funcionamento do sistema de saúde são apontados como essenciais para garantir que todas as famílias, independentemente da sua origem ou nível de escolaridade, compreendam como ter acesso aos CSP (E8). Outra medida importante é a formação contínua dos profissionais de saúde, particularmente em competências culturais. Este tipo de formação, abordada nos estudos E1 e E5, permite que os profissionais de saúde entendam melhor as necessidades destas populações, o que facilita um atendimento mais inclusivo e eficaz.

Estes resultados corroboram outras evidências (Turin et al., 2021; Saadi et al., 2024; Theodosopoulos et al., 2024), onde as abordagens sugeridas ao nível dos CSP incluíram a adoção pelos Enfermeiros das medidas necessárias para assegurar uma relação eficaz entre os profissionais de saúde e as famílias imigrantes, recorrendo à promoção de formação de competências culturais e contratação de pessoal multicultural, que funcionassem como mediadores culturais, como suporte de uma eficiente inclusão das famílias imigrantes no CSP. A formação dos Enfermeiros de Família em competência culturalmente congruente para dar resposta eficaz às necessidades das famílias imigrantes, é essencial para melhorar os seus resultados de saúde e reduzir as disparidades. Esta formação permite-lhes compreender os desafios únicos enfrentados por estas famílias e implementar estratégias que promovam cuidados sensíveis à sua cultura (Theodosopoulos et al., 2024). Os cuidados culturalmente competentes melhoram a comunicação e a confiança entre os Enfermeiros de família e as famílias imigrantes, levando a melhores resultados de saúde (Matusiak, 2012). Neste sentido, a mesma autora sugere que os programas de formação devem ser abrangentes e incluir ferramentas de autoavaliação, para ajudar os Enfermeiros de Família a refletir sobre a sua competência cultural (Matusiak, 2012; Saadi et al., 2024). Embora o foco na competência cultural seja crucial, também é importante reconhecer que as barreiras sistémicas no seio das instituições de saúde, podem dificultar a implementação eficaz destes programas de formação aos Enfermeiros de Família, o que implica uma maior atenção a essas barreiras para alcançar cuidados equitativos para as famílias imigrantes (Matusiak, 2012).

Neste contexto, reitera-se a importância do Modelo de Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote (2002), segundo a qual, a competência cultural dos Enfermeiros é um processo contínuo, levando o Enfermeiro numa procura constante para melhorar a sua capacidade de atuar de forma eficaz no contexto cultural de cada família. Este processo envolve a integração da consciência cultural, do conhecimento sobre as culturas, das habilidades culturais, dos encontros culturais e do desejo de compreender as questões

culturais. A competência cultural reflete-se na competência do Enfermeiro estabelecer relações interpessoais e profissionais eficazes com as famílias, superando as diferenças culturais (Campinha-Bacote & Munoz, 2001). Este conceito permite compreender os fatores culturais, sociais e estruturais únicos que afetam as famílias imigrantes. Assim, os cuidados culturalmente competentes são cruciais para abordar as disparidades de saúde enfrentadas pelas famílias imigrantes, que frequentemente encontram barreiras no acesso aos cuidados de saúde (Theodosopoulos et al., 2024). Como tal, os Enfermeiros de Família formados em competência cultural podem promover a confiança e melhorar a comunicação com estas famílias, o que é vital para um atendimento eficaz, holístico e humanizado (Matusiak, 2012; Felsenstein, 2019). Todavia, as evidências reiteram a necessidade de um maior apoio organizacional, ou seja, que os CSP devem implementar políticas “amigas das famílias imigrantes” para reduzir os fatores de stresse relacionados com as questões de saúde, criando, assim, um ambiente de apoio para as famílias e para os Enfermeiros (Saadi et al., 2024).

Características do Serviço de Saúde

A relação de confiança entre as pessoas/famílias e os Enfermeiros de Família emerge como um elemento central para o sucesso do acesso aos CSP. Os estudos E1, E3, E4, E5, E6 e E8 sublinham a importância dessa confiança para garantir que as famílias se sintam confortáveis para procurar ajuda quando necessário. Além disso, propõem que as consultas devem ser mais longas e focadas nas necessidades individuais, consideradas como práticas que contribuem positivamente para o sucesso do acesso destas famílias aos CSP (E4). Tais práticas permitem que estes profissionais de saúde compreendam melhor as condições e preferências das famílias, adaptando o atendimento às suas necessidades específicas. A disponibilização de serviços gratuitos ou de baixo custo para as famílias imigrantes também surge como uma medida importante para garantir que todas, independentemente da sua condição financeira, possam aceder os cuidados essenciais (E3; E4; E8). Estes facilitadores, como sustenta o estudo E6, são urgentes uma vez que, embora a equidade seja um dos princípios fundamentais dos cuidados de saúde, a investigação sugere que é um desejo não concretizado para muitas famílias imigrantes. No estudo E5 ficou demonstrada que uma experiência positiva de interações entre os Enfermeiros de Família, Médicos de Família e famílias imigrantes influenciou fortemente o uso dos CSP e, portanto, aumentou as oportunidades para vigilância do desenvolvimento infantil e a orientação antecipatória. Os resultados do estudo apontam para a necessidade de os profissionais de saúde de CSP

estabelecerem relações positivas, não julgadoras, e envolverem-se proativamente, comunicando de forma sensível com os pais de crianças imigrantes, uma sugestão que poderá, de acordo com os autores, melhorar o contacto com as famílias imigrantes (E5). O que é corroborado por D'Alonzo e Greene (2020), segundo os quais, a profissão de enfermagem tem historicamente defendido um forte compromisso com a justiça social. À medida que as questões da imigração se tornam cada vez mais politizadas, os Enfermeiros integram os princípios de justiça social ao cuidar de famílias imigrantes, no aqui e agora. Neste sentido, D'Alonzo e Greene (2020) reforçam que os Enfermeiros estão bem posicionados para intervir e assegurar a confiança entre as famílias imigrantes e o sistema de saúde, utilizando métodos de participação comunitária, tais como: (a) Conceptualizar a confiança como um *continuum* dinâmico; (b) reconhecer o âmbito e o impacto dos fatores de stresse; (c) distinguir a realidade de ideias preconcebidas; (d) identificar os fatores de stresse relacionados com a deportação e as respostas da comunidade; (e) gerir as questões de confiança e desconfiança; (f) construir pontes; e (g) estabelecer uma presença positiva.

Ao investigar as experiências no cuidado a famílias imigrantes, Naess (2018) destaca a dificuldade em estabelecer uma relação de confiança como um dos principais desafios que os Enfermeiros enfrentam. A autora identifica como fatores tributários para esse problema a barreira linguística, os mal-entendidos e as diferenças culturais, questões corroboradas pela presente *scoping review*. Portanto, Naess (2018) sugere que se melhorem as características do serviço de saúde, pois uma boa comunicação entre os Enfermeiros e as famílias é essencial para o sucesso dos cuidados de enfermagem individualizados. A comunicação é vital na prática de enfermagem para fornecer medidas de prevenção, intervenções, educação e promoção da saúde (Bowen & Moissac, 2018). No contexto das relações interpessoais, a comunicação eficaz inclui o espaço físico, a cultura, o valor social e as condições psicológicas de cada pessoa, como um todo (Bowen & Moissac, 2018). O contacto com as famílias imigrantes não se resume apenas em falar, mas também em saber ouvir. Por conseguinte, o Enfermeiro de Família necessita de ter competência cultural e acesso a recursos que lhe permitam estabelecer uma relação de confiança com estas famílias, ouvi-las e demonstrar-lhes empatia (Bowen & Moissac, 2018). Ao comunicar de forma eficaz, o Enfermeiro cria uma relação de maior proximidade com cada família (Bowen & Moissac, 2018).

Infraestrutura e Acessibilidade

A infraestrutura e a acessibilidade são fatores chave para facilitar o acesso aos CSP. A proximidade dos centros de saúde, especialmente em áreas com maior concentração de

famílias imigrantes, é destacada como uma medida importante para reduzir as barreiras geográficas ao seu acesso conforme observado nos estudos E1, E2, E3, E6 e E8. Incentivos a práticas de saúde familiar e a continuidade dos cuidados são igualmente relevantes, pois promovem uma abordagem mais integrada e sustentável dos cuidados, o que é essencial para a manutenção da saúde das famílias imigrantes, a longo prazo (E1, E2, E3, E6 e E8). Ressalva-se no estudo E3, quanto aos facilitadores mais frequentemente mencionados a nível do sistema de saúde incluíam: processos nos quais os lembretes para serviços de prevenção são integrados noutros serviços e sistemas (por exemplo, lembretes para mamografias, exames médicos exigidos para um trabalho); disponibilidade de serviços, incluindo a mamografia móvel, a linha direta telefónica para Enfermeiros e a vacinação contra a gripe nas farmácias; e serviços clínicos de prevenção a baixo custo ou sem custo para estas famílias.

Todos os estudos incluídos na presente *scoping review* indicam facilitadores do acesso aos CSP por parte de famílias imigrantes. A implementação de políticas que promovam a literacia em saúde, a formação cultural dos profissionais de saúde e a melhoria das infraestruturas e acessibilidade dos CSP de saúde, especialmente em áreas com altas concentrações de imigrantes, é fundamental para garantir que todos os imigrantes tenham acesso a cuidados adequados e eficientes, nos países de acolhimento.

Reforça-se que Leininger (1991) descreve o cuidado e o ato de cuidar como essenciais para a sobrevivência humana e a Enfermagem tem como propósito central assistir a saúde dos seres humanos. A autora também menciona que Enfermeiros e as Famílias com origens culturais diferentes são afetados por diversos fatores, como valores, crenças, cultura, entre outros (Gonzalo, 2021). A confiança é um elemento crucial para melhorar os cuidados de saúde destas famílias. Portanto, a confiança entre os Enfermeiros de Família e as famílias de diferentes origens culturais é essencial para a promoção da saúde (Gonzalo, 2021), o que implica remover barreiras e implementar estratégias facilitadoras deste processo. O modelo do *nascer do sol* da teoria de Leininger (1991) serve para orientar os Enfermeiros face às componentes da diversidade e universalidade do cuidado cultural. O modelo explica que cada cultura contém uma visão de mundo do cuidado cultural, uma dimensão da estrutura cultural e social, aprendizagem através do ambiente, linguagem e contexto de prática. Esses contextos incluem fatores tecnológicos, religiosos, sociais, valores culturais, política, economia e educação, constituindo-se como facilitadores para o acesso de famílias imigrantes aos CSP. Portanto, a decisão e a ação do cuidado de enfermagem de família serão afetadas pela apresentação, adaptação e reestruturação do cuidado cultural, para proporcionar cuidados culturalmente congruentes (Gonzalo, 2021).

Implicações para a prática de enfermagem

Os Enfermeiros de Família desempenham um papel crucial no acesso das famílias imigrantes aos CSP, pois são fundamentais na promoção de um atendimento equitativo e culturalmente competente. Estes podem atuar como facilitadores no acesso CSP, orientando e apoiando as famílias imigrantes, promovendo desta forma a utilização adequada dos serviços de saúde. A implementação de tecnologias, como a teleconsulta, surge como uma estratégia eficaz na redução de barreiras geográficas, possibilitando um acompanhamento mais acessível, especialmente para as famílias imigrantes que residem em comunidades rurais ou aquelas com dificuldades de transporte. Paralelamente, a consolidação de redes de apoio comunitário, através da colaboração com assistentes sociais, mediadores culturais e organizações locais, contribui para um acompanhamento contínuo e integrado.

A promoção da literacia em saúde é outro pilar essencial dos Enfermeiros de Família no cuidar das famílias imigrantes, devendo ser realizada através de estratégias educativas adaptadas ao nível de compreensão e idioma de cada família, permitindo-lhes tomar decisões informadas sobre a sua saúde e utilizar adequadamente os serviços disponíveis. Assim, uma abordagem centrada no empoderamento contínuo destas famílias implica intervenções colaborativas e programas culturais, promovendo uma adaptação mais harmoniosa ao sistema de saúde e garantindo um acompanhamento mais humanizado e inclusivo.

Por fim, reforça-se que a promoção de cuidados culturalmente sensíveis, é primordial para garantir um atendimento que respeite as crenças, os valores e as práticas das famílias imigrantes, o que implica a promoção de formação contínua dos Enfermeiros em competência cultural.

2.1.5. Conclusão

Esta *scoping review* revelou as dificuldades enfrentadas pelas famílias imigrantes no acesso aos CSP, assim como os facilitadores que promovem esse acesso. Dos nove artigos incluídos emergiram dois temas principais e dez subtemas relacionados com o acesso das famílias imigrantes aos cuidados de saúde primários.

Os resultados destacam uma interseção complexa entre barreiras estruturais, socioeconómicas, culturais e comunicacionais que resultam num impacto significativo no acesso das famílias imigrantes aos CSP. Embora os resultados se refiram a realidades internacionais, existem alguns desafios comuns que afetam o acesso de famílias imigrantes

aos CSP em território nacional, como, por exemplo, as barreiras culturais e pessoais identificadas, incluindo a negação e a falta de confiança, que complicam o seu acesso aos cuidados de saúde. Além disso, a falta de recursos humanos culturalmente competentes torna difícil lidar com os desafios identificados.

No entanto, a análise também evidencia facilitadores que podem melhorar o acesso das famílias imigrantes aos CSP. Estratégias pessoais e comunitárias, como o apoio social e a educação para a saúde, são fundamentais, bem como medidas institucionais e políticas orientadas para a inclusão e equidade. Uma abordagem centrada na família e melhorias nas infraestruturas e acessibilidade dos serviços de saúde são essenciais para ultrapassar as barreiras existentes, garantindo cuidados de saúde mais eficazes e equitativos.

As limitações deste estudo estão relacionadas com a escassez de estudos sobre o tema estudado, mais concretamente no que se refere aos cuidados de saúde primários, e o facto de os estudos incluídos serem de natureza internacional, pode ter contribuído para um viés dos resultados, devido às diferenças contextuais.

Desta forma, recomenda-se a realização de futuras investigações primárias a nível nacional para aumentar a especificidade contextual dos resultados, facilitando, deste modo, o desenvolvimento de recomendações direcionadas e específicas para o contexto português.

2.2. Contributos da prática clínica para o desenvolvimento das competências

A exposição dos contributos da prática clínica para o desenvolvimento das competências é realizada no presente subcapítulo, numa perspetiva crítico-reflexiva. Estas atividades tiveram como objetivo a aquisição de competências que são comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, segundo o Regulamento nº 140/2019 e o Regulamento nº 428/2018 da OE.

Assim, o Enfermeiro de Família deve considerar a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições, bem como gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família (OE, Regulamento nº 428/2018, 2018).

A reflexão crítica desenvolve o pensamento crítico e a competência de raciocínio clínico dos Enfermeiros. A reflexão crítica pode ser utilizada como uma estratégia educativa e formativa que integra sistematicamente experiências, práticas e teorias na prática clínica. Diminui o fosso entre a teoria e a prática e melhora o desenvolvimento profissional e a prática de enfermagem com base na experiência, porque nos ajuda a avaliar criticamente e a mudar o que possa ser uma fraqueza na prática (Shin et al., 2022). Através da reflexão crítica, os Enfermeiros analisam as suas experiências e questionam o 'porquê' das situações, expandindo o seu pensamento e compreendendo o contexto da situação em profundidade. A aprendizagem profunda que articula a teoria à prática ocorre através da reflexão crítica, o que permite que a prática de Enfermagem seja aplicada e desenvolvida de uma forma desejável (Shin et al., 2022). Desta forma, a reflexão crítica em enfermagem permite o crescimento pessoal e profissional ao proporcionar ao Enfermeiro uma reflexão sobre a ação, na ação e para a ação. A prática reflexiva é uma habilidade cognitiva que exige ao Enfermeiro o esforço consciente para olhar para uma situação com a consciência das suas próprias crenças, valores e práticas, permitindo-lhe aprender com as experiências e a incorporar essas aprendizagens na melhoria dos resultados dos cuidados aos utentes/família, bem como leva ao desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem (Patel & Metersky, 2022). O pensamento reflexivo inicia-se com um estado de dúvida, perplexidade e dificuldade, dando origem a um processo mental, seguido de um ato de pesquisa para encontrar matéria que resolva a dúvida e esclareça a perplexidade. Este processo permite não só apoiar os

Enfermeiros no reconhecimento das suas forças e fragilidades, mas também a superar a lacuna entre a teoria e a prática.

Tendo por base o exposto, apresento a análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências na UCSP Juiz de Fora, baseando-me nos objetivos preconizados para a unidade curricular Opção 6: Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em contexto de USF/UCSP com Relatório. Este exercício mental ajudou-me a compreender e a avaliar situações, com as quais me confrontei, com base em evidências científicas e a melhorar a minha capacidade de resolução de problemas práticos. Também me proporcionou uma visão das situações clínicas e do meu próprio desempenho através da metacognição, permitindo-me uma maior capacidade de reduzir o risco de erros e melhorar a minha comunicação com as pessoas/famílias e os outros elementos da equipa. Além disso, auxiliou-me a compreender profundamente e a gerir eficazmente as emoções que me tornavam um pouco mais ansiosa e stressada. Em particular, esta minha reflexão crítica permite um *feedback* numa atitude aberta. Como tal, considero ter aprimorado a minha competência de pensamento crítico, uma vez que este promoveu o meu crescimento pessoal através do desenvolvimento desta competência e do profissionalismo na minha prática como estudante e como Enfermeira, plasmando-se num efeito positivo nos resultados dos cuidados prestados às famílias em contexto da UCSP.

2.2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

a) Domínio responsabilidade profissional, ética e legal

Durante o estágio, pautei a minha prática clínica pelos princípios éticos e legais da enfermagem, garantindo dignidade, confidencialidade, justiça social e responsabilidade no cuidado às pessoas/famílias. No início de cada consulta, identifiquei-me como estudante de mestrado, esclarecendo o meu papel e a natureza da minha participação nas consultas. Esta comunicação inicial teve como propósito não só garantir a compreensão do meu papel por parte das famílias, mas também criar um ambiente de proximidade e segurança, fundamental para a partilha de informações pertinentes e para a construção de um plano de cuidados adequado às necessidades identificadas.

Em todas as minhas intervenções, assegurei-me de informar previamente as pessoas/famílias sobre os procedimentos a realizar, explicando de forma clara e acessível o objetivo de cada ação. Esta abordagem permitiu promover a transparência no cuidado,

garantindo que as famílias estivessem devidamente esclarecidas. Além disso, obtive sempre o consentimento verbal antes de qualquer intervenção, respeitando a autonomia das pessoas/família e reforçando a relação de confiança essencial para uma prestação de cuidados eficaz. Em situações específicas, como no caso de grávidas com fator Rh negativo, recolhi o consentimento informado escrito antes da administração da gamaglobulina Anti-D, garantindo que as utentes compreendiam os benefícios e a necessidade do procedimento. Adicionalmente, em um caso particular de uma família que optou por não vacinar os filhos, obtive o dissentimento informado escrito, garantindo que compreendiam as possíveis consequências da não vacinação.

A minha tomada de decisão foi sempre pautada por um juízo clínico fundamentado, integrando princípios éticos e deontológicos que orientam a prática do Enfermeiro Especialista. Esta abordagem permitiu-me garantir intervenções seguras e ajustadas às necessidades de cada pessoa/família, respeitando as diretrizes e recomendações institucionais estabelecidas.

Além disso, ao garantir que as minhas práticas de cuidado respeitavam os direitos humanos, contribuí para um acesso à saúde mais justo e equitativo, prestando cuidados de saúde com dignidade e sem discriminação. Adotei uma abordagem centrada nos direitos humanos em todas as interações, garantindo cuidados holísticos, personalizados e de qualidade, respeitando a diversidade cultural e social das famílias. Comprometi-me a atuar de forma proativa na proteção dos direitos de cada pessoa/família, com especial atenção a contextos de vulnerabilidade, assegurando equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Na minha relação com todas as famílias, procurei estabelecer uma interação baseada na escuta ativa, no respeito e na empatia, assegurando que cada pessoa se sentisse valorizada e compreendida. Criei um ambiente de confiança e proximidade, tendo sempre em conta o seu ciclo vital e contexto sociocultural, numa abordagem holística e integrativa. Reconheci cada família como detentora de uma experiência única de vida, garantindo que os cuidados prestados respeitassem os seus valores, crenças e preferências, promovendo um acompanhamento personalizado e humanizado.

O compromisso com a segurança dos cuidados levou-me a adotar medidas rigorosas para assegurar a privacidade das pessoas/famílias. Para tal, garanti que os registos clínicos fossem armazenados em sistemas protegidos e acessíveis apenas aos profissionais diretamente envolvidos nos cuidados, respeitando os normativos institucionais sobre confidencialidade. Assegurei que a transmissão de informações fosse sempre realizada de forma segura, garantindo que não existisse discussões de dados sensíveis em espaços

partilhados. Dessa forma, garanti que a privacidade e o sigilo profissional fossem integralmente respeitados, reforçando a confiança das famílias na qualidade e ética dos cuidados prestados. Assegurei ainda um ambiente de consulta reservado, proporcionando um espaço seguro para que as famílias pudessem expressar livremente as suas preocupações, reforçando a confiança e o respeito na relação terapêutica.

Esta experiência consolidou a minha percepção sobre a responsabilidade profissional do Enfermeiro Especialista, permitindo-me desenvolver uma prática mais consciente, fundamentada e orientada para a qualidade, segurança e dignidade dos cuidados prestados.

b) Domínio da melhoria contínua da qualidade

O Enfermeiro Especialista, em contexto de UCSP, desempenha um papel crucial na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados as pessoas/família. Por conseguinte, considero ter contribuído para a promoção da saúde e prevenção da doença, atuando de forma a garantir que os cuidados fossem seguros, eficazes, acessíveis e centrados nas necessidades de cada família de forma personalizada.

A melhoria contínua da qualidade foi assegurada através de uma abordagem que valorizou a colaboração com a pessoa/família, respeitando a diversidade cultural e as crenças individuais. Esta abordagem contribuiu para fortalecer a percepção de segurança e a confiança no cuidado prestado. Além disso, foi garantido um ambiente seguro para a prestação de cuidados e administração de terapêutica, seguindo rigorosamente as diretrizes de controlo de infeção e prevenindo riscos associados à prática clínica.

A cooperação entre Enfermeiros e outros profissionais de saúde favoreceu um ambiente de trabalho dinâmico e multidisciplinar, permitindo assegurar a continuidade dos cuidados, facilitar a discussão de casos clínicos, promover a participação nas decisões da equipa de saúde e melhorar a qualidade da informação disponível para a tomada de decisão no planeamento e execução dos cuidados prestados.

No decorrer do estágio, em colaboração com a minha colega de estágio, elaborei um procedimento sobre o consentimento informado (Apêndice I), que estabeleceu diretrizes claras para a obtenção do consentimento informado, assegurando que a informação fosse transmitida de forma compreensível e consistente. Esta iniciativa contribuiu para a organização e uniformização das práticas na UCSP. Para assegurar a efetividade deste procedimento, desenvolvemos também uma auditoria ao procedimento (Apêndice I), com o objetivo de monitorizar a sua implementação e adesão pela equipa. Através desta iniciativa,

foi possível reforçar a qualidade das práticas clínicas, garantindo uma abordagem baseada na evidência e alinhada com as diretrizes institucionais.

A criação do guia de acolhimento (Apêndice II), em conjunto com a colega de estágio, foi outra iniciativa relevante para promover a integração das pessoas/famílias na UCSP. Desenvolvido em português e inglês (Apêndice III), este guia reuniu informações essenciais, incluindo horários de funcionamento, serviços disponíveis e alternativas assistenciais, facilitando a orientação dos utentes no acesso aos cuidados de saúde. Além disso, permitiu otimizar a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas/famílias, promovendo uma experiência mais estruturada e eficaz no atendimento.

Adicionalmente, participei ativamente na monitorização da qualidade dos cuidados prestados, assegurando que as decisões clínicas fossem fundamentadas em evidência científica e alinhadas com os indicadores de qualidade da unidade. A avaliação de indicadores de qualidade incluiu a análise de tempos de resposta na prestação de cuidados e a identificação de áreas passíveis de otimização. Esta abordagem permitiu implementar ajustes estratégicos que reforçaram a segurança, a eficácia e a continuidade dos cuidados.

Estas iniciativas reforçaram a criação de um ambiente de prática clínica especializado e centrado na família e nos seus membros, alinhado aos princípios preconizados para o exercício do Enfermeiro Especialista. Assim, esta experiência permitiu-me desenvolver uma abordagem reflexiva e fundamentada, impulsionando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados na UCSP, promovendo a otimização dos processos institucionais e reforçando ativamente a segurança, eficiência e humanização da prática clínica.

c) Domínio da gestão de cuidados

Durante o estágio na UCSP, colaborei ativamente na gestão de cuidados, coordenando as respostas de enfermagem. Este processo exigiu um envolvimento contínuo na organização e planeamento dos cuidados, assegurando que fossem prestados de forma eficiente, eficaz e centrada nas necessidades específicas de cada pessoa/família, e compatíveis com os recursos humanos e materiais disponíveis na UCSP.

A minha intervenção permitiu otimizar as respostas da equipa de enfermagem, contribuindo para que os cuidados fossem realizados de forma atempada e com a melhor qualidade possível. Trabalhei em estreita colaboração com o Enfermeiro Tutor, contribuindo

para a gestão dos recursos e na implementação de estratégias que assegurassem uma resposta eficaz às necessidades das pessoas/famílias.

A gestão eficaz dos cuidados exigiu o reconhecimento das funções autónomas e interdependentes dos membros da equipa multidisciplinar, permitindo uma colaboração eficiente com os diferentes profissionais de saúde. Este trabalho em equipa foi sustentado por um enquadramento legal sólido, pela capacidade crítica de identificar oportunidades de melhoria e pela abertura para reconhecer limitações.

Ao longo desta experiência, compreendi que o Enfermeiro Especialista deve garantir a integração das intervenções de enfermagem com as dos outros profissionais de saúde, assegurando que as necessidades individuais e coletivas das famílias sejam atendidas de forma coordenada e eficiente. Durante o ensino clínico, tive a oportunidade de trabalhar diretamente com a equipa multidisciplinar, participando na tomada de decisões no âmbito do processo de enfermagem e contribuindo para um ambiente colaborativo que promovesse a excelência dos cuidados prestados.

Desta forma, esta experiência reforçou a minha perceção sobre a importância da gestão dos cuidados na prática do Enfermeiro Especialista, evidenciando a necessidade de um planeamento estruturado, de uma avaliação contínua e de uma abordagem integrada e adaptada às necessidades da comunidade.

d) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Durante o estágio, o contacto diário com a equipa multidisciplinar e com as pessoas/famílias permitiu aprimorar a minha capacidade de adaptação, respondendo de forma eficaz aos desafios e exigências da prática clínica.

Neste sentido, a análise dos vários documentos inerentes à UCSP foi essencial para perceber o funcionamento da mesma, as instalações, as suas atividades/carteira básica de serviços, a missão, a visão e os valores. Para tal, consultei e analisei documentos como o regulamento interno da UCSP e o seu Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários.

Para atender as atividades e intervenções realizadas ao longo do estágio, senti necessidade de realizar pesquisas específicas, consultar e rever protocolos e normas da UCSP, a fim de apresentar prontidão, proatividade, confiança, conhecimento, autonomia e destreza.

A autoavaliação desempenhou um papel essencial neste processo, permitindo-me, com o apoio do Enfermeiro Tutor, identificar áreas a melhorar e consolidar os meus pontos fortes. Através da troca de experiências e da partilha de conhecimento, fui capaz de integrar novas abordagens baseadas na evidência, garantindo um desenvolvimento contínuo da minha prática.

A aprendizagem contínua permitiu-me desenvolver o pensamento crítico e reflexivo face às exigências da prática clínica. A elaboração deste relatório representou uma etapa essencial neste percurso, proporcionando não só a sistematização dos conhecimentos adquiridos, mas também a sua aplicação prática de forma fundamentada. Este exercício exigiu um compromisso contínuo com a pesquisa, a análise crítica e a autoavaliação, impulsionando o aperfeiçoamento das minhas competências e reforçando a minha preparação enquanto futura Enfermeira Especialista.

2.2.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária- área de Enfermagem de Saúde Familiar

a) Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Garantir uma abordagem centrada na família como unidade de cuidados, abrangendo cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, é uma competência essencial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar. No decorrer deste percurso, aprofundi esta competência através da aplicação de modelos teóricos e referenciais que sustentam uma abordagem integrada, culturalmente sensível e centrada na família.

Durante o meu estágio na UCSP, participei em 39 consultas de saúde do adulto, 34 consultas de planeamento familiar, 43 consultas de saúde materna, 5 consultas de revisão do puerpério, 98 consultas de saúde infantil e juvenil, 42 consultas de saúde do idoso, 129 consultas de diabetes e 218 consultas de enfermagem destinadas ao tratamento de feridas. A participação nestas consultas possibilitou uma atuação adaptada às especificidades de cada família, permitindo-me prestar cuidados ajustados às diferentes fases do ciclo vital e às diversas necessidades de saúde identificadas.

A relação terapêutica com as famílias foi desenvolvida ao longo das consultas de enfermagem, onde apliquei uma abordagem sistémica, compreendendo a família como um

sistema interdependente. Essa perspectiva permitiu-me identificar padrões de interação, crenças e valores que influenciam a saúde familiar e orientar as intervenções de forma personalizada e culturalmente sensível. Estruturei estas consultas de enfermagem em quatro fases: acolhimento, avaliação, intervenção e finalização.

Na fase de acolhimento, criei um ambiente seguro e de confiança. Para garantir uma comunicação eficaz e acessível a todas as famílias, especialmente às que enfrentavam barreiras linguísticas, recorri a estratégias adaptadas às suas necessidades. A utilização de linguagem simples, gestos e, quando necessário, a língua inglesa e plataformas de tradução online foram ferramentas fundamentais para facilitar o entendimento mútuo. No caso das famílias imigrantes, a ausência de intérpretes ou mediadores culturais na equipa multidisciplinar, levou algumas a recorrer ao apoio de familiares ou amigos para mediar a comunicação, estas estratégias facilitaram a comunicação, promovendo a participação ativa das famílias na construção dos planos de cuidados. Ao integrar as suas preferências e valores, assegurei que as intervenções fossem personalizadas e alinhadas com as suas necessidades reais e expectativas, fortalecendo a corresponsabilização pelos seus cuidados.

Na fase de avaliação, recorri a instrumentos como o genograma, que permitiu mapear as relações familiares e identificar padrões de saúde entre gerações; o ecomapa, que possibilitou analisar as redes de apoio e os recursos disponíveis para a família; e o Apgar Familiar, que avaliou a funcionalidade familiar, avaliando o grau de satisfação dos membros da família em relação ao suporte recebido dentro da família. Cada um destes instrumentos forneceu informações essenciais para compreender a dinâmica familiar e delinear intervenções adequadas às suas necessidades específicas. Utilizei também a Escala de Graffar para identificar fatores de vulnerabilidade social, analisando determinantes como condições socioeconómicas, nível de escolaridade e acesso a recursos de saúde. No caso das famílias imigrantes, esta fase revelou desafios acrescidos, nomeadamente a precariedade socioeconómica, o desconhecimento dos serviços de saúde disponíveis, dificuldades na adaptação ao novo contexto cultural e a ausência de suporte social. Esta avaliação permitiu compreender melhor as barreiras enfrentadas pelas famílias e direcionar intervenções específicas para melhorar o seu acesso e adesão aos cuidados de saúde.

Durante a fase de intervenção, priorizei a capacitação das famílias, promovendo a sua autonomia e literacia em saúde. Para compreender as necessidades e dinâmicas familiares, apliquei o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), permitindo-me estruturar intervenções ajustadas ao contexto de cada núcleo familiar. De forma complementar, recorri ao Modelo de Competência Cultural de Campinha-Bacote, aplicando

os seus cinco construtos fundamentais: a consciência cultural, permitindo-me refletir sobre as minhas próprias crenças e preconceitos; o conhecimento cultural, possibilitando-me compreender as práticas e valores das famílias; a competência cultural, permitindo a adaptação das minhas intervenções às necessidades específicas das famílias; encontros culturais, promovendo interações diretas que fortaleceram a relação terapêutica; e desejo cultural, refletindo a minha motivação contínua para aprimorar os cuidados prestados a famílias de diferentes contextos socioculturais. Além disso, integrei a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, assegurando que as práticas culturais fossem respeitadas sem comprometer a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

A promoção da literacia em saúde e do empoderamento familiar foi uma prioridade em todas as faixas etárias, garantindo desta forma, intervenções ajustadas ao ciclo vital. No caso das grávidas, a educação para a parentalidade e a nutrição foram fundamentais para uma gestação saudável. Entre as crianças, a promoção da vacinação, a promoção de um desenvolvimento saudável e a prevenção de acidentes domésticos foram pontos essenciais. Já entre os idosos, enfatizei a gestão de doenças crónicas e a promoção de um envelhecimento ativo. O acompanhamento dos idosos incluiu ainda intervenções direcionadas para a adesão a programas de rastreio, ensino sobre autocuidados, incentivo à prática de atividade física e estratégias para minimizar o isolamento social. Além disso, foram abordadas questões relacionadas com a polimedicação, promovendo uma melhor gestão terapêutica em articulação com a equipa multidisciplinar.

Durante o acompanhamento de pessoas com doenças crónicas como por exemplo a diabetes mellitus, os ensinamentos foram direcionados tanto para os próprios utentes como para as suas famílias, reconhecendo a influência da dinâmica familiar na gestão da doença. Foi por exemplo, promovida a capacitação da pessoa responsável pela confeção das refeições, com ensinamentos específicos sobre alimentação equilibrada e adaptação da dieta familiar às necessidades do membro da família com doença crónica. Além disso, incentivou-se a adoção de hábitos saudáveis, como a prática de atividade física em conjunto, reforçando a importância do suporte familiar na mudança de comportamentos e na adesão ao plano terapêutico. Estas intervenções resultaram na melhoria significativa no controlo da doença e na adesão ao plano terapêutico. Foram ainda, realizados rastreios do cancro do colo do útero nas mulheres em idade elegível, promovendo o diagnóstico precoce e a adesão às orientações preventivas.

Durante o acompanhamento das famílias imigrantes, identifiquei que algumas famílias não vacinavam os seus filhos por desconhecimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV). Isto exigiu intervenções específicas, como a explicação detalhada sobre o PNV, a sensibilização para a vacinação e o reforço da importância da adesão às consultas de vigilância infantil. Estas intervenções permitiram não apenas corrigir atrasos vacinais, mas também sensibilizar as famílias para a importância da imunização, reforçando o seu papel ativo na proteção da saúde infantil.

Um exemplo que reforçou a importância da intervenção familiar foi o caso de uma família imigrante que enfrentava desafios significativos na adaptação ao novo país. O marido, por motivos de trabalho, ausentava-se frequentemente por longos períodos, deixando a esposa e o filho recém-nascido sem apoio familiar direto. A única pessoa com quem desabafava era uma amiga que trabalhava perto da sua casa. Esta mãe partilhava a habitação com outra pessoa imigrante, com quem surgiram tensões devido ao choro frequente do bebé, uma situação que gerou desconforto e levou a mãe a isolar-se no quarto para evitar confrontos. Durante uma consulta de saúde infantil, observou-se que a mãe apresentava sinais de humor deprimido, resultantes da solidão, do isolamento social e dos conflitos habitacionais. A visita domiciliária revelou que, apesar da casa ter boas condições de habitabilidade, o quarto onde a mãe passava a maior parte do tempo com o bebé era pequeno e com pouca iluminação natural. Além disso, verificou-se que a criança não possuía um carrinho de bebé e dispunha de poucos brinquedos, o que poderia comprometer o seu desenvolvimento psicomotor e bem-estar. Durante as consultas, foi possível perceber que a mãe mantinha a criança isolada no quarto devido aos conflitos. Face a esta situação, a equipa multidisciplinar mobilizou apoio social interno da UCSP, conseguindo garantir bens essenciais, como um carrinho de bebé e brinquedos. Em articulação com o serviço social, foram ativados apoios económicos para a família, bem como a possibilidade de acesso a uma habitação social, através da Câmara Municipal. Esta intervenção integrada visou melhorar as condições de vida da mãe e do bebé.

Na fase de finalização, as consultas foram programadas para monitorizar a evolução da saúde familiar e garantir um suporte contínuo. No caso das famílias imigrantes, esta fase foi essencial para verificar a efetividade das intervenções, garantindo que as famílias compreendessem e aderissem às recomendações propostas. A avaliação regular permitiu ajustes nas estratégias de cuidado e reforçou a necessidade de articulação interdisciplinar, promovendo um acompanhamento mais integrado e acessível. Para tal, estabeleci estratégias de comunicação eficazes com outros profissionais da equipa multidisciplinar, garantindo que as intervenções fossem ajustadas de forma contínua e adaptada às necessidades das

famílias. A utilização do SClínico-CSP® revelou-se essencial para o registo das intervenções e o seguimento das famílias. No entanto, identifiquei desafios na adaptação dos sistemas de informação às especificidades do contexto familiar e cultural, evidenciando a necessidade de desenvolver indicadores mais sensíveis à realidade das famílias imigrantes.

Cuidar da família enquanto unidade de cuidados evidenciou a importância de uma abordagem centrada no envolvimento familiar e na corresponsabilização dos cuidados. Durante este percurso, um dos desafios encontrados foi a resistência inicial de algumas famílias em aderir às recomendações, muitas vezes por desconhecimento ou por barreiras culturais. No entanto, através de uma comunicação empática e adaptada, consegui promover um ambiente de confiança, onde as famílias se sentiram ouvidas e encorajadas a participar ativamente nas decisões relacionadas com a sua saúde. Esta experiência demonstrou que o fortalecimento da relação terapêutica é essencial para otimizar a adesão e o sucesso das intervenções do Enfermeiro de Família. A prática fundamentada em modelos teóricos e na evidência científica permitiu-me prestar cuidados mais humanizados, eficazes e culturalmente ajustados, promovendo mudanças significativas na saúde e no bem-estar das famílias acompanhadas. Esta experiência consolidou o meu papel enquanto Enfermeira Especialista, capacitada para atuar como facilitadora do acesso e promotora da equidade na saúde familiar.

b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar

A liderança e a colaboração em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar são fundamentais para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados às famílias. No decorrer do meu estágio na UCSP, desenvolvi esta competência através da articulação com outros profissionais de saúde, da participação ativa no planeamento das intervenções e da utilização de estratégias para otimizar os cuidados prestados.

A articulação interdisciplinar foi essencial para garantir um acompanhamento eficaz das famílias. Durante este período, procedi à referência de quatro famílias para o serviço social do centro de saúde, com o intuito de facilitar o acesso a apoio socioeconómico e a recursos essenciais. No âmbito da saúde materna, encaminhei nove grávidas para a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Unidade de Cuidados na Comunidade, permitindo a sua participação em aulas de preparação para o parto e promovendo um seguimento mais personalizado e orientado para as necessidades individuais de cada grávida. Além disso, referenciei sete famílias para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), incluindo três para a tipologia de Média Duração

e Reabilitação, uma para Longa Duração e Manutenção e três para a tipologia de Descanso do Cuidador, garantindo a continuidade dos cuidados e o apoio essencial aos cuidadores. Também encaminhei uma família para a equipa de Saúde Pública, uma vez que o recém-nascido preenchia os critérios de elegibilidade para a administração da vacina BCG, reforçando a importância da imunização. A colaboração com a equipa multidisciplinar foi determinante para garantir um acompanhamento contínuo e mais eficiente das famílias, assegurando que recebessem os cuidados necessários de forma integrada e promovendo um acesso equitativo aos serviços de saúde.

No contexto da promoção da literacia em saúde, assumi um papel ativo na educação para a saúde, ajustando as estratégias às necessidades específicas das famílias acompanhadas. No caso das famílias imigrantes, este processo exigiu uma adaptação cultural e linguística da informação, assegurando a sua acessibilidade e compreensão. Para tal, recorri a estratégias de comunicação intercultural, como o uso de linguagem simples, recursos visuais e plataformas de tradução, permitindo uma transmissão mais eficaz da informação. A sensibilização para os desafios vivenciados por estas famílias reforçou a importância de abordagens personalizadas e inclusivas, promovendo um ambiente de cuidados mais acessível e equitativo.

A utilização das tecnologias de informação foi uma ferramenta essencial na otimização dos cuidados prestados. A participação na documentação dos cuidados no sistema SClinico-CSP® possibilitou um registo sistemático e organizado das intervenções realizadas, assegurando a continuidade dos cuidados e facilitando a tomada de decisões. Identifiquei algumas lacunas na documentação relacionada com a enfermagem de saúde familiar, evidenciando a necessidade de desenvolver indicadores mais sensíveis ao contexto familiar. Esta experiência reforçou a importância da atualização contínua dos registos clínicos para a monitorização eficaz da saúde das famílias.

O investimento na capacitação da equipa de enfermagem revelou-se essencial para fortalecer a qualidade dos cuidados prestados e garantir a atualização da prática clínica. Nesse sentido, em colaboração com a minha colega de estágio, dinamizei uma sessão de formação direcionada à equipa de enfermagem da UCSP sobre a "Auto-Medicação da Pressão Arterial no Domicílio" (Apêndice IV). A necessidade desta formação surgiu da observação frequente valores de tensão arterial elevados registados em consulta, mas dentro dos parâmetros considerados normais em contexto domiciliar, esta formação possibilitou uma abordagem clínica mais precisa e contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados, permitindo um acompanhamento mais individualizado e eficaz dos utentes hipertensos. Esta

iniciativa teve como objetivo sensibilizar os profissionais para a importância desta técnica na monitorização da hipertensão arterial, promovendo uma abordagem organizacional mais eficiente na gestão dos cuidados prestados.

A participação em eventos científicos proporcionou uma oportunidade para refletir criticamente sobre a prática da enfermagem de saúde familiar e integrar novos conhecimentos na minha intervenção. No *II Congresso Internacional - A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar* (Anexo II), promovido pela Escola Superior de Saúde de Viseu, aprofundei os meus conhecimentos relativamente a práticas inovadoras na área da Enfermagem de Saúde Familiar. Paralelamente, tive a honra de integrar a comissão organizadora do evento (Anexo III), experiência que contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências nas áreas da organização, do trabalho em equipa e da coordenação de atividades científicas. Este evento permitiu-me aprofundar a importância da interdisciplinaridade na resposta às necessidades das famílias e reforçou a necessidade de uma prática baseada na evidência e na adaptação contínua às realidades em saúde. Além disso, fortaleceu a minha compreensão sobre o papel do Enfermeiro Especialista como agente de transformação na promoção da equidade e acessibilidade aos cuidados.

O desenvolvimento desta competência permitiu-me consolidar a minha capacidade de liderança e colaboração, promovendo uma abordagem integrada e centrada na família, ajustada às suas necessidades específicas ao longo do ciclo vital. A articulação interprofissional, aliada à utilização estratégica das tecnologias de informação e à implementação de estratégias inclusivas, revelou-se essencial para garantir um acompanhamento contínuo e equitativo das famílias. Esta experiência consolidou a minha prática enquanto Enfermeira Especialista, permitindo-me atuar de forma mais assertiva na promoção da saúde familiar, na capacitação das famílias para a gestão da sua saúde e na otimização dos cuidados prestados.

Considerações Finais

A realização deste estágio na UCSP representou uma etapa fundamental do meu percurso formativo e profissional, permitindo-me consolidar competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar. Este percurso foi marcado pela proximidade às famílias, especialmente às famílias imigrantes, que enfrentam diariamente desafios e barreiras significativas no acesso aos cuidados de saúde primários.

Através das atividades desenvolvidas, tive oportunidade de colocar em prática conhecimentos previamente adquiridos e aprofundar a minha compreensão sobre os determinantes sociais que afetam as famílias imigrantes. A experiência clínica permitiu-me reconhecer a importância da escuta ativa, da empatia e, sobretudo, da adequação das intervenções de enfermagem às particularidades culturais e sociais de cada família.

Esta experiência revelou-se enriquecedora tanto a nível profissional como pessoal. Permitiu-me consolidar uma visão mais crítica, consciente e reflexiva sobre a minha prática clínica e o meu papel enquanto futura Enfermeira Especialista. As aprendizagens adquiridas durante este período foram fundamentais para o meu desenvolvimento, preparando-me para enfrentar desafios futuros com maior segurança, autonomia e capacidade de decisão fundamentada.

Contudo no decorrer desta experiência, surgiram desafios que exigiram uma adaptação contínua da minha prática clínica, especialmente no contacto com famílias imigrantes. A comunicação foi um dos principais obstáculos, devido às barreiras linguísticas e à ausência de intérpretes ou mediadores culturais na equipa multidisciplinar da UCSP. Esta limitação dificultou a interação e a compreensão das necessidades de saúde das famílias, exigindo o recurso a estratégias alternativas, como a utilização de uma linguagem simples, inglês básico e ferramentas de tradução online, garantindo que a informação fosse transmitida de forma clara e acessível. Além disso, a construção de uma relação terapêutica eficaz com estas famílias revelou-se um processo desafiante, uma vez que, em alguns casos, demonstravam receios ou desconhecimento relativamente ao funcionamento do sistema de saúde. Assim, foi necessário um trabalho contínuo de adaptação, promovendo um ambiente acolhedor e de respeito, que incentivasse a participação ativa das famílias no seu percurso de cuidados. Outro desafio transversal foi a necessidade de prestar cuidados culturalmente

adequados, assegurando que as intervenções respeitassem os valores, crenças e práticas das famílias imigrantes. A adaptação dos cuidados à realidade sociocultural de cada família exigiu uma abordagem sensível e flexível, sendo essencial considerar as suas particularidades para promover a adesão e o envolvimento no processo de cuidados. Estes desafios, embora exigentes, proporcionaram uma oportunidade valiosa de crescimento pessoal e profissional, reforçando a importância de uma prática de enfermagem baseada na empatia, na competência cultural e na adaptação contínua às necessidades das famílias.

A componente investigativa deste relatório, desenvolvida através de uma *scoping review*, reforçou a relevância das questões como as barreiras linguísticas, a falta de conhecimento sobre direitos e serviços disponíveis e as complexidades burocráticas que limitam o acesso equitativo das famílias imigrantes aos cuidados de saúde primários. Neste contexto, tornou-se claro o papel determinante do Enfermeiro de Família enquanto facilitador no acesso aos cuidados de saúde primários, assumindo a responsabilidade pela promoção de estratégias inclusivas, pela educação para a saúde e pela mediação cultural.

Considero, assim, essencial reforçar o investimento na formação contínua dos profissionais de saúde em competências culturais e comunicacionais, garantindo uma prática verdadeiramente sensível e ajustada às necessidades das famílias. A evolução contínua da Enfermagem de Saúde Familiar deve seguir este caminho, assegurando que cada família, independentemente da sua origem ou contexto social, receba cuidados de qualidade, personalizados e promotores de saúde.

Concluo assim, esta etapa com a convicção de que alcancei os objetivos delineados, adquirindo e consolidando competências essenciais ao exercício especializado na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Encerro este percurso com um profundo sentimento de realização pessoal e profissional, reconhecendo-o como um período único de crescimento e transformação. Expresso ainda a minha gratidão, por todo o apoio recebido por parte dos profissionais que me acompanharam e, sobretudo, pela oportunidade de evoluir enquanto pessoa e futura Enfermeira Especialista, preparada para enfrentar novos desafios com confiança.

Referências bibliográficas

- Abdi, I., Murphy, B., & Seale, H. (2020). Evaluating the health literacy demand and cultural appropriateness of online immunisation information available to refugee and migrant communities in Australia. *Vaccine*, *38*(41), 6410–6417. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.07.071>
- 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., Sawyer, S. M., Sheikh, K., Tollman, S., Spiegel, P., & Zimmerman, C. (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. *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)
- Albaqawi, H. M., Butcon, V. E., Albagawi, B. S., Dayrit, R. D., & Pangket, P. (2021). Holistic nursing care among operating room nurses: Strengthening the standard of practice in Saudi Arabia. *Belitung Nursing Journal*, *7*(1), 8–14. <https://doi.org/10.33546/bnj.1279>
- Aning, R. (2023). *Language Barriers Among Immigrant Communities*. WWU Honors College Senior Projects. 638. https://cedar.wvu.edu/wwu_honors/638.
- Atanga, J., & Ayong, Q. (2017). *Overcoming nursing care challenges in a multicultural health care setting: Literature review* [Tese de licenciatura, Yrkeshögskolan Arcada]. Theseus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017121120523>
- Balante, J., van den Broek, D., & White, K. (2021). Mixed-methods systematic review: Cultural attitudes, beliefs and practices of internationally educated nurses towards end-of-life care in the context of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(9), 3618–3629. <https://doi.org/10.1111/jan.14814>

- Bardin, L. (2020). *Análise de conteúdo*. (4ª ed.). Edições 70.
- Barómetro da Imigração (2024). *O que pensam e sentem os residentes em Portugal sobre a imigração e os imigrantes?*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
https://ffms.pt/sites/default/files/202412/PR_Bar%C3%B3metro%20imigra%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf
- Bartz, C. C. (2010). International Council of Nurses and person-centered care. *International Journal of Integrated Care*, 10, 24–26. <https://doi.org/10.5334/ijic.010>
- Batista, R., Pottie, K., Bouchard, L., Ng, E., Tanuseputro, P., & Tugwell, P. (2018). Primary health care models addressing health equity for immigrants: A systematic scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 214230. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0531-y>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica em enfermagem* (2.ª ed.). Quarteto.
- Betancourt, D. A. B. (2015). Madeleine Leininger and the transcultural theory of nursing. *The Downtown Review*, 2(1). <https://engagedscholarship.csuohio.edu/tdr/vol2/iss1/1>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Park, E. R. (2005). Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health Affairs*, 24(2), 499–505. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.2.499>
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 17(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Bowen, S., & Moissac, D. (2018). Impact of Language barriers on quality of care and patient safety for official language minority francophones in Canada. *J Patient Exp.*, 6(1), 24-32. <https://doi.org/10.1177/2374373518769008>

- Brunt, B. A., & Morris, M. M. (2023). *Nursing professional development evidence-based practice*. In StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589676/>
- 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. doi:10.1177/10459602013003033
- Campinha-Bacote J. (2018). Cultural competence versus cultural humility debate—Part I. *Online Journal of Issues in Nursing*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20>
- Campinha-Bacote, J., & Munoz, C. (2001). A Guiding Framework for Delivering Culturally Competent Services in Case Management A Guiding Framework for Delivering Culturally Competent Services in Case Management. *Cultural Diversity*, 12(2), 48-52. Doi: 10.1067/mcm.2001.114902
- Castillo-Zunino, F., Keskinocak, P., Nazzari, D., & Freeman, M. (2021). Health spending and vaccination coverage in low-income countries. *BMJ Global Health*, 6. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004823>
- Červený, M., Kratochvílová, I., Hellerová, V., & Tóthová, V. (2022). Methods of increasing cultural competence in nurses working in clinical practice: A scoping review of literature 2011-2021. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.936181>
- Chang, L., Chen, S. C., & Hung, S. L. (2018). Embracing diversity and transcultural society through community health practicum among college nursing students. *Nurse Education in Practice*, 31, 156–160. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.05.004>
- Chu, T. L. (2024). Cultural care in nursing: Challenges & strategies. *Journal of Nursing Reports Clinical Practice*, 3(3), 329–331. <https://doi.org/10.32598/JNRCP.2409.1178>

- Clark, E. J., Steel, N., Gillam, T., Sharman, M., Webb, A. F., Bucataru, A.-M., & Hanson, S. (2022). Scarred survivors: gate keepers and gate openers to healthcare for migrants in vulnerable circumstances. *Journal of Research in Nursing, 27*(3), 245–255. <https://doi.org/10.1177/17449871211043754>
- Contreras, J. A., Edwards-Maddox, S., Hall, A., & Lee, M. A. (2020). Effects of reflective practice on baccalaureate nursing students' stress, anxiety, and competency: An integrative review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 17*(3), 239–245. <https://doi.org/10.1111/wvn.12438>
- Coumans, J. V. F., & Wark, S. (2024). Coumans et al-2024-BMC Public Health. *BMC Public Health, 24*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17694-9>
- Dahal, R., Thapa Bajgain, K., Bajgain, B. B., Adhikari, K., Naeem, I., Chowdhury, N., & Chowdhury, T. (2022). Patient-reported experiences in primary health care access of Nepalese immigrant women in Canada. *International Journal of Migration, Health and Social Care, 18*(4), 315–331. <https://doi.org/10.1108/ijmhsc-03-2021-0028>
- D'Alonzo, K. T., & Greene, L. (2020). Strategies to establish and maintain trust when working in immigrant communities. *Public Health Nursing, 37*(5), 764–768. <https://doi.org/10.1111/phn.12764>
- Durning, J. D., & Moriarty, H. (2023). Access and use of preventive health care by adolescents in immigrant families: An integrative review. *Journal of Transcultural Nursing, 34*(2), 157–165. <https://doi.org/10.1177/10436596221149691>
- Eurostat. (2023). *Demography of Europe – 2023 edition*. European Commission. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2023>
- Evenden, R., Singh, N., Sornalingam, S., Harrington, S., & Paudyal, P. (2022). Language barriers for primary care access in Europe: A systematic review. *European Journal of Public Health, 32*(3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.724>

- Felsenstein, D. (2019). Providing Culturally Sensitive Nursing Care for Vulnerable Immigrant Populations. *Creat Nurs*, 25(2),133-137. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.25.2.133>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Sabooks Editora
- Figueiredo, M. (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). From practice contexts towards the (co)construction of family nursing care models. *Rev. esc. Enferm. USP*, 43 (3), 612-618. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342009000300017>
- Filmer, T., Ray, R., & Glass, B. D. (2023). Barriers and facilitators experienced by migrants and refugees when accessing pharmaceutical care: A scoping review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 19(7), 977–988. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.02.016>
- Garg, P., H., M. T., Eastwood, J., Harvey, S., Woolfenden, S., Murphy, E., Dissanayake, C., Jalaludin, B., Williams, K., McKenzie, A., Einfeld, S., Silove, N., Short, K., & Eapen, V. (2017). Explaining culturally and linguistically diverse (CALD) parents' access of healthcare services for developmental surveillance and anticipatory guidance: Qualitative findings from the 'Watch Me Grow' study. *BMC Health Services Research*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2143-1>
- Gonzalo, A. (2021). *Virginia Henderson: Nursing need theory*. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/virginia-henderson-nursing-need-theory/>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Camarate: Lusodidata.
- Henkelmann, J. R., Best, S., Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B., & Molendijk, M. (2020). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees

resettling in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 6(4). <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.54>

Higginbottom, G., & Liamputtong, P. (2015). Diverse ethno-cultural groups and the use of participatory research. Em G. Higginbottom & P. Liamputtong (Eds.), *Participatory qualitative research methodologies in health* (pp. 161–182). SAGE Publications. https://www.researchgate.net/publication/303016002_Participatory_qualitative_research_methodologies_in_health

Huang, Y., Li, Y., Li, R., & Zhang, K. (2024). The privilege of working from home and health disparities during the COVID-19 pandemic in major American cities. *Health & Place*, 86. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2024.103183>

Ijadi-Maghsoudi, R., Meza, J. I., Bravo, L., Lee, K., & Kataoka, S. (2024). Reimagining social and emotional supports in schools for immigrant students: A contextual and structural approach. *Academic Pediatrics*, 24(5), 32–41. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2023.11.007>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021: Divulgação dos resultados definitivos*. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_produtos&xpid=CENSOS21&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *População estrangeira residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115

International Organization for Migration. (2020). *World migration report 2020*. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf

Kisa, S., & Kisa, A. (2024). “No Papers, No Treatment”: a scoping review of challenges faced by undocumented immigrants in accessing emergency healthcare. *International Journal for Equity in Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02270-9>

- Kolapo, T. F. (2017). Culturally competent commissioning: Meeting the needs of Canada's diverse communities: The road map to a culturally competent mental health system for all. *Canadian Journal of Community Mental Health, 36*(4), 83–96.
<https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-034>
- Kumah, E. A., McSherry, R., Bettany-Saltikov, J., Schaik, P., Hamilton, S., Hogg, J., & Whittaker, V. (2022). Evidence-informed practice versus evidence-based practice educational interventions for improving knowledge, attitudes, understanding, and behavior toward the application of evidence into practice: A comprehensive systematic review of UG students. *Campbell Systematic Reviews, 18*(2),
<https://doi.org/10.1002/cl2.1233>
- Kurian, N. (2024). Building inclusive, multicultural early years classrooms: Strategies for a culturally responsive ethic of care. *Early Childhood Education Journal, 52*(5), 863-878. <https://doi.org/10.1007/s10643-024-01377-1>
- Lancet. (2022). Why is health literacy failing so many? *The Lancet, 400*(10364), 16-55.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)02301-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)02301-7/fulltext)
- Leininger, M. (1991). Culture care diversity and universality: A theory of nursing. Em J. B. George (Ed.), *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (pp. 367–385). Appleton & Lange.
- Leininger, M. (1996). Culture care theory, research, and practice. *Nursing Science Quarterly, 9*(2), 71–78. <https://doi.org/10.1177/089431849600900208>
- Leininger, M. (2010). Madeleine Leininger's theory of culture care diversity and universality. Em M. Parker & M. Smith (Eds.), *Nursing theories & nursing practice* (3rd ed., pp. 317–336). F. A. Davis.
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.

- Liu, J., Gill, E., & Li, S. (2021). Revisiting cultural competence. *The Clinical Teacher, 18*(2), 191–197. <https://doi.org/10.1111/tct.13269>
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 13*(3), 179–187. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>
- Lum, I. D., Swartz, R. H., & Kwan, M. Y. W. (2016). Accessibility and use of primary healthcare for immigrants living in the Niagara. *Social Science & Medicine, 156*, 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.024>
- Luttik, M. L. (2020). Family nursing: The family as the unit of research and care. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 19*(8), 660–662. <https://doi.org/10.1177/147451512>
- Majid, S., Douglas, R., Lee, V., Stacy, E., Garg, A. K., & Ho, K. (2016). Facilitators of and barriers to accessing clinical prevention services for the South Asian population in Surrey, British Columbia: A qualitative study. *CMAJ Open, 4*(3), 390–397. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20150142>
- Maňhalová, J., & Tóthová, V. (2016). The potential use of conceptual models of cultural competence in the nursing profession. *Kontakt, 18*(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.03.002>
- Matusiak, G. (2012). Culturally competent care: Are we there yet?. *Nursing, 42*, 49–52. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000410308.49036.73>
- Melo, P. (2021). *Enfermagem de saúde familiar: Avaliação e intervenção familiar*. Lidel
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. (2023). Tomada de posição n.º 01/2023 – *Referencial em enfermagem de saúde familiar*. Ordem dos

Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24886/ponto-1_regimento-ceec_mceec_-2020_2023.pdf

- Moezzi, S. M. I., Etemadi, M., Lankarani, K. B., Behzadifar, M., Katebzada, H., & Shahabi, S. (2024). Barriers and facilitators to primary healthcare utilization among immigrants and refugees of low and middle-income countries: A scoping review. *Globalization and Health*, 20(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12992-024-01079-z>
- Mohan, G. (2021). The influence of caregiver's migration status on child's use of healthcare services: Evidence from Ireland. *Sociology of Health & Illness*, 43(3), 557–574. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13239>
- Muggah, E., Dahrouge, S., & Hogg, W. (2012). Access to primary health care for immigrants: Results of a patient survey conducted in 137 primary care practices in Ontario, Canada. *BMC Family Practice*, 13(128). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-128>
- Naess, A. (2018). Trust, Cultural Health Capital, and Immigrants' Health Care Integration in Norway. *Sociology*, 53(2), 297-313. <https://doi.org/10.1177/0038038518793371>
- Neugebauer, J., Vokoun, M., & Lovětínská, I. (2024). Disparities in healthcare access for vulnerable populations. *Dokbat*, 13, 161–172. <https://doi.org/10.7441/dokbat.2024.13>
- Ngondwe, P., & Tefera, G. M. (2025). Barriers and facilitators of access to healthcare among immigrants with disabilities: A qualitative meta-synthesis. *Healthcare*, 13(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare13030313>
- Nur, Z. F., Suryadarma, A. Y., Mengistu, A. G., Pangestuti, A., Ariza, N. R., & Mahmudiono, T. (2024). Health Care Access and Equity Among Migrants: A Literature Review. *Medical and Health Science Journal*, 8(1), 51-62. <https://doi.org/10.33086/mhsj.v8i01.4272>
- Nuuyoma, V., Muvumwaeni, S., & Chihururu, L. (2024). Transcultural nursing: A qualitative analysis of nursing students' experiences in a multicultural context in North-Eastern Namibia. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01773-8>

Oehri, J., Chernet, A., Merten, S., Sydow, V., & Paris, D. H. (2023). Improving primary healthcare access for asylum seekers and refugees: A qualitative study from a swiss family physician perspective. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14, 1-10. <https://doi.org/10.1177/21501319231181878>

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária*. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem comunitária, https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_spública.pdf

Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 428/2018 (2018, julho 16). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. *Diário da República*, 2(135), 19343-19346. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2 (26), pp. 4744- 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 613/2022. (2022, junho 8). Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, 2(131), pp. 179-182. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Estágio e Relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25232/sai-oe-2022-806.pdf>
- Osmancevic, S., Großschädl, F., & Lohrmann, C. (2023). Cultural competence among nursing students and nurses working in acute care settings: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09647-2>
- Osokpo, O. H., James, R., & Riegel, B. (2021). Maintaining cultural identity: A systematic mixed studies review of cultural influences on the self-care of African immigrants living with non-communicable disease. *Journal of Advanced Nursing*, 77(9), 3600–3617. <https://doi.org/10.1111/jan.14804>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pandey, M., Kamrul, R., Michaels, C. R., & McCarron, M. (2022). Identifying barriers to healthcare access for new immigrants: A qualitative study in Regina, Saskatchewan, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(1), 188–198. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01262-z>
- Papadopoulos, I., & Ali, S. (2016). Measuring compassion in nurses and other healthcare professionals: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.08.001>

- Partyka, O., Pajewska, M., Czerw, A., Sygit, K., Lyubinets, O., Banaś, T., Małecki, K., Grochans, E., Grochans, S., Cybulska, A. M., Schneider-Matyka, D., Cipora, E., Kaczmarek, M., Sośnicki, K., Dykowska, G., Sienkiewicz, Z., Strzępek, Ł., Bandurska, E., Ciećko, W., ... Kozłowski, R. (2024). Migration challenges and their impact on the primary healthcare system— A qualitative research. *Healthcare*, *12*(16), 1-11. <https://doi.org/10.3390/healthcare12161607>
- Patel, K. M., & Metersky, K. (2022). Reflective practice in nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, *33*(3), 180–187. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12350>
- Peprah, P., Lloyd, J., & Harris, M. (2023). Health literacy and cultural responsiveness of primary health care systems and services in Australia: Reflections from service providers, stakeholders, and people from refugee backgrounds. *BMC Public Health*, *23*, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17448-z>
- Perez-Lua, F. M., Lazalde, G. E., Farias, C., Barajas, C. B., Kemmick Pintor, J., Ponce, N. A., Ortega, A. N., & De Trinidad Young, M.-E. (2025). Measuring county-level immigration policy contexts that may influence Latino health in California. *SSM - Population Health*, *101*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2025.101790>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version) (pp. 295-316). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., Mclnerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2021). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *19*(1), 3–10. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000277>

- Phung, V.H., Asghar, Z., Matiti, M., & Siriwardena, A. N. (2020). Understanding how Eastern European migrants use and experience UK health services: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4987-z>
- Podolsky, V. V., Podolsky, V. V., & Medvedovska, N. V. (2023). Reproductive health of refugees: Barriers to accessing healthcare systems in host countries. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics*, 3 (95), 107-116. <https://doi.org/10.15574/PP.2023.95.107>
- PORDATA. (2024a). *Imigrantes permanentes: Total e por grupo etário*. Acedido em janeiro 15, 2024, em <https://www.pordata.pt/portugal/imigrantes+permanentes+total+e+por+grupo+etario-3255>
- PORDATA. (2024b). *População residente: Total e por grandes grupos etários*. Acedido em janeiro 15, 2024, em <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-513-2545>
- Portugal, Camara Municipal de Mortágua. (s.d.). *Geografia: Caracterização Geográfica*. Acedido em janeiro 20, 2025, em <https://www.cm-mortagua.pt/turismo/geografia>
- Portugal, Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008, fevereiro 22). *Diário da República*, 1(38), pp. 1184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/38-2008-128577>
- Portugal, Instituto Politécnico de Viseu, Escola de Superior de Saúde de Viseu. (s.d.). *Programa Opção 6: Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em contexto de USF/UCSP com relatório 2024-25*. Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://portal.ipv.pt/sacpv/doc?stage=FichaUnidadeCurricular&codeDiscip=708585203&anoLectivo=202425&codInstituic=7085&codeCurso=600085&codePlano=1&codeR>

amo=0&codePeriodo=S1&docIsAttachment=false&popup_mode=true&popup_mode=true#

- Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto – Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1(150), 4–49. <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Prosen, M. (2015). Introducing transcultural nursing education: Implementation of transcultural nursing in the postgraduate nursing curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 174, 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.640>
- Prosen, M. (2018). Developing cross-cultural competences for ensuring health and healthcare equality and equity. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 52(2), 76–80. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.262>
- Prosen, M., & Bošković, S. (2020). The need for cultural competence education in nursing degree programmes: comparative perspectives. *Kontakt*, 22(3), 139–145. <https://doi.org/10.32725/kont.2020.022>
- Rivard, M., Millau, M., Magnan, C., Mello, C., & Boulé, M. (2019). Snakes and ladders: Barriers and facilitators experienced by immigrant families when accessing an autism spectrum disorder diagnosis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31, 519–539. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9653-6>
- Riveros, C. C., Aguirre, G. A. M., Urzúa, A., & Cabieses, B. (2023). Barreras para la utilización de servicios de Atención Primaria de Salud en Personas migrantes internacionales. *Metas de Enfermería*, 26(6), 57-63. <https://doi.org/10.35667/metasenf.2023.26.1003082128>
- Saadi, A., Platt, R., Danaher, F., & Zhen-Duan, J. (2024). Partnering with immigrant patients and families to move beyond cultural competence: A role for clinicians and health care

organizations. *Academic Pediatrics*, 24(5), 6–15.

<https://doi.org/10.1016/j.acap.2023.06.016>

Saha, S., Beach, M. C., & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence, and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*, 100(11), 1275–1285. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31505-4](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31505-4)

Salami, B., Mason, A., Salma, J., Yohani, S., Amin, M., Okeke-Ihejirika, P., & Ladha, T. (2020). Access to healthcare for immigrant children in Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3320.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17093320>

Sánchez Hidalgo, M., Andrés, M. S., Canadell Rusiñol, J., Fürstenheim Milerud, L. P., Gómez Palomar, E., & Moya Tena, M. (2024). Barriers and facilitators in accessing and using primary health care centers for people experiencing homelessness. *Atencion Primaria*, 56(9), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102949>

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2022). *Relatório de Atividades 2021*. Gabinete de Estudos, Planeamento e Formação.

https://www.sef.pt/pt/Documents/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades_SEF_2021_V3.pdf

Serviço Nacional de Saúde, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (s.d.).

UCSP Juíz de Fora. Acedido em setembro 24, 2024 em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/927/20027/2180804/Pages/default.aspx>

Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 99.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>

- Shen, Z. (2015). Cultural competence models and cultural competence assessment instruments in nursing: A literature review. *Journal of Transcultural Nursing, 26*(3), 308–321. <https://doi.org/10.1177/1043659614524790>
- Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Newton, D., Sivasubramaniam, D., & Paradies, Y. (2019). The challenge of cultural competence in the workplace: Perspectives of healthcare providers. *BMC Health Services Research, 19*(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7>
- Shin, S., Hong, E., Do, J., Lee, M., Jung, Y., & Lee, I. (2022). Development of Critical Reflection Competency Scale for Clinical Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(6), 3483. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063483>
- Sundareswaran, M., Martignetti, L., & Purkey, E. (2024). Barriers to primary care among immigrants and refugees in Peterborough, Ontario: A qualitative study of provider perspectives. *BMC Primary Care, 25*(199). <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02453-x>
- Swan, M. A., & Eggenberger, S. K. (2021). Early career nurses' experiences of providing family nursing care: Perceived benefits and challenges. *Journal of Family Nursing, 27*(1), 23-33. <https://doi.org/10.1177/1074840720968286>
- Tehrani, M., Blythe, S., Trajkovski, S., & Kemp, L. (2024). Co-Design Model of Support for Child and Family Health Nurse Practice with Culturally and Linguistically Diverse Families. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21*(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph21101274>
- Theodosopoulos, L., Fradelos, E. C., Παναγιώτου, Α., Dreliozzi, Α., & Tzavella, F. (2024). Delivering Culturally Competent Care to Migrants by Healthcare Personnel: A Crucial

- Aspect of Delivering Culturally Sensitive Care. *Advances in the Social Sciences*, 13(10). <https://doi.org/10.3390/socsci13100530>
- Tong, L., Tong, T., Wang, J., Li, Y., & Noji, A. (2021). Determinants of transcultural self-efficacy among nurses in China: a cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 23(4), 880–887. <https://doi.org/10.1111/nhs.12876>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7). <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
- Turin, T. C., Haque, S., Chowdhury, N., Ferdous, M., Rumana, N., Rahman, A., Rahman, N., Lasker, M., & Rashid, R. (2021). Overcoming the challenges faced by immigrant populations while accessing primary care: Potential solution-oriented actions advocated by the Bangladeshi-Canadian community. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12. <https://doi.org/10.1177/21501327211010165>
- Vang, Z. M., Sigouin, J., Flenon, A., & Gagnon, A. (2017). Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. *Ethnicity & Health*, 22(3), 209–241. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246518>
- Wagner, B., Latimer, J., Adams, E., Carmichael Olson, H., Symons, M., Mazzucchelli, T. G., et al. (2020). School-based intervention to address self-regulation and executive functioning in children attending primary schools in remote Australian Aboriginal communities. *PLOS ONE*, 15(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234895>
- Woodgate, R. L., Busolo, D. S., Crockett, M., Dean, R. A., Amaladas, M. R., & Plourde, P. J. (2017). A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of

accessing primary health care services in Manitoba, Canada: It's not easy!.

International Journal for Equity in Health, 16(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0510-x>

Zghal, A., El-Masri, M., McMurphy, S., & Pfaff, K. (2021). Exploring the impact of health care provider cultural competence on new immigrant health-related quality of life: A cross-sectional study of Canadian newcomers. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 508–517. <https://doi.org/10.1177/1043659620967441>

Zimansky, M., Stasielowicz, L., Franke, I., Remmers, H., Friedel, H., & Atzpodien, J. (2020). Effects of implementing a brief family nursing intervention with hospitalized oncology patients and their families in Germany: A quasi-experimental study. *Journal of Family Nursing*, 26(4), 346-357. <https://doi.org/10.1177/1074840720967022>

Anexos

Anexo I- Joanna Briggs Institute critical appraisal checklist

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

E1 - Access to primary health care for immigrants: results of a patient survey conducted in 137 primary care practices in Ontario, Canada.

Reviewer: Joana Pais

Date: 10 de dezembro de 2024

Authors: Muggah, E., Dahrouge, S. & Hogg, W.

year: 2012

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X			
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	X			
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	X			
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	X			
5. Were confounding factors identified?				X
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?				X
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	X			
8. Was appropriate statistical analysis used?	X			

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

E2 - Accessibility and use of primary healthcare for immigrants living in the Niagara

Reviewer: Joana Pais

Date: 10 de dezembro de 2024

Authors: Lum, I.D., Swartz, R.H., & Kwan, M.Y.

Year: 2016

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X		
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

E3 - Facilitators of and barriers to accessing clinical prevention services for the South Asian population in Surrey, British Columbia: a qualitative study.

Reviewer: Joana Pais

Date: 10 de dezembro de 2024

Authors: Majid, S., Douglas, R., Lee, V., Stacy, E., Garg, A.K., & Ho, K.

Year: 2016

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X		
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

E4 - A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy!

Reviewer: Joana Pais

Date: 10 de dezembro de 2024

Authors: Woodgate, R. L., Busolo, D.S., Crockett, M., Dean, R.A, Amaladas, M.R., & Plourde, P.J.

Year: 2017

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X		
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

E5 - Explaining culturally and linguistically diverse (CALD) parents' access of healthcare services for developmental surveillance and anticipatory guidance: qualitative findings from the 'Watch Me Grow' study.

Reviewer: Joana Pais

Date: 10 de dezembro de 2024

Authors: Garg, P., Ha, M.T., Eastwood, J., Harvey, S., Woolfenden, S., Murphy, E., Dissanayake, C., Jalaludin, B., Williams, K., McKenzie, A., Einfeld, S., Silove, N., Short, K., & Eapen, V.

Year: 2017

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X		
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

E6 - Understanding how Eastern European migrants use and experience UK health services: a systematic scoping review.

Reviewer: Joana Pais

Date: 10 de dezembro de 2024

Authors: Phung, V.H., Asghar, Z., Matiti, M., & Siriwardena, N.

Year: 2020

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?		X		
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?		X		
3. Was the search strategy appropriate?	X			
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	X			
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	X			
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	X			
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	X			
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	X			
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	X			
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	X			
11. Were the specific directives for new research appropriate?	X			

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

NOTA: Não tem questão de investigação, mas objetivo claramente definido, com critérios de inclusão apropriados ao mesmo. É referido na metodologia que a mesma foi feita no protocolo.

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

E7 - Access and Use of Preventive Health Care by Adolescents in Immigrant Families: An Integrative Review.

Reviewer: Joana Pais

Date: 10 de dezembro de 2024

Authors: Durning, J.D., & Moriarty, H.

Year: 2023

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	X			
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	X			
3. Was the search strategy appropriate?	X			
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	X			
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?		X		
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	X			
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	X			
8. Were the methods used to combine studies appropriate?			X	
9. Was the likelihood of publication bias assessed?				X
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	X			
11. Were the specific directives for new research appropriate?	X			

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

E8 - Barriers and facilitators to primary healthcare utilization among immigrants and refugees of low and middle-income countries: a scoping review

Reviewer: Joana Pais

Date: 10 de dezembro de 2024

Authors: Moezzi, S.M.I., Etemadi, M., Lankarani, K.B., Behzadifar, M., Katebzada, H., & Shahabi, S.

Year: 2024

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	X			
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	X			
3. Was the search strategy appropriate?	X			
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	X			
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?		X		
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	X			
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	X			
8. Were the methods used to combine studies appropriate?			X	
9. Was the likelihood of publication bias assessed?				X
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	X			
11. Were the specific directives for new research appropriate?	X			

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

E9 - Barriers to primary care among immigrants and refugees in Peterborough, Ontario: a qualitative study of provider perspectives.

Reviewer: Joana Pais

Date: 10 de dezembro de 2024

Authors: Sundareswaran, M., Martignetti, L. & Purkey, E.

Year: 2024

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X		
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Anexo II – Certificado de participação no II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar



CERTIFICADO

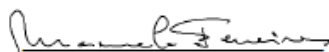
Certifica-se que **Joana Borges Pais** participou no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 31 de janeiro de 2025.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

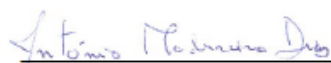
Total de horas de formação: 7 (sete) horas

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias



CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Borges Pais** participou no Workshop “**As perdas na Família: intervenção em saúde familiar**” realizado no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.º edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente na Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 30 de janeiro de 2025 entre as 11:00 e as 12:30 Horas.

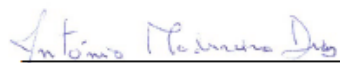
Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias



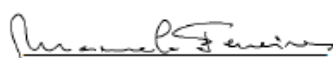
CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Borges Pais** participou no Workshop “**Emoções na Gravidez**” realizado no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente na Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 30 de janeiro de 2025 entre as 14:00 e as 15:30 Horas.

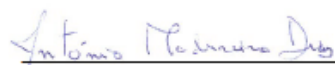
Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias




CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Borges Pais** participou no Workshop “**Mindfulness na parentalidade**” realizado no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente na Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 30 de janeiro de 2025 entre as 15:30 e as 17:00 Horas.

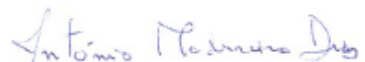
Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias



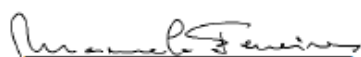
CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Borges Pais** participou no Workshop “**Interpretação do Desenho Infantil**” realizado no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente na Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 30 de janeiro de 2025 entre as 17:00 e as 18:30 Horas.

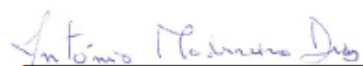
Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias

Anexo III - Certificado de integração na Comissão Organizadora do II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar




CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Borges Pais** integrou a Comissão Organizadora do **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom nos dias 30 e 31 de janeiro de 2025.

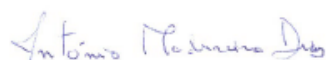
Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,



Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias

Apêndices

Apêndice I- Procedimento para a obtenção do Consentimento Informado e instrumento de auditoria interna

			
Número:	Revisão: Anual	Próxima Revisão:	
Tipo de documento	Processos Assistenciais		
Nome	Procedimento: Consentimento Informado		
Palavras-chave	Consentimento Informado		
Elaborado por	André Valente e Alunas do CMEC-ESF Ana Beatriz Alves e Joana Pais	Data de revisão	
Aprovação/ata nº		Data de aprovação	
Documentos revogados			

OBJECTIVOS:

1. Uniformizar o ato de obtenção e processamento do consentimento informado nas situações legalmente previstas, respeitando a Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015 da Direção Geral da Saúde.
2. Avaliar o cumprimento do consentimento informado pelos profissionais de saúde Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a participação ativa nas decisões pelos seus utentes inscritos.

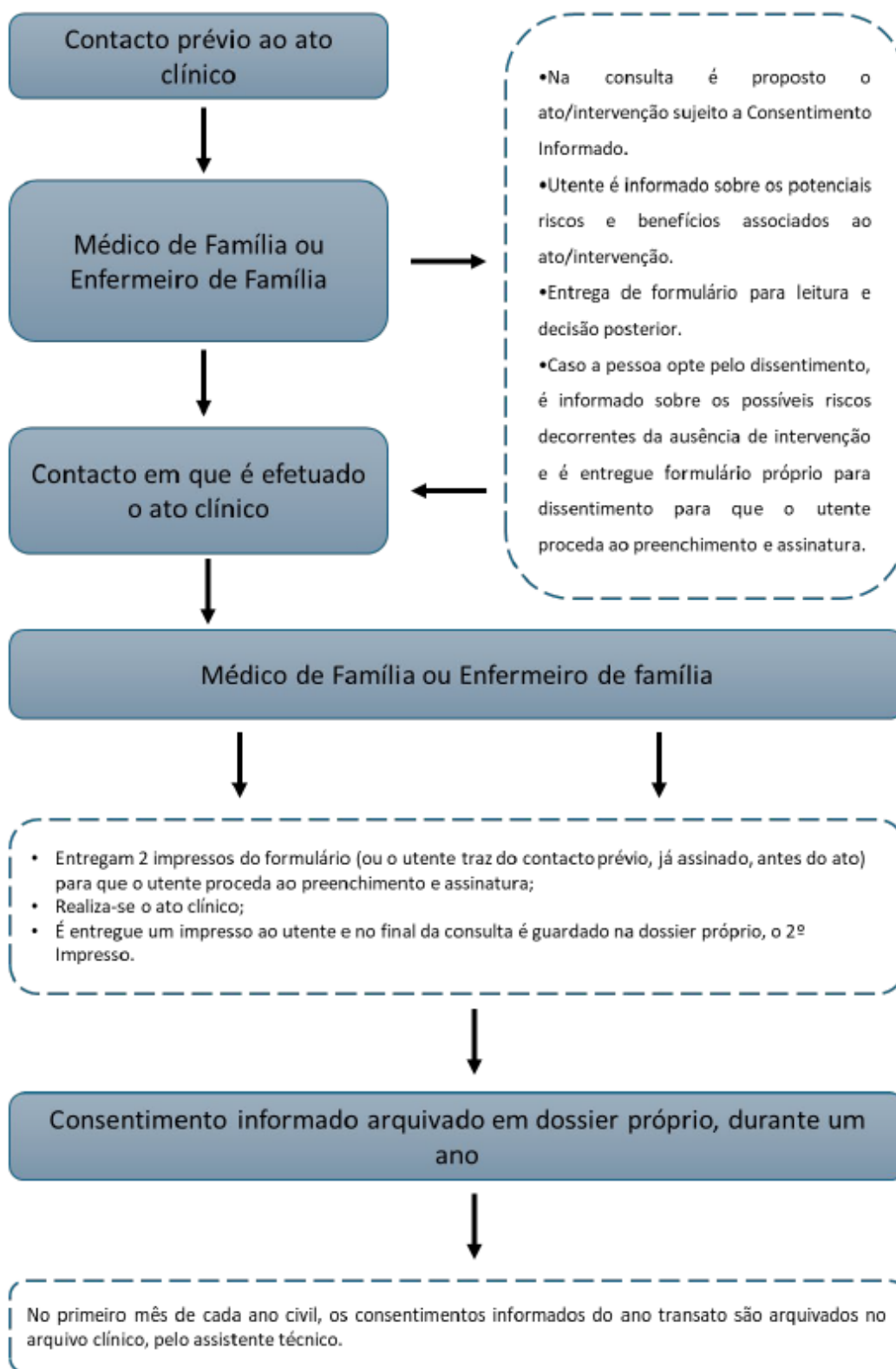
ÂMBITO: Processos Assistenciais/ Consentimento Informado

DEFINIÇÕES: O consentimento informado, esclarecido e livre, é uma expressão de respeito pela autonomia e integridade da pessoa, garantindo o seu direito de participar ativamente na tomada de decisão sobre a sua saúde. Sustenta-se na comunicação efetiva entre o profissional de saúde e a pessoa, com o objetivo de promover a capacitação da mesma, para decidir de forma livre e esclarecida sobre a aceitação ou recusa dos atos/intervenções de saúde que lhe são propostos. Este consentimento é formalizado por escrito, assegurando os princípios éticos da beneficência e não-maleficência (Direção Geral da Saúde, 2015).

DESCRIÇÃO:

1. O consentimento informado deve incluir uma declaração da pessoa, confirmando que teve acesso à informação, tanto oral como escrita, bem como lhe foram fornecidas todas as explicações necessárias e dispôs do tempo adequado para refletir antes de manifestar a sua aceitação explícita. Este documento deve:
 - a) Ser elaborado em duplicado e uma das cópias deve ficar na posse da pessoa;
 - b) Identificar a unidade de saúde responsável;

- c) Apresentar de forma clara e legível o nome, a assinatura, o número da cédula profissional ou número mecanográfico do profissional que prestou a informação e recolheu o consentimento;
 - d) Especificar o ato/intervenção proposto, bem como a sua natureza;
 - e) Descrever o diagnóstico, a situação clínica e os objetivos a serem alcançados com o ato/intervenção proposto;
 - f) Nomear os potenciais benefícios, os riscos frequentes e os riscos graves associados ao ato/procedimento, bem como as alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas;
 - g) Indicar os possíveis riscos decorrentes da ausência de intervenção, caso a pessoa opte pelo dissentimento.
2. No âmbito dos cuidados prestados na UCSP Juiz de Fora, está prevista a obtenção do consentimento informado nas seguintes situações:
- a) Administração da gamaglobulina Anti-D;
 - b) Administração da vacina VASPR a mulheres em idade fértil;
 - c) Colocação de Dispositivos Intrauterinos;
 - d) Colocação de Implantes Contracetivos Subcutâneos;
 - e) Realização de Colpocitologia;
 - f) Gravações de pessoas em fotografia ou suporte áudio ou audiovisual;
 - g) Trabalhos científicos/Investigação.
3. Para cada situação existe um formulário próprio guardado em suporte digital, na pasta "Consentimentos Informados", alocado à pasta "02 Enfermeiros" na pasta "Pública".
4. O Consentimento Informado onde consta a autorização expressa da pessoa, deverá ser arquivado em dossier próprio durante um ano, transitando, posteriormente, para arquivo clínico.

FLUXOGRAMA:

RESPONSABILIDADES: Médico de Família e Enfermeiro de Família

REFERÊNCIAS:

- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. http://www.aenfermagemeasleis.pt/?attachment_id=15132

AUDITORIA: Anual

Anexo(s): Instrumento de Auditoria Interna ao Procedimento

			
Tipo de documento	Processo: Auditoria		
Nome	Procedimento: Consentimento Informado		
Nome do observador			
Cat. Profissional		Data de observação	
Local		Hora da observação	
Formulário Nº		Duração	

Instrumento de Auditoria Interna ao Procedimento

Administração da Gamaglobulina Anti-D			
Itens a avaliar	Nº de situações "Conforme"	Nº de Situações Aplicáveis	Observações
1 - Existe evidência da obtenção do consentimento informado por escrito, na UCSP Juiz de Fora?			
Índice Global de Conformidade: [Nº de situações "Conforme" ÷ Nº de situações aplicáveis] x 100			(___ ÷ ___) x 100 = ___%

Administração da Vacina VASPR a Mulheres em Idade Fértil			
Itens a avaliar	Nº de situações "Conforme"	Nº de Situações Aplicáveis	Observações
1 - Existe evidência da obtenção do consentimento informado por escrito, na UCSP Juiz de Fora?			
Índice Global de Conformidade: [Nº de situações "Conforme" ÷ Nº de situações aplicáveis] x 100			(___ ÷ ___) x 100 = ___%

Colocação de Dispositivos Intrauterinos			
Itens a avaliar	Nº de situações "Conforme"	Nº de Situações Aplicáveis	Observações
1 - Existe evidência da obtenção do consentimento informado por escrito, na UCSP Juiz de Fora?			
Índice Global de Conformidade: [Nº de situações "Conforme" ÷ Nº de situações aplicáveis] x 100			(___ ÷ ___) x 100 = ___%

Colocação de Implantes Contracetivos Subcutâneos			
Itens a avaliar	Nº de situações "Conforme"	Nº de Situações Aplicáveis	Observações
1 - Existe evidência da obtenção do consentimento informado por escrito, na UCSP Juiz de Fora?			
Índice Global de Conformidade: $[\text{N}^\circ \text{ de situações "Conforme"} \div \text{N}^\circ \text{ de situações aplicáveis}] \times 100$			$(___ \div ___) \times 100 = ___ \%$

Realização de Colpocitologia			
Itens a avaliar	Nº de situações "Conforme"	Nº de Situações Aplicáveis	Observações
1 - Existe evidência da obtenção do consentimento informado por escrito, na UCSP Juiz de Fora?			
Índice Global de Conformidade: $[\text{N}^\circ \text{ de situações "Conforme"} \div \text{N}^\circ \text{ de situações aplicáveis}] \times 100$			$(___ \div ___) \times 100 = ___ \%$

Gravações de Pessoas em Fotografia ou Suporte Áudio ou Audiovisual			
Itens a avaliar	Nº de situações "Conforme"	Nº de Situações Aplicáveis	Observações
1 - Existe evidência da obtenção do consentimento informado por escrito, na UCSP Juiz de Fora?			
Índice Global de Conformidade: $[\text{N}^\circ \text{ de situações "Conforme"} \div \text{N}^\circ \text{ de situações aplicáveis}] \times 100$			$(___ \div ___) \times 100 = ___ \%$

Trabalhos Científicos/Investigação			
Itens a avaliar	Nº de situações "Conforme"	Nº de Situações Aplicáveis	Observações
1 - Existe evidência da obtenção do consentimento informado por escrito, na UCSP Juiz de Fora?			
Índice Global de Conformidade: $[\text{N}^\circ \text{ de situações "Conforme"} \div \text{N}^\circ \text{ de situações aplicáveis}] \times 100$			$(___ \div ___) \times 100 = ___ \%$

Apêndice II – Guia de acolhimento da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Juiz de Fora

RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- Cada utente tem direito a uma equipa de saúde composta por médico, enfermeiro e assistente técnico .
- Recomenda-se aos utentes que sejam portadores de um documento de identificação válido (cartão de cidadão, bilhete de identidade, passaporte, etc), quando se deslocam à UCSP Juiz de Fora.
- Mantenha os seus contactos atualizados (telefone, morada, email, etc.).
- Compareça às consultas 30 minutos antes da hora marcada.
- Não falte às consultas de vigilância. Caso não possa comparecer às consultas e/ou tratamentos, informe a unidade com antecedência (preferencialmente com 24 horas ou mais de antecedência).
- O utente tem direito a uma segunda opinião médica.
- A UCSP Juiz de Fora **não possui serviço de urgência.**
- Em casos de urgência ou emergência **ligue 112.**

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

Rua Doutor António José Branquinho
Fonseca, 2
3450-151 Mortágua

- De 2^a a 6^a feira: 08:00 às 17:00
- Sábado, domingo e feriados: Encerrado
- Serviço de Atendimento Complementar: sábado, domingo e feriados das 09:00 às 17:00.

Telefone
231927562

Email
ucsp.juizdefora@ulsc Coimbra.min-saude.pt



Centro de Saúde de Mortágua

UCSP Juiz de Fora



GUIA DE ACOLHIMENTO

Mortágua

Politécnico de Santarém
Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu

1º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Alunas: Ana Beatriz Alves e Joana Pais

Tutor: Enfermeiro Mestre Especialista André Valente

Orientadora: Professora Doutora Maria Odete Amaral

O que a UCSP Juiz de Fora oferece:



CONSULTAS PROGRAMADAS

Necessitam de marcação prévia para o médico e enfermeiro de família.

Podem ser marcadas presencialmente no secretariado, por e-mail ou telefonicamente.

- Saúde Infantojuvenil (0–18 anos)
- Saúde do Adulto/ Idoso
- Saúde Materna/ Revisão de Puerpério
- Planeamento Familiar
- Vigilância da Diabetes
- Vigilância da Hipertensão Arterial
- Consulta de Enfermagem (realização de tratamentos a feridas, vacinação, administração de injetáveis, ...)

ATENDIMENTO DE SITUAÇÕES DE DOENÇA AGUDA

São agendadas no próprio dia, **por ordem de chegada**, preferencialmente para o médico de família até ao limite das vagas disponíveis, ou para outro médico em consulta de intersubstituição, até ao limite das vagas existentes.

Esta consulta **não se destina à apresentação ou requisição de exames, à resolução de assuntos administrativos à observação de queixas/ situações não agudas.**

Em situação de doença aguda, contacte primeiro para a linha SNS 24.

RENOVAÇÃO DE RECEITUÁRIO

Poderá solicitar renovação de receituário no secretariado da UCSP Juiz de Fora, sem necessidade de consulta presencial com seu médico de família.

CONSULTA DOMICILIAR

São destinadas a utentes **com incapacidade temporária ou permanente** que os impeça de se deslocar à UCSP Juiz de Fora. Estão excluídas deste tipo de consultas as situações agudas.

O agendamento pode ser feito por iniciativa do próprio utente, do seu cuidador, do médico ou do enfermeiro, seja por telefone ou presencialmente.

Este tipo de consultas não são realizadas fora da área geográfica de abrangência da UCSP Juiz de Fora.

ALTERNATIVAS ASSISTENCIAIS

- **Linha SNS 24:** 808 24 24 24
- **Serviço de Atendimento Complementar do Centro de Saúde de Mortágua**
Horário: Fins de Semana e Feriados das 9 às 17 horas.
Telefone: 231927560
- **Hospital de Cândido de Figueiredo**
Endereço: Av. General Humberto Delgado, Tondela
Telefone: 232819060
- **Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**
Endereço: Praceta Prof. Mota Pinto, Celas, Coimbra
Telefone: 239400400
- **Hospital Pediátrico de Coimbra**
Endereço: Avenida Dr. Afonso Romão, Coimbra
Telefone: 239800100/239488700
- **Maternidade Bissaya Barreto**
Endereço: Rua Augusta, Coimbra
Telefone: 239800100/239488700
- **Maternidade Daniel de Matos**
Endereço: Rua Miguel Torga, Coimbra
Telefone: 239403060

* Em situações urgentes ou emergentes **ligue 112.**

Apêndice III – Guia de acolhimento da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Juiz de Fora em Inglês

<p>GENERAL RECOMMENDATIONS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Each patient has is entitled to a healthcare team composed of a doctor, nurse and administrative assistant. • Patients are advised to bring a valid identification document (citizen card, identity card, passport, etc.) when visiting UCSP Juiz de Fora. • Keep your contact details up to date (phone number, address, email, etc.). • Arrive at your appointment 30 minutes before the scheduled time. • Do not miss routine check-up appointments. If you are unable to attend your consultation and/or treatment, please inform the unit in advance (preferably at least 24 hours in advance). • Patients have the right to request a second medical opinion. • UCSP Juiz de Fora does not provide emergency services. • In case of an emergency, call 112. 	<p>OPENING HOURS:</p> <p>Rua Doutor António José Branquinho Fonseca, 2 3450-151 Mortágua</p> <ul style="list-style-type: none"> • From Monday to Friday: 08:00 to 17:00h • Saturday, Sunday and holidays: Closed • Complementary Care Service: Saturday, Sunday and holidays: 09:00 to 17:00h. <p>Telephone 231927562</p> <p>Email ucsp.juizdefora@ulscويمبرا.min-saude.pt</p> <p> Instituto Politécnico de Santarém 1.º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar</p> <p>Alunas: Ana Beatriz Alves e Joana Pais</p> <p>Tutor: Enfermeiro Mestre Especialista André Valente</p> <p>Orientadora: Professora Doutora Maria Odete Amaral</p>	<p>REPUBLICA PORTUGUESA SAUDE</p> <p>SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAUDE</p> <p>UNIDADE LOCAL DE SAUDE COIMBRA</p> <p>UCSP Juiz de Fora</p> <p>Health Center Mortágua</p> <p>UCSP Juiz de Fora</p> 	<p>Welcome Guide</p> <p>Mortágua</p>
---	---	---	--

Services Provided by UCSP Juiz de Fora:



SCHEDULED APPOINTMENTS

It is required prior booking to the family doctor and nurse.

Appointments can be scheduled in person at the reception, by email or by telephone.

- Child and Adolescent Health (0–18 years)
- Adult and Elderly Health
- Maternal Health / Postpartum Check-up
- Family Planning
- Diabetes Monitoring
- Hypertension Monitoring
- Nursing Consultation (wound care, vaccination, injectable medication administration, etc.)

CARE FOR ACUTE ILLNESS SITUATIONS

Appointments are scheduled on the same day, on a first-come, first-served basis, preferably with the family doctor, subject to availability. If no slots are available, an appointment may be scheduled with another doctor under the substitution system, within the available capacity.

This consultation is **not intended** for presenting or requesting exams, handling administrative matters, or addressing non-acute complaints or conditions.

In case of an **acute illness**, please contact the SNS 24 hotline first.

PRESCRIPTION RENEWAL

You can request a prescription renewal at the UCSP Juiz de Fora reception, without the need for an in-person consultation with your family doctor.

HOME CONSULTATION

Intended for patients with **temporary or permanent disabilities** that prevent them from traveling to UCSP Juiz de Fora. Acute conditions are excluded from this type of consultation.

Appointments can be scheduled by the patient, their caregiver, doctor, or nurse, either by phone or in person.

These consultations are not provided outside the geographical coverage area of UCSP Juiz de Fora.

ALTERNATIVE HEALTHCARE OPTIONS

- **SNS 24 Health Line:** 808 24 24 24
- **Complementary Care Service at Mortágua Health Center:**
Opening hours: weekends and public holidays: 9 :00 to 17:00h
Telephone: 231927560
- **Hospital de Cândido de Figueiredo**
Address: Av. General Humberto Delgado, Tondela
Telephone: 232819060
- **General Emergency Service of the Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**
Address: Praceta Prof. Mota Pinto, Celas, Coimbra
Telephone: 239400400
- **Hospital Pediátrico de Coimbra**
Address: Avenida Dr. Afonso Romão, Coimbra
Telephone: 239800100/239488700
- **Maternidade Bissaya Barreto**
Address: Rua Augusta, Coimbra
Telephone: 239800100/239488700
- **Maternidade Daniel de Matos**
Address: Rua Miguel Torga , Coimbra
Telephone: 239403060

* In urgent or emergency situations, call 112.

Apêndice IV – Sessão Formativa direcionada à equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Personalizados Juiz de Fora



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA



UCSP
Juiz de Fora




POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



Politécnico
de Viseu
Escola Superior
de Saúde de Viseu

Auto-medição da Pressão Arterial no Domicílio (AMPA)

Ana Beatriz Pais Loureiro Alves e Joana Borges Pais



Plano de Atividade

Tema	Auto-medição da Pressão Arterial no Domicílio (AMPA)
Docente	Professora Doutora Maria Odete Amaral
Enfermeiros Orientadores	Enfermeiro Mestre Especialista André Valente
Destinatário	Equipa de Enfermagem da UCSP Juiz de fora – Mortágua
Metodologia	Expositiva: Apresentação oral com suporte de PowerPoint
Duração	10 / 15 minutos



Fonte: Google imagens, acessado em: [12/12/2016, 14:32:12](https://www.google.com/search?q=stack+of+old+books&imgref=http://www.illustration-robot.com/stock-illustration/433/612)

Enquadramento

- As doenças cardiovasculares constituem um grande desafio de saúde pública nas sociedades contemporâneas, sendo a hipertensão arterial (HTA) um dos principais fatores de risco, com consequente morbilidade e mortalidade associadas.
- O diagnóstico e monitorização da pressão arterial (PA) são habitualmente realizados em ambiente de consulta. Contudo, estas medições nem sempre representam os valores reais da pressão arterial, no dia-a-dia da pessoa.
- A PA sofre várias oscilações ao longo do dia, sendo influenciado por diversos fatores momentâneos, como o stress, a atividade física, o tabaco, a cafeína e a medicação.
- A AMPA é um método complementar à medição da PA no consultório e apresenta um papel fundamental no diagnóstico, monitorização e tratamento da HTA, pois permite uma avaliação longitudinal num ambiente relativamente estável, eliminando vários tipos de viés, como a “Hipertensão de bata branca” e a “Hipertensão mascarada”.
- A AMPA consiste na medição da PA de forma seriada, várias vezes ao dia e ao longo de vários dias.

(Machado et. Al, 2022)

Hipertensão de bata branca:

- A Hipertensão de bata branca é marcada pela existência transitória de valores elevados de PA no consultório, na presença de um profissional de saúde, e valores normais fora do consultório, avaliados pela Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial de 24 horas (MAPA) ou através da Auto-Medição da Pressão Arterial no domicílio (AMPA), em pessoas sem terapêutica anti-hipertensiva.

(Mancia et al., 2013)

Hipertensão Mascarada:

- É caracterizada pela presença de valores normais de PA no consultório e valores elevados fora dele, avaliados essencialmente pela Monitorização Ambulatória da PA durante 24 horas (MAPA).

(Brochini, 2020)

Vantagens da AMPA

- Acessível a um custo relativamente baixo.
- Recomendada para a monitorização a longo prazo de utentes hipertensos tratados.
- Identifica Hipertensão de bata branca e Hipertensão mascarada.
- Confirma hipertensão não controlada.
- Identifica uma redução excessiva da PA com o tratamento farmacológico.
- Aumenta a adesão ao tratamento.
- Pode ser combinada com aplicações de telemonitorização e os valores de PA podem ser armazenados e transferidos em formato digital.
- Pode reduzir os custos associados aos cuidados de saúde.

Desvantagens da AMPA

- Necessita de supervisão médica.
- Dispositivos imprecisos e tamanho inadequado da braçadeira pode originar falsos resultados.
- Possibilidade monitorizar a PA em posições inadequadas.
- Pode induzir ansiedade em algumas pessoas.
- Risco de alterações de tratamento não supervisionadas por parte dos utentes.
- Possível relato seletivo de leituras de PA pelos utentes.
- Não existe informação sobre os valores de PA no trabalho ou durante o sono.

(European Society of Hypertension, 2023; Stergiou et. al., 2021)

Utilização e requisitos do dispositivo da AMPA

Dispositivo eletrónico de braçadeira de braço.

Preferir dispositivos com armazenamento automatizado e média de leituras múltiplas.

Dispositivos de pulso não são recomendados.

Os dispositivos auscultatórios geralmente não são recomendados para a AMPA.

O tamanho da braçadeira deve adequar-se à circunferência do braço da pessoa.

(European Society of Hypertension, 2023; Stergiou et. al., 2021)

Procedimento da AMPA

Condições:

- Sala tranquila com temperatura confortável.
- Não fumar, comer, realizar exercício ou consumir estimulantes (álcool, café, chá verde ou preto) durante os 30 minutos antes da avaliação.
- Permanecer sentado e relaxado por 3-5 min.
- Não falar durante ou entre avaliações.

Postura:

- Sentado de costas apoiadas na cadeira.
- Pernas não cruzadas e pés no chão.
- Braço nu repousado na mesa.
- Ponto médio do braço ao nível do coração.

Braçadeira:

- Selecione o tamanho da braçadeira que se ajuste à circunferência do braço de acordo com as instruções do dispositivo.
- Enrole a braçadeira à volta do braço nu de acordo com as instruções do aparelho.



Fonte: imagem gerada por solicitação ao copilot do Edge

Treino do utente:

- Utilize um dispositivo fiável.
- Condições e postura para a avaliação.
- Horário de avaliações antes da consulta.
- Horário de avaliações entre as consultas.
- Interpretação das medições. Informe os utentes sobre a variabilidade habitual da PA.
- Como se deve proceder se a PA for demasiado alta ou muito baixa.

(Stergiou et. al.)

Calendarização de AMPA

Para diagnóstico e antes de cada consulta:

- Avaliações durante 7 dias (pelo menos 3 dias).
- Avaliações matinais e noturnas.
- Antes da ingestão de fármacos se for tratada e antes das refeições.
- Duas avaliações em cada ocasião com 1 min entre elas.

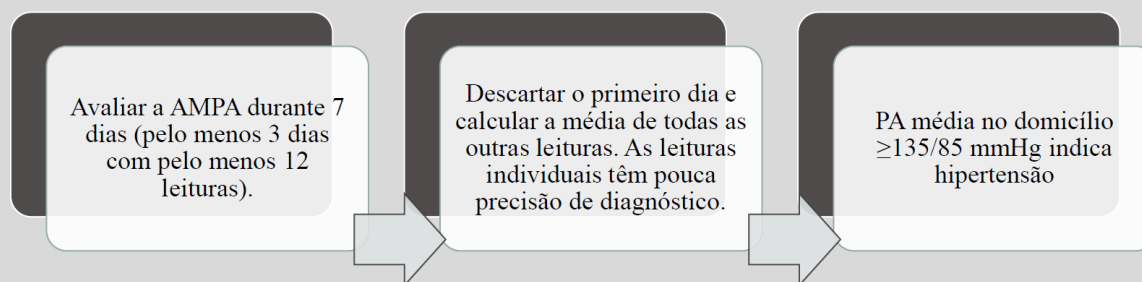
(European Society of Hypertension, 2023; Stergiou et. al., 2021)

Acompanhamento a longo prazo da hipertensão tratada:

- Avaliações duplicadas uma ou duas vezes por semana (mais frequente) ou por mês (requisito mínimo).

(Stergiou et. al.)

Interpretação de AMPA:



(European Society of Hypertension, 2023; Stergiou et. al., 2021)

MAPA *versus* AMPA

- Ambos os métodos são adequados para o diagnóstico de HTA, ajuste do tratamento e acompanhamento a longo prazo. A MAPA é mais adequada para a avaliação inicial, enquanto a AMPA é mais recomendada para acompanhamento a longo prazo.
- A MAPA foi melhor estudada e permite obter valores de PA acordado e a dormir de forma imparcial nas 24 h. Contudo, é dispendiosa, não amplamente disponível, e não é aceite a sua utilização repetida por alguns utentes.
- A AMPA é acessível a um custo reduzido, é bem aceite pela maioria dos utentes para uso a longo prazo e promove a adesão ao tratamento. Porém, são frequentemente utilizados dispositivos inadequados, sendo necessária educação e aconselhamento adequado dos utentes.
- Idealmente, a MAPA e a AMPA devem ser utilizadas em conjunto para um diagnóstico fidedigno, dado que ocasionalmente fornecem informações distintas e complementares.

(Stergiou et. al.)



Auto-medição da Pressão Arterial no Domicílio

Nome: _____



			Tensão Arterial		Batimentos Cardíacos
			Máxima	Minima	
Dia 1	Manhã	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Data:	Tarde	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Dia 2	Manhã	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Data:	Tarde	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Dia 3	Manhã	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Data:	Tarde	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Dia 4	Manhã	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Data:	Tarde	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Dia 5	Manhã	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Data:	Tarde	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Dia 6	Manhã	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Data:	Tarde	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Dia 7	Manhã	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		
Data:	Tarde	Hora:	1ª avaliação		
			2ª avaliação		

Bibliografia:

- Brochini, M. M. (2020). *Hipertensão mascarada em servidores públicos: Resultados do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)* [Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca]. Repositório da Fundação Oswaldo Cruz.
- European Society of Hypertension. (2023). ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 41(12):1874-2071. <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000003480>
- Machado, C.; Cabrita, L.; Taveira, A. J., & Damião, P. (2022). AMPA: QUE INFORMAÇÕES ESTAMOS A PERDER. *Revista Portuguesa De Hipertensão E Risco Cardiovascular*, (90), 16–19. <https://doi.org/10.58043/rphrc.63>
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., ... & Williams, B. (2013). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 34(28), 2159–2219. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh1151>
- Stergiou, G.; Palatini, P.; Parati, G.; O'Brien, E.; Januszewicz, A.; Lurbe, E.; Persu, A.; Mancia, G.; Kreutz, R. (2021). 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *Journal of Hypertension* 39(7):p 1293-1302. Doi: 10.1097/HJH.0000000000002843

Auto-medição da Pressão Arterial no Domicílio (AMPA)

Ana Beatriz Pais Loureiro Alves e Joana Borges Pais

Auto-medição da Pressão Arterial no Domicílio

Nome: _____



Não fumar, beber café, comer ou fazer exercício físico, 30 minutos antes.



Estar num ambiente tranquilo.



Temperatura ambiente confortável.



Estar 5 minutos em repouso.



Não falar durante a avaliação.

			Tensão Arterial		Batimentos Cardíacos
			Máxima	Mínima	
Dia 1 Data:	Manhã Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
	Tarde Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
Dia 2 Data:	Manhã Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
	Tarde Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
Dia 3 Data:	Manhã Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
	Tarde Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
Dia 4 Data:	Manhã Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
	Tarde Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
Dia 5 Data:	Manhã Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
	Tarde Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
Dia 6 Data:	Manhã Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
	Tarde Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
Dia 7 Data:	Manhã Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			
	Tarde Hora:	1ª avaliação			
		2ª avaliação			