



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Desafios do Enfermeiro de Família no Cuidar de Famílias Imigrantes

Ana Beatriz Pais Loureiro Alves

Viseu, março de 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Desafios do Enfermeiro de Família no Cuidar de Famílias Imigrantes

Ana Beatriz Pais Loureiro Alves

Estágio com Relatório Final

Mestrado em Enfermagem Comunitária - área da Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral

Viseu, março de 2025

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.”

(Marthin Luther King)

Agradecimentos

Dizem que nenhuma caminhada significativa é feita sozinha, e o percurso que me trouxe até aqui é prova disso. Ao longo deste caminho de dedicação, desafios e aprendizagens, tive o privilégio de ser acompanhada por pessoas que não apenas acreditaram em mim, mas também me sustentaram nos momentos mais difíceis e celebraram comigo cada pequena vitória.

À Professora Doutora Maria Odete Amaral, minha orientadora, expresso o meu agradecimento pela disponibilidade e acompanhamento demonstrados ao longo deste percurso. A sua orientação constituiu um contributo relevante para o rigor, a estruturação e a qualidade científica deste relatório.

À Escola Superior de Saúde de Viseu, expresso o meu profundo reconhecimento, assim como a todos os Professores que contribuíram para a minha formação. Agradeço, também, aos meus colegas de turma, pelo apoio e companheirismo ao longo desta etapa.

Ao Enfermeiro de Família Tutor, André, expresso o meu profundo reconhecimento pela forma como me acompanhou durante o estágio, pelas aprendizagens proporcionadas e pela partilha de experiências significativas. A toda a equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados onde realizei o meu estágio, expresso o meu sincero agradecimento pelo apoio, carinho e disponibilidade demonstrada.

Ao meu namorado, Edgar, a quem devo mais do que palavras conseguem expressar, manifesto o meu agradecimento mais profundo e cheio de carinho. Obrigada por seres o meu porto seguro, por dividires comigo não apenas os dias bons, mas também os mais difíceis. O teu apoio incondicional, incentivo diário e amor foram essenciais para tornar este percurso possível.

À minha família, manifesto o meu profundo agradecimento pelo apoio incondicional e presença constante ao longo deste percurso. Nos momentos de maior exigência, foram os vossos gestos de cuidado e afeto que sustentaram a minha resiliência, demonstrando que, muitas vezes, é na simplicidade dos atos quotidianos que reside o verdadeiro cuidado.

Às minhas amigas Filipa e Joana, com quem partilho diversas etapas marcantes do meu percurso académico, expresso o meu agradecimento pela presença constante ao longo

desta fase. A vossa amizade, pautada pela partilha, apoio emocional e incentivo mútuo, contribuiu para que este percurso se tornasse mais leve, enriquecedor e memorável.

Às colegas e amigas Célia e Margarida, cuja amizade surgiu ao longo deste mestrado, manifesto o meu agradecimento pela partilha de experiências significativas e pela boa disposição constante.

Aos meus colegas de trabalho e à minha Enfermeira Chefe, expresso o meu reconhecimento pela compreensão, flexibilidade e apoio demonstrado ao longo deste percurso, que foram determinantes para a conciliação eficaz das exigências profissionais e académicas.

Por fim, manifesto o meu agradecimento a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste percurso. Cada palavra de incentivo e gesto de apoio foram fundamentais para a conclusão desta etapa, que representou não apenas uma realização académica e profissional, mas também um processo enriquecedor de desenvolvimento pessoal e relacional.

Resumo

Introdução: A crescente diversidade cultural coloca novos desafios ao exercício profissional do Enfermeiro de Família, particularmente no cuidado a famílias imigrantes. Estas famílias enfrentam múltiplas barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde, o que exige dos Enfermeiros uma resposta culturalmente competente, sensível e centrada no indivíduo e família.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre os desafios do Enfermeiro de Família no cuidar de famílias imigrantes, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Metodologia: *Scoping review* realizada conforme as recomendações do Joanna Briggs Institute. Pesquisa realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MEDLINE Complete, B-On, Web of Science e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Os estudos identificados foram organizados no Rayyan®. Foram incluídos estudos publicados em português, espanhol e inglês e sem limite temporal. Dos 1383 estudos elegíveis, 13 foram incluídos na revisão.

Resultados: Da análise dos estudos emergiram dois temas: barreiras aos cuidados de Enfermagem transcultural (barreira linguística; barreira cultural, religiosa e social; abordagem etnocêntrica dos Enfermeiros; desconhecimento da legislação associada ao acesso aos cuidados de saúde pelos Enfermeiros; baixa competência cultural dos Enfermeiros e falta de recursos humanos e materiais) e fatores facilitadores aos cuidados de Enfermagem transcultural (competências de comunicação; relação interpessoal Enfermeiro-família; práticas de Enfermagem orientadas para a família; desenvolvimento de competências culturais em Enfermagem; visão positiva da imigração; documentar os cuidados prestados em sistemas informatizados e presença de instituições de saúde culturalmente recetivas).

Conclusão: A prestação de cuidados culturalmente competentes a famílias imigrantes representa um desafio crescente para o Enfermeiro de Família. É essencial investir na formação contínua em Enfermagem transcultural e na criação de ambientes de cuidados inclusivos e culturalmente sensíveis.

Palavras-chave: Emigrantes e Imigrantes; Família; Enfermagem Familiar; Enfermagem Transcultural; Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

Introduction: Growing cultural diversity poses new challenges to the professional practice of the Family Nurse, particularly in caring for immigrant families. These families face multiple barriers in accessing and using health services, which requires Nurses to respond in a culturally competent, sensitive and individual- and family-centered way.

Objective: To map the scientific evidence on the challenges faced by Family Nurse in caring for immigrant families in a Primary Healthcare setting.

Methodology: Scoping review carried out according to the recommendations of the Joanna Briggs Institute. The search was carried out in the PubMed, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MEDLINE Complete, B-On, Web of Science and Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. The studies identified were organized in Rayyan®. Studies published in Portuguese, Spanish and English and with no time limit were included. Of the 1383 eligible studies, 13 were included in the review.

Results: Two themes emerged from the analysis of the studies: barriers to transcultural Nursing care (language barrier; cultural, religious and social barrier; ethnocentric approach of Nurses; lack of knowledge of legislation associated with access to healthcare by Nurses; low cultural competence of Nurses and lack of human and material resources) and facilitating factors for transcultural Nursing care (communication skills; interpersonal Nurse-family relationship; family-oriented Nursing practices; development of cultural competencies in Nursing; positive view of immigration; documenting the care provided in computerized systems and the presence of culturally receptive health institutions).

Conclusion: Providing culturally competent care to immigrant families represents a growing challenge for the Family Nurse. It is essential to invest in continuous training in transcultural Nursing and in creating inclusive and culturally sensitive care environments.

Keywords: Emigrants and Immigrants; Family; Family Nursing; Transcultural Nursing; Primary Health Care.

Sumário

Lista de Tabelas

Lista de Quadros

Lista de Gráficos

Lista de Figuras

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

Introdução	23
1. Competências Adquiridas	27
1.1. Caracterização do Contexto de Estágio	28
1.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	33
1.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária- área de Enfermagem de Saúde Familiar	36
2. Atividades Realizadas	39
2.1. Componente de Investigação: Desafios do Enfermeiro de Família no Cuidar de Famílias Imigrantes.....	39
2.1.1. Enquadramento Teórico	39
2.1.2. Metodologia	50
2.1.3. Resultados	56
2.1.4. Discussão	63
2.1.5. Conclusão	86
2.2. Contributos da Prática Clínica para o Desenvolvimento das Competências.....	88
2.2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	88
2.2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária- área de Enfermagem de Saúde Familiar	91

Considerações Finais	99
Referências Bibliográficas	101
Anexos	117
Anexo I- Joanna Briggs Institute <i>critical appraisal checklist</i>	119
Anexo II- Certificado de participação na série de workshops “Temas de Humanização em Enfermagem”	133
Anexo III- Certificado de participação no II Congresso Internacional – A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar	135
Apêndices	141
Apêndice I- Procedimento para a obtenção do consentimento informado e instrumento de auditoria interna.....	143
Apêndice II- Guia de acolhimento da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Português.....	149
Apêndice III- Guia de acolhimento da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Inglês	151
Apêndice IV- Sessão formativa direcionada à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	153

Lista de Tabelas

Tabela 1- Imigrantes inscritos no ficheiro do Enfermeiro de Família	32
Tabela 2- Estratégia de pesquisa	52

Lista de Quadros

Quadro 1- Quadro de extração de dados	57
Quadro 2- Temas e subtemas emergentes	63

Lista de Gráficos

Gráfico 1- Pirâmide etária da população inscrita na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	31
Gráfico 2- Pirâmide etária dos indivíduos inscritos no ficheiro do Enfermeiro de Família	33

Lista de Figuras

Figura 1- Modelo da Competência Cultural de Purnell	45
Figura 2- Diagrama PRISMA-ScR flow	55

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ASKED	Awareness, Skills, Knowledge, Encounters e Desire
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EC-ESF	Enfermagem Comunitária-área de Enfermagem de Saúde Familiar
EE	Enfermeiro Especialista
EEEC-ESF	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária-área de Enfermagem de Saúde Familiar
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
INE	Instituto Nacional de Estatística
JBI	Joanna Briggs Institute
MDAIF	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
Nº	Número do estudo
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos
OE	Ordem dos Enfermeiros
PCC	Participantes, Conceito e Contexto
PNS	Plano Nacional de Saúde
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis para scoping review</i>
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
SEF	Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TDUCC	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
VaKE	<i>Values and Knowledge Education</i>

Introdução

O compromisso com a excelência em Enfermagem está intrinsecamente ligado ao desenvolvimento profissional, um aspeto central da aprendizagem/formação especializada. Este desenvolvimento é vital para manter os conhecimentos e as competências atualizadas, essenciais no setor dos cuidados de saúde em constante evolução. O desenvolvimento profissional não é apenas um requisito, é um valor fundamental que molda o profissionalismo da Enfermagem e aumenta a capacidade do Enfermeiro para além da formação inicial e das qualificações, contribuindo para uma prática competente e para elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Sheikhi et al., 2016). O empenho no profissionalismo e na formação reflete-se nas atitudes e na motivação dos Enfermeiros, que consideram o desenvolvimento profissional como essencial para manter os seus conhecimentos e competências atualizados e melhorar a qualidade dos cuidados que prestam (Mlambo et al., 2021).

O Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar (EC-ESF) da Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu, foi estruturado com o intuito de consolidar e desenvolver um nível especializado de várias competências nos estudantes, sendo estas: pessoais e ético-deontológicas, relacionais, metodológicas, técnico-científicas, educativas e pedagógicas. Esta é uma condição indispensável para a viabilidade da formação em contexto de prestação de cuidados, a investigação em Enfermagem, a gestão e o progresso da qualidade nos cuidados de saúde, ou seja, para que se possa cuidar de cada família, “enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”, bem como liderar e colaborar “em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 428/2018, p. 19355).

Foi definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021) que a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista (EE) e grau de Mestre consiste na realização da unidade curricular, opção 6: 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 (USCP) com Relatório. Deste modo, é favorecido o processo de aprendizagem e a consolidação de conhecimentos que melhor permite o seguimento dos

objetivos de aprendizagem e a aquisição de competências. O relatório de estágio é considerado um documento essencial na avaliação dos processos de aprendizagem e da obtenção e desenvolvimento de competências, constituído por uma reflexão crítica, de forma precisa e contextualizada de todo o trabalho realizado, analisando de forma criteriosa e fundamentada todos os pormenores e elementos do estágio realizado (OE, 2021).

No decorrer do trajeto efetuado com vista à aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária-área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEEC-ESF), várias temáticas se tornam pertinentes para a prestação de cuidados à família, podendo ser exploradas através da investigação, essencial para a evolução da disciplina de Enfermagem.

O Enfermeiro de Família, pela proximidade e continuidade no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital assume um papel relevante “na avaliação e intervenção com as famílias pelo que a compreensão das experiências vivenciadas nos diversos processos de transição são essenciais para antecipar as necessidades da família e apoiá-la no decorrer dos mesmos” (Silva et al., 2021, p. 21). Neste sentido, a satisfação das necessidades de cuidados de saúde da família é o objetivo primordial deste profissional de saúde (Silva et al., 2021).

O exercício profissional do Enfermeiro de Família caracteriza-se por uma forma de pensar e cuidar com e para as famílias, neste caso concreto trabalhar com as famílias imigrantes. Este propósito emergiu no dia da integração do estágio na UCSP, com a informação que existia um número significativo de imigrantes inscritos na unidade funcional. Apesar da ausência de indicadores específicos sobre o número total de imigrantes inscritos na UCSP, verificou-se que, do total de 1.102 indivíduos inscritos no ficheiro do Enfermeiro de Família tutor, 169 eram imigrantes, representando várias nacionalidades, designadamente, as mais prevalentes são as dos indivíduos e famílias oriundas do Brasil, França, Angola, Reino Unido e Luxemburgo. Esta diversidade populacional constitui um desafio para os Enfermeiros de Família, dado que necessitam de adaptar os seus cuidados para garantir uma resposta eficaz e culturalmente competente. Neste contexto, foram identificadas as principais barreiras enfrentadas pelos Enfermeiros de Família da UCSP na prestação de cuidados aos indivíduos e famílias imigrantes, nomeadamente as barreiras linguísticas e a falta de tradutor profissional, o que obriga frequentemente estes profissionais a recorrerem ao tradutor *online* e/ou a profissionais da equipa multiprofissional com alguma experiência na área; as dificuldades relacionadas com os diferentes comportamentos inerentes à cultura e às crenças em saúde, bem como baixos níveis de literacia em saúde, ou seja, barreiras percebidas como ameaçadoras para a qualidade dos cuidados prestados. Assim, em reunião de estágio com a

Professora Orientadora Maria Odete Amaral e o Enfermeiro de Família tutor, e após a informação e auscultação da equipa sobre os desafios no cuidar de famílias imigrantes e a necessidade de saber mais como cuidar transculturalmente destas famílias, decidiu-se investigar os desafios do Enfermeiro de Família no cuidar de famílias imigrantes.

Nos últimos anos, a Europa registou um aumento significativo da imigração. Em 2022, estimava-se que cerca de 27,3 milhões de indivíduos que residiam na União Europeia eram cidadãos de outros países, representando 6,1% da população total (Eurostat, 2022). Em Portugal, de acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2023), em 2022, o número de cidadãos estrangeiros com autorização de residência era de 781.915, um aumento de 11,9% em relação ao ano 2021.

Portugal, como referenciado anteriormente, é um destino para muitos imigrantes, alguns de países da Europa, mas muitos de países de outros continentes. Em decorrência do contacto com indivíduos e famílias imigrantes durante o estágio na UCSP, constatei que, ao longo da experiência de imigração, estes enfrentam dinâmicas familiares e experiências de vida únicas durante as transições de deslocação, realocação e reinstalação. Alguns dos seus desafios são comuns aos enfrentados pelos Enfermeiros de Família, que vão desde as barreiras linguísticas, as condições económicas, educativas e de acesso aos cuidados de saúde, até à exposição ao stresse e à discriminação, cada um dos quais influencia as suas relações familiares e a sua capacidade de lidar com as diferentes transições.

Contudo, as famílias imigrantes evidenciam uma notável resiliência ao longo destes processos, oferecendo valiosas oportunidades de aprendizagem a partir dos seus recursos e competências (Assali et al., 2022). Torna-se, assim, imperativo refletir sobre as intervenções do Enfermeiro de Família, particularmente no que concerne ao apoio e à intervenção junto destas famílias, de forma a mitigar as suas vulnerabilidades, promovendo a sua integração plena na comunidade local. Além disso, é essencial que o Enfermeiro de Família adote uma abordagem equitativa, isenta de preconceitos, mas alicerçada na ética, na humanização do cuidado e numa visão holística, garantindo que estas famílias sejam reconhecidas como foco legítimo da sua atenção e atuação, em igualdade com as famílias autóctones (Samarasinghe et al., 2010). Neste contexto, é essencial que o Enfermeiro de Família possua uma consciência cultural aprofundada, reconhecendo a importância do conhecimento das especificidades antropológicas destas famílias (Antón-Solanas et al., 2022). Tal conhecimento deve ser adquirido de forma sistemática e comprometida, alinhando-se com os princípios da justiça social (Antón-Solanas et al., 2022). Este representa um desafio particular, mas imprescindível, para que o profissional de saúde possa estabelecer e preservar a confiança das famílias

imigrantes no sistema de saúde, especialmente no âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP) (Antón-Solanas et al., 2022).

O Enfermeiro de Família desempenha um papel essencial na investigação e sensibilização sobre os processos de imigração, evidenciando que a decisão de imigrar é, frequentemente, motivada pelo desejo de melhores condições de vida (Felsenstein, 2019; Organização Mundial de Saúde, 2023; Saadi et al., 2024). Embora cada trajetória seja singular, muitas famílias enfrentam dilemas complexos, como a necessidade de deixar a sua terra natal ou até mesmo de se separar temporariamente para assegurar o bem-estar familiar (Alkhaled et al., 2022; Maia et al., 2024). As motivações para a imigração variam entre fatores “expulsão”, como a precariedade económica, a instabilidade sociopolítica ou a violência, e fatores de “atração”, como melhores oportunidades laborais e educativas, maior segurança ou a possibilidade de reunificação familiar (Alkhaled et al., 2022; Organização Mundial de Saúde, 2023; Maia et al., 2024).

Neste pressuposto, emergiu a necessidade de se aprofundar o tema “Desafios dos Enfermeiros de Família no cuidar de famílias imigrantes” através de uma revisão *scoping*, pois o mapear a evidência científica na área permite aprofundar conhecimentos e adquirir competência cultural, no âmbito de cuidados de saúde, o que corresponde a deter “os conhecimentos, as competências e habilidades que permitem prestar cuidados congruentes com as crenças culturais do utente” (Purnell & Paulanka, 2010, p.6). A competência cultural, em sociedades multiculturais, como a que se vivencia em Portugal, “continua a ser essencial para os cuidados de saúde, o que implica que os profissionais de saúde detenham conhecimentos culturais gerais e específicos para ajudar a reduzir as desigualdades de género, étnicas e raciais, no âmbito dos cuidados de saúde” (Purnell & Paulanka, 2010, p. 7). Assim sendo, este estudo tem como objetivo geral: mapear a evidência científica sobre os desafios do Enfermeiro de Família no cuidar de famílias imigrantes, em contexto de CSP.

O presente relatório segue uma estrutura organizada que visa apresentar o percurso realizado durante o estágio na UCSP. No primeiro capítulo, são descritas as competências adquiridas, iniciando-se com a caracterização do contexto de estágio, seguida da exposição das competências comuns do EE e, posteriormente, das competências específicas do EEEC-ESF. O segundo capítulo é dedicado à apresentação das atividades realizadas, incluindo o estudo de investigação, uma *Scoping Review* intitulada “Desafios do Enfermeiro de Família no cuidar de famílias imigrantes”, e, por fim, a análise dos contributos da prática clínica para o desenvolvimento das competências.

1. Competências Adquiridas

Este capítulo inicia com a caracterização do contexto de prática clínica, onde decorreu a unidade curricular opção 6: estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em contexto de USF/ USCP com Relatório, inserida no Curso de Mestrado em EC-ESF, como forma de contextualizar as atividades desenvolvidas, as competências adquiridas e o trabalho de investigação realizado.

Os CSP estabelecem a base do sistema de saúde português e, de acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS), destacam “as intervenções de rede e um paradigma de cuidados centrados na família e no ciclo de vida” (OE, Regulamento n.º 367/2015, p. 17385). De acordo com o atual enquadramento legislativo dos CSP, o foco da prática de Enfermagem é a família, enquanto unidade de cuidados, sendo o Enfermeiro de família reconhecido como um “profissional privilegiado na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida ao nível da prevenção primária, secundária e terciária” (OE, Regulamento n.º 367/2015, p. 17385).

As USF são unidades funcionais e fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, compostas por equipas multiprofissionais constituídas por Médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, Enfermeiros (preferencialmente especialistas em EC-ESF) e Secretários Clínicos (Melo, 2021). O Enfermeiro de família é um elemento central na equipa multiprofissional das USF, sendo o alvo e foco do seu exercício profissional orientado para o sistema Familiar (Figueiredo, 2023).

As UCSP apresentam uma estrutura idêntica às USF e a sua equipa multiprofissional é constituída por Médicos, Enfermeiros e Secretários Clínicos não integrados em USF (Melo, 2021). Esta unidade funcional tem como finalidade prestar “cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” (Portugal, Decreto-Lei n.º 28/2008, p.1184).

1.1. Caracterização do Contexto de Estágio

A unidade curricular opção 6: estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em contexto de USF/ UCSP com Relatório decorreu numa UCSP pertencente à Unidade Local de Saúde de Coimbra, de 16 de setembro de 2024 a 31 de janeiro de 2025, tendo como base os seguintes objetivos de aprendizagem:

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 Familiar;

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 UCSP onde realizei estágio, situa-se num município localizado na região Centro de Portugal. Este município é constituído por 10 freguesias, ocupa uma área de cerca de 250 quilómetros quadrados e encontra-se inserido na Unidade Territorial Baixo Mondego-Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS) III. A nível das acessibilidades, o município dispõe de um conjunto de infraestruturas que permitem estabelecer ligações rápidas aos principais centros urbanos, portos de mar e à fronteira de Vilar Formoso, como o itinerário principal 3, as estradas nacionais 234, 334-1 e 228, que fornecem excelentes ligações à Autoestrada 1 e à linha ferroviária da Beira Alta (Portugal, s.d.).

O referido concelho apresenta um total de 9,21 mil habitantes, segundo as estimativas provisórias da população residente e estimativas pós-censitárias assentes nos resultados dos Censos 2021 e 2022, revistas em junho de 2024 (Instituto Nacional de Estatística, 2024). Este é o concelho do distrito Viseu que apresenta a prevalência mais elevada de estrangeiros, face à sua densidade populacional (Instituto Nacional de Estatística, 2024). Em 2021, em

conformidade com os Censos do Instituto Nacional de Estatística (INE), existiam no concelho supramencionado 427 indivíduos estrangeiros (4,1%) provenientes de outros países, quer da União Europeia, quer fora da mesma, o que se traduziu num aumento significativo de residentes estrangeiros na última década (INE, 2021). Seguidamente, o concelho de Oliveira de Frades apresenta uma taxa de 3,9% de estrangeiros residentes (n=380) de diferentes nacionalidades, com destaque para as inglesas e holandesas (INE, 2024). Na cidade de Viseu, residem 3.363 indivíduos estrangeiros (3,3%), particularmente de nacionalidade brasileira (INE, 2024). Em termos nacionais, os dados dos Censos 2021 referem um aumento de 40,6% de imigrantes a residir em Portugal, com uma percentagem de 5,4% do total da população nacional (INE, 2021). Assim, à data dos Censos 2021, habitavam em Portugal 555.299 indivíduos estrangeiros (5,2%), uma percentagem superior à registada nos Censos de 2011 (3,7%) (INE, 2021). Entre os imigrantes residentes no território nacional português, 452.231 (81,4% do total) são oriundos de países que não pertencem à União Europeia (INE, 2021).

A UCSP onde realizei estágio, é parte integrante da Unidade Local de Saúde de Coimbra e 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, 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, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, s.d.). Os valores da equipa multiprofissional baseiam-se nos “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, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, s.d.).

A unidade funcional em questão funciona em dias úteis, entre as 8 e as 17 horas, período durante o qual os seus utentes têm acesso a serviços administrativos, consultas médicas e consultas de enfermagem. No decurso da sua atividade assistencial, a UCSP assegura a realização de consultas de vigilância, integradas nos Programas de Saúde em vigor, entre as quais se destacam as consultas de seguimento de patologias crónicas de elevada prevalência, como a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, e as consultas

orientadas para a promoção da saúde e prevenção da doença, particularmente as consultas de saúde infantil e juvenil, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde da mulher (planeamento familiar e rastreio do cancro do colo do útero) e saúde materna, que incluiu a revisão do puerpério.

Para além das consultas programadas, a UCSP disponibiliza ainda consultas de agudos, destinadas a responder a situações de saúde inesperadas que requerem atendimento clínico no próprio dia. Estas consultas são agendadas por ordem de chegada, sendo a sua atribuição feita preferencialmente, ao Médico de Família do indivíduo e/ou família, dentro do limite de vagas disponíveis. Na ausência de vagas para o Médico de Família, a consulta pode ser realizada por outro Médico em consulta de intersubstituição, até ao limite das vagas existentes.

Complementando a sua carteira de serviços, a UCSP oferece ainda consultas domiciliárias, destinadas a indivíduos e famílias com incapacidade temporária ou permanente que os impeça de se deslocar à unidade de saúde. O agendamento destas consultas pode ser realizado por iniciativa do próprio, do seu cuidador, do Médico ou do Enfermeiro, sendo possível efetuar o pedido presencialmente ou através de contacto telefónico.

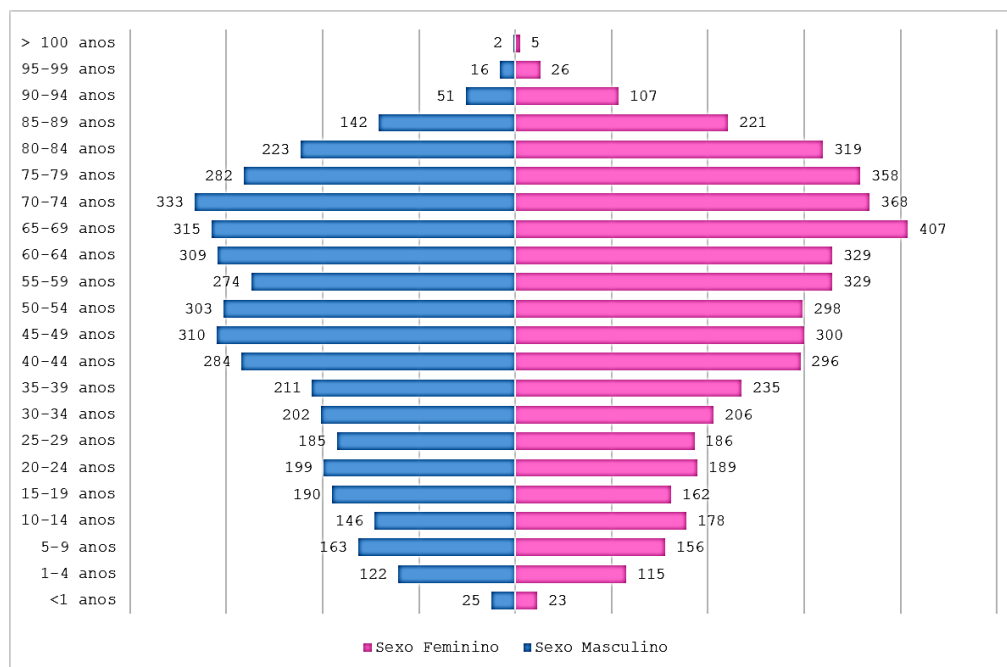
A UCSP dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por seis Enfermeiros (um Enfermeiro com grau de Mestre em Educação para a Saúde e Especialista em Enfermagem Comunitária, um EE em Enfermagem Comunitária, um EE em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, um EE em Enfermagem de Reabilitação e dois Enfermeiros de Cuidados Gerais), cinco Médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar a exercer a profissão a tempo inteiro, dois Médicos reformados a prestar apoio às consultas de agudos e vigilâncias dos indivíduos e famílias sem Médico de Família, e um Médico a prestar apoio à consulta de agudos e às consultas não presenciais para renovação de receituário, assim como cinco Secretários Clínicos.

De acordo com os dados obtidos na plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), do Serviço Nacional de saúde (SNS) a 24 de setembro de 2024, a UCSP em questão, dá resposta a 9.100 indivíduos inscritos (7.138 inscritos com Médico de Família, 1.943 inscritos sem Médico de Família e 19 inscritos esporádicos) e 4.896 famílias. A UCSP não apresenta indicadores relativos ao total de indivíduos e famílias imigrantes inscritas.

A Pirâmide Etária da UCSP (Gráfico 1) mostra a distribuição por idade e sexo dos indivíduos inscritos. É caracterizada por apresentar uma base estreita e mais indivíduos

idosos do que jovens, refletindo uma população envelhecida, o que indica uma baixa taxa de natalidade e uma esperança de vida alta. A pirâmide é relativamente simétrica e tem forma de sino, sugerindo uma população relativamente estável com uma distribuição mais uniforme entre as faixas etárias, em comparação com populações em rápido crescimento ou declínio. No entanto, há um ligeiro afunilamento nas faixas etárias mais velhas, o que é bastante típico da população envelhecida. Apresenta uma distribuição relativamente uniforme de homens e mulheres na maioria dos grupos etários, com apenas pequenas diferenças nos números entre gêneros em cada faixa etária. No sexo masculino, a faixa etária mais prevalente é a dos 70-74 anos (n=333), seguindo-se os homens com 65-69 anos (n= 315) e os com idade entre os 45-49 anos (n=310). Relativamente ao sexo feminino, prevalecem as mulheres com idade 65-69 anos (n= 407), seguindo-se as mulheres entre os 70-74 anos (n=368) e as da faixa etária dos 75-79 anos (n=358).

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



Fonte: Adaptado de SNS, BI-CSP. (s.d.). UCSP. Acedido em setembro 24, 2024

Os problemas de saúde com maior prevalência na população da UCSP são as alterações do metabolismo dos lípidos (n=3.285), hipertensão arterial (n=2.771), excesso de peso (n=2.180), síndrome vertebral com irradiação de dores (n=1.418), obesidade (n=1.398),

perturbações depressivas (n=1.341), outras doenças do aparelho músculo-esquelético (n=1.046), diabetes não insulino-dependentes (n=992), osteoartrose do joelho (n=901) e sinusite crónica ou aguda (n=865).

Relativamente à listagem de utentes atribuída ao Enfermeiro de Família que me acompanhou durante o estágio, e de acordo com os dados extraídos do sistema informático SClínico®, em outubro de 2024, encontravam-se registadas 639 famílias, correspondendo a um total de 1.102 indivíduos. Destes, 169 eram imigrantes, destacando-se a prevalência de nacionais do Brasil (n=53), Angola (n=31), França (n=23), Reino Unido (n=17) e Luxemburgo (n=14) (Tabela 1).

Tabela 1- Imigrantes inscritos no ficheiro do Enfermeiro de Família

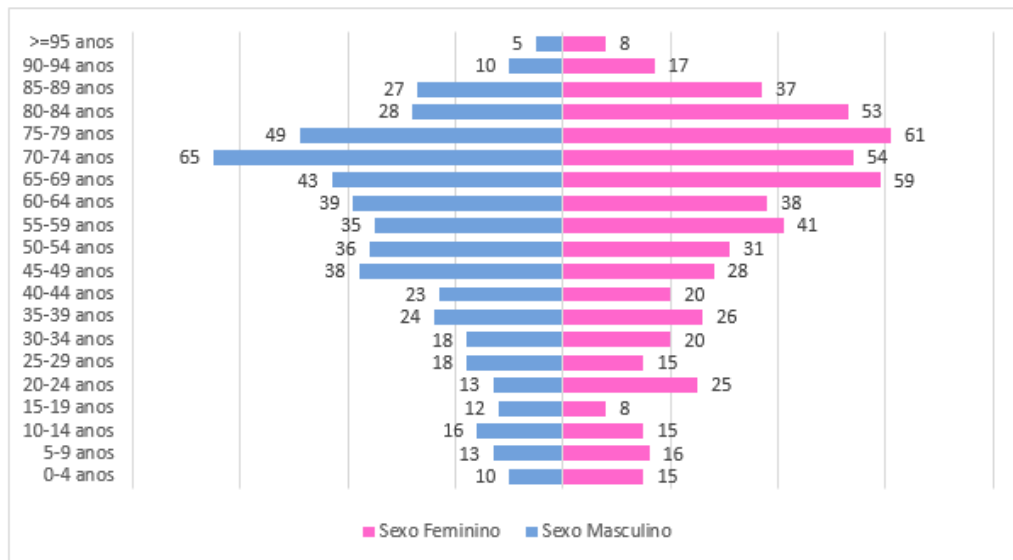
País de origem	Número de imigrantes
Brasil	53
Angola	31
França	23
Reino Unido	17
Luxemburgo	14
Alemanha	5
Moçambique	4
Venezuela	4
Holanda	2
Espanha	2
Ucrânia	2
Cabo Verde	2
São Tomé e Príncipe	2
Estados Unidos da América	1
Índia	1
Bulgária	1
Roménia	1
Colômbia	1
Canadá	1
África do Sul	1
Filipinas	1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

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

O Gráfico 2 representa a pirâmide etária dos utentes registados no ficheiro do Enfermeiro de Família tutor. Em contraste com a primeira pirâmide, esta revela uma assimetria marcada, com uma concentração expressiva na faixa etária dos 65-74 anos, seguida de um declínio acentuado nas idades mais avançadas, refletindo um perfil demográfico envelhecido. A distribuição por sexo varia consoante os grupos etários, verificando-se, em determinadas

faixas, uma predominância feminina. A maior concentração de homens ocorre entre os 70-74 anos (n=65), enquanto a de mulheres se situa entre os 75-79 anos (n=61), tendência que reforça os padrões identificados na pirâmide anterior.

Gráfico 2- Pirâmide etária dos indivíduos inscritos no fichero do Enfermeiro de Família



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

1.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A Enfermagem é uma ciência em constante evolução, marcada pelo aumento da complexidade de cuidados e pela exigência de práticas de excelência, que envolvem a prestação de cuidados baseados em evidência científica e a tomada de decisões complexas (Pires et al., 2023). Neste contexto, é imperativo desenvolver as competências comuns do EE, ao qual é exigida uma postura profissional a ser reconhecida como uma referência na prestação de cuidados aos indivíduos e família (OE, Regulamento nº 140/2019).

No nível de EE, fazendo uso da expressão de Benner (2005), o Enfermeiro atinge um estadió de prática clínica, no qual a experiência acumulada permite-lhe realizar intervenções de forma mais intuitiva e holística. Segundo a mesma autora, o EE demonstra a capacidade de identificar rapidamente as necessidades dos indivíduos e família, fazer julgamentos clínicos precisos e agir de maneira eficaz e ética (Benner, 2005). A experiência e o

conhecimento profundo tornam-se fundamentais para a tomada de decisão do EE, sendo este profissional de saúde reconhecido pela sua habilidade em lidar com situações complexas e imprevisíveis, de forma competente e confiável (Benner, 2005).

O Regulamento nº 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do EE, descreve “o perfil das competências comuns do EE e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em Enfermagem” (OE, Regulamento nº 140/2019, p.4744). De igual modo, com vista a atribuição do título de EE, o regulamento supracitado prevê que estes profissionais adquiram um conjunto de competências comuns aos EE, que prestam cuidados em diferentes contextos de saúde e de especialização (OE, Regulamento nº 140/2019). Os domínios das Competências Comuns do EE, conforme descrito no Artigo 4.º do Regulamento 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do EE, são: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; e d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, Regulamento nº 140/2019).

a) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A Enfermagem, por se tratar de uma profissão que presta cuidados diretamente ao indivíduo e família, está sujeita a uma disciplina especial. O EE, no decorrer do seu exercício profissional, deve agir em conformidade com os princípios éticos, normas legais e deontologia profissional inerentes à sua área de especialização, demonstrando um exercício seguro, profissional, ético e com rigor técnico (OE, Regulamento nº 140/2019). Neste sentido, é imprescindível que o EE apresente habilidades de tomada de decisão, fundamentadas por um corpo de conhecimentos que integra os princípios éticos e deontológicos e na avaliação sistemática das melhores práticas, tendo em conta as necessidades e preferências do indivíduo e família (OE, Regulamento nº 140/2019). De igual modo, o EE deve privilegiar práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e que permitam a análise e a interpretação precisa das especificidades dos cuidados especializados, adotando uma postura proativa na gestão de situações que possam comprometer a segurança, a privacidade e a dignidade dos indivíduos e famílias sob o seu cuidado (OE, Regulamento nº 140/2019).

b) *Domínio da melhoria contínua da qualidade*

A melhoria contínua da qualidade é um fator fundamental na garantia da prestação dos cuidados de saúde de excelência, visando a segurança, a qualidade dos serviços e intervenções de enfermagem baseadas na melhor evidência científica disponível (OE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

No âmbito da excelência dos cuidados de enfermagem prestados, são seis as categorias descritivas enunciadas nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que orientam a qualidade do exercício profissional: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem (OE, 2001).

Neste sentido, o EE deve assumir “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; apresentar “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”; e promover “um ambiente terapêutico e seguro” (OE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

c) *Domínio da gestão dos cuidados*

A gestão dos cuidados em Enfermagem emerge como uma prática essencial que visa a otimização das “respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a eficiência, segurança e elevada qualidade das tarefas delegadas”, bem como adequação dos “recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4748).

Este processo envolve a gestão e organização dos cuidados de enfermagem, a adequação dos recursos humanos e materiais às necessidades de cuidados, o planeamento dos cuidados de enfermagem de forma individualizada e a promoção da colaboração entre a equipa de saúde, visando a otimização do processo de cuidados (OE, Regulamento n.º 140/2019).

d) *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

Segundo a OE, Regulamento n.º 140/2019 (2019), relativo ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE que desenvolve o autoconhecimento e a assertividade é um profissional que “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (p.4749). O Enfermeiro baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica quando “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” (p.4749).

1.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária- área de Enfermagem de Saúde Familiar

A família constitui-se como uma unidade sistémica com funções sociais e capacidade auto-organizativa, representando um espaço privilegiado no suporte à vida e à saúde de todos os seus membros, contribuindo assim para o seu bem-estar físico, mental e social (Figueiredo, 2012).

A saúde familiar é caracterizada por um estado subjetivo, que envolve um conjunto de especificidades associadas à maximização do potencial da saúde da família (Figueiredo, 2012). Nesta perspetiva, os cuidados de enfermagem à família devem ter como finalidade a capacitação da família na resolução de problemas e construção de soluções promotoras de mudança, através da mobilização dos recursos internos e externos promotores de novas formas de interação que, lhes permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança (Figueiredo, 2012).

O Enfermeiro de Família é um elemento crucial nos CSP, uma vez que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais à família, considerando as transições normativas que ocorrem durante o seu processo de desenvolvimento intrinsecamente relacionadas com o ciclo vital, assim como os fatores de stresse familiares que implicam transições situacionais e de saúde/doença com foco nas forças e recursos da

família e nas suas respostas aos problemas reais e potenciais (OE, Regulamento n.º 367/2015).

O EEEC-ESF estabelece no decorrer do seu exercício profissional, uma relação de parceria efetiva com as famílias, apresentando um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica com esta de modo a maximizar os seus resultados em saúde (OE, Regulamento nº 428/2018). Neste sentido, o EEEC-ESF 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 prestação de cuidados à família enquanto alvo central dos cuidados, abrangendo todos os seus elementos ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, constitui uma competência essencial do EEEC-ESF (OE, Regulamento nº 428/2018). Neste sentido, este profissional assume um papel ativo na capacitação da família como um todo e dos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições, considerando sempre a família como unidade de cuidados (OE, Regulamento nº 428/2018).

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

O desenvolvimento da competência “lidera e colabora em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” exige uma articulação eficiente entre equipas de saúde, aliada a uma mobilização estratégica de recursos, de forma a garantir uma prestação de cuidados de elevada qualidade à família (OE, Regulamento nº 428/2018, p. 19358).

2. Atividades Realizadas

2.1. Componente de Investigação: Desafios do Enfermeiro de Família no Cuidar de Famílias Imigrantes

2.1.1. Enquadramento Teórico

As Nações Unidas estimaram que, já em 2015, havia quase 244 milhões de migrantes internacionais, representando 3,3% da população mundial (McAuliffe & Ruhs, 2017).

Em 2023, verificou-se um acréscimo da população estrangeira residente em Portugal, de 33,6% face a 2022, perfazendo um total de 1.044.606 indivíduos estrangeiros titulares de autorização de residência (Agência para a Integração, Migrações e Asilo - Direção de Planeamento, Estudos e Estatística, 2024, pp. 2-4). A nacionalidade brasileira mantém-se como a principal comunidade de imigrantes residentes com uma representação de 35,3% do total (Agência para a Integração, Migrações e Asilo - Direção de Planeamento, Estudos e Estatística, 2024, pp. 2-4). Os imigrantes potencialmente ativos representam 80,5% dos indivíduos imigrantes residentes, com destaque para o grupo etário 25-44 anos (532 214), sendo que a população jovem entre os 0-19 anos representa 11,6%, enquanto a população com mais de 65 anos situa-se nos 7,9% (Agência para a Integração, Migrações e Asilo - Direção de Planeamento, Estudos e Estatística, 2024, pp. 2-4). A distribuição geográfica da população imigrante incide sobretudo no litoral, destacando-se os distritos de Lisboa, Faro e Setúbal com uma representação populacional de 663.699 (63,5%) (Agência para a Integração, Migrações e Asilo - Direção de Planeamento, Estudos e Estatística, 2024, pp. 2-4). No Distrito de Viseu, segundo os dados disponíveis do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2022), em 2021, o saldo imigratório era 7.288 imigrantes (3.734 homens e 3.554 mulheres).

Ao longo de 2023, foram concedidas 2.901 autorizações de residência para atividade de investimento, ao abrigo do artigo n.º 90º-A, da Lei 23/2007, de 4 de julho, na sua redação atual (Agência para a Integração, Migrações e Asilo - Direção de Planeamento, Estudos e

Estatística, 2024, p. 11). Do total de Autorizações de Residência concedidas, 1.554 referem-se ao direito ao reagrupamento familiar, conforme disposto no artigo n.º 98º, da referida Lei (Agência para a Integração, Migrações e Asilo - Direção de Planeamento, Estudos e Estatística, 2024, p. 11).

Os fluxos migratórios têm um impacto profundo nas sociedades europeias, na sua economia e na sua cultura. Os imigrantes deslocam-se para e dentro da Europa e de outros continentes por várias razões, como a procura de trabalho, melhores oportunidades de vida, reunificação familiar, entre outros fatores subjacentes (Sousa, 2019). De igual forma, os motores da imigração incluem, também, a procura de melhores resultados económicos, bem como a instabilidade política e os conflitos armados (Sousa, 2019; Kullamaa & Reile, 2023). Neste sentido, o aumento da imigração para os países europeus tem gerado uma reflexão sobre a importância da integração eficaz das famílias imigrantes, que é crucial para o bem-estar e a coesão das sociedades europeias e para o desenvolvimento regional (Kullamaa & Reile, 2023).

Nos últimos anos, os fluxos migratórios dos países em desenvolvimento para a Europa aumentaram significativamente, tanto por razões económicas, como para fugir à guerra e à perseguição, sendo este aumento especialmente notável nos países mediterrânicos (Di Napoli et al., 2022). Consequentemente, o impacto social e económico da migração internacional tornou-se uma das questões mais debatidas e prementes nas últimas décadas (Di Napoli et al., 2022). Olhando para o contexto histórico português, a influência dos movimentos migratórios corresponde a uma transformação evidente e bastante relevante nas sociedades contemporâneas com a integração das famílias imigrantes (Casquilho-Martins & Matela, 2021). A relação entre os fluxos migratórios e a integração dos imigrantes em Portugal tem acompanhado os vários acontecimentos e mudanças históricas, com diferentes fluxos e níveis de intensidade, bem como nas diversas origens da população imigrante (Casquilho-Martins & Matela, 2021).

O direito de acesso aos cuidados de saúde é uma das principais questões abordadas nos processos de integração de famílias imigrantes. O Plano Nacional de Implementação do Pacto Global para as Migrações (Portugal, Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019) destacou a relevância de promover o acolhimento e a integração destas famílias em várias áreas, incluindo a saúde (*European Commission*, 2021). No domínio da saúde, o plano reforça o compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e com o Pilar dos Direitos Europeus, reafirmando a saúde como um direito de todos, conforme estabelecido na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (*European Commission*, 2021).

A integração de famílias imigrantes nas sociedades europeias, incluindo o acesso aos cuidados de saúde, é um tema complexo e multifacetado (Dias et al., 2018). É essencial que os países adotem políticas públicas eficazes que promovam a inclusão social e o bem-estar destas famílias, com especial atenção à interculturalidade nos serviços de saúde (Aljaddeeh et al., 2024). A atuação dos profissionais de saúde, como os Enfermeiros, deve ser adaptada para lidar com a diversidade cultural dos imigrantes, o que exige formação especializada e sensibilidade às necessidades específicas desta população (Kullamaa & Reile, 2023). A superação das barreiras linguísticas, culturais e sociais é crucial para garantir que as famílias imigrantes tenham acesso igualitário aos cuidados de saúde e possam ser plenamente integradas na sociedade (Kostruba, 2022; Kullamaa & Reile, 2023).

O acesso das famílias imigrantes aos cuidados de saúde tem sido alvo de vários estudos que seguem uma linha de investigação sociológica sobre os fluxos migratórios e a sua integração nos países de acolhimento (Maia et al., 2024). No entanto, verificou-se que existem poucos estudos sobre o contexto português de acessibilidade aos cuidados de saúde por parte das famílias imigrantes, o que nos leva a desenvolver este tema, numa perspetiva da Enfermagem multicultural, ou seja, a nível nacional, o II Plano para a Integração dos Imigrantes 2010-2013 compreendia uma lista de seis medidas relacionadas com a saúde das populações migrantes, incluindo: (i) Promoção do acesso dos imigrantes ao SNS; (ii) Plano de formação para a interculturalidade dos profissionais do SNS (Maia et al., 2024). Os serviços de saúde e a promoção do bem-estar físico e social das populações imigrantes podem criar melhores condições e contribuir para uma melhor integração social nos destinos de acolhimento (Delamuta et al., 2020; Barreto et al., 2024; Cuba et al., 2023). Nesta intervenção biopsicossocial, a dimensão da saúde necessita de ser analisada num contexto que inclua também os fatores ambientais, socioculturais e comportamentais das populações imigrantes, o que poderá constituir-se como um desafio para os Enfermeiros, no caso concreto dos CSP, num contexto de diversidade de indivíduos oriundos de vários países, com diferentes culturas, hábitos e crenças, inclusive, em termos de saúde (Delamuta et al., 2020; Barreto et al., 2024; Cuba et al., 2023). Quer os Enfermeiros, quer os imigrantes enfrentam barreiras linguísticas, culturais e sociais, resultando em vulnerabilidades para ambas as partes. Muitas vezes, quando os imigrantes procuram os serviços de saúde, deparam-se com dificuldades na assistência que não tem em conta as necessidades específicas de cuidados culturalmente sensíveis (Delamuta et al., 2020; Barreto et al., 2024; Cuba et al., 2023).

Para ultrapassar esta lacuna, os Enfermeiros podem basear a sua prática na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), proposta por Madeleine

Leininger (1985; 2001), porque apresenta grande preocupação com o cuidado baseado no respeito pelas crenças, valores e atitudes de cada indivíduo, dentro de um contexto cultural. Além disso, salienta-se que a TDUCC combina a teoria e o método de investigação, distinguindo-se em diferentes níveis de abstração e análise, sendo possível utilizar esta teoria no âmbito da investigação em Enfermagem (Leininger, 1985; Leininger, 2001). Desta forma, o objetivo da TDUCC é apoiar o processo de investigação, auxiliando no desenvolvimento de um corpo de conhecimento científico e humanizado capaz de promover práticas de cuidados culturalmente fundamentadas, conceptualizadas, planeadas e operacionalizadas (Leininger, 1985; Leininger, 2001). Percebe-se que a abordagem teórico-metodológica da TDUCC auxilia na criação de conhecimentos básicos e aplicados na Enfermagem, dado o seu potencial de abstração conceptual e a sua proximidade com o contexto cultural em que os indivíduos vivem e os fenómenos ocorrem (Leininger, 1985; Leininger, 2001). Por isso, será escolhida para fundamentar este estudo, pois os seus pressupostos permitem ancorar a proposição de estratégias para o desenvolvimento adequado de pesquisas realizadas por Enfermeiros, considerando fortemente a influência que aspetos das crenças e da cultura dos imigrantes têm na produção e análise dos dados.

Historicamente, a profissão de Enfermagem sempre defendeu um forte empenho na justiça social, tendo os Enfermeiros um desafio particular em ganhar e manter a confiança das comunidades imigrantes no sistema de saúde, particularmente no que se refere aos CSP (Moorley, 2021). Neste contexto, o estudo de D'Alonzo e Greene (2020), apresenta uma variedade de estratégias para o Enfermeiro de Família estabelecer e manter a confiança das comunidades imigrantes, designadamente 1) conceptualizar a confiança como um *continuum* dinâmico; 2) reconhecer o âmbito e o impacto dos fatores de stresse; 3) separar o facto da ficção; 4) identificar os fatores de stresse relacionados com a deportação e as respostas da comunidade; 5) gerir as questões de confiança e desconfiança; 6) construir pontes; e 7) estabelecer uma presença positiva (D'Alonzo & Greene, 2020). Os Enfermeiros de Família encontram-se numa posição para intervir no sentido de reparar a confiança danificada entre as comunidades imigrantes e o sistema de saúde, utilizando métodos participativos baseados na comunidade (D'Alonzo & Greene, 2020).

Neste sentido, como referem Reis & Spínola (2016), na sua prática clínica, os Enfermeiros que trabalham com famílias imigrantes, por norma, apresentam dificuldades na promoção da saúde, havendo, assim, a necessidade de implementar estratégias para a construção das competências culturais nestes profissionais de saúde.

Para Campinha-Bacote (2011), o primeiro objetivo da competência cultural é o desenvolvimento da equidade nos cuidados de saúde e a redução das disparidades associadas às diversidades étnicas e culturais dos indivíduos. A mesma autora salienta que a competência cultural configura-se como um conjunto de habilidades que os Enfermeiros necessitam de desenvolver, para conseguirem verdadeiramente cuidar dos indivíduos de forma centralizada (Campinha-Bacote, 2011). A cultura é inconsciente e influencia de forma significativa a saúde e a doença (Campinha-Bacote, 2011). Como tal, os profissionais de saúde devem reconhecer, respeitar e integrar as crenças culturais dos indivíduos e as suas práticas em termos de saúde (Campinha-Bacote, 2011). Assim, o Enfermeiro deve ser culturalmente consciente, culturalmente sensível e ter um grau de competência cultural para ser eficaz na integração de crenças na prestação de cuidados, em planos e intervenções de saúde (Campinha-Bacote, 2011).

A competência cultural, no âmbito de cuidados de saúde, equivale a possuir “os conhecimentos, as competências e habilidades que permitem prestar cuidados congruentes com as crenças culturais do utente” (Purnell & Paulanka, 2010, p.6). A competência cultural, em sociedades multiculturais, “continua a ser essencial para os cuidados de saúde, o que implica que os profissionais de saúde detenham conhecimentos culturais gerais e específicos para ajudar a reduzir as desigualdades de género, étnicas e raciais, no âmbito dos cuidados de saúde” (Purnell & Paulanka, 2010, p. 7).

Em 2002, Purnell desenvolveu um modelo de Enfermagem transcultural “*The Purnell Model for Cultural Competence*”, definindo conceitos e um modelo complexo de avaliação cultural, introduzindo, como novidade, uma progressão no processo de ser competente, nomeadamente:

- Incompetente inconsciente – Não tem consciência da falta de conhecimentos sobre outra cultura;
- Incompetente consciente – Tem consciência da sua falta de conhecimentos sobre outra cultura;
- Competência consciente – Aprende acerca da cultura do indivíduo, verifica generalizações acerca da sua cultura e presta cuidados culturalmente específicos;
- Competência inconsciente – Automaticamente presta cuidados culturalmente congruentes a indivíduos de diferentes culturas (Purnell, 2002).

O modelo da competência cultural de Purnell tem sido classificado como uma grande teoria da complexidade holográfica, porque é aplicável a todos os profissionais de saúde,

apresenta uma representação gráfica do modelo e uma extensa estrutura de avaliação na qual o modelo se baseia (Purnell, 2021). Este modelo fornece uma estrutura abrangente e sistemática para aprender e compreender a cultura, sendo principalmente utilizado no contexto da prática clínica (Purnell, 2021). A sua estrutura empírica fornece uma base sólida para os Enfermeiros e outros profissionais de saúde, permitindo a prestação de intervenções terapêuticas holísticas e culturalmente competentes; a promoção da saúde e bem-estar; a prevenção de doenças e lesões; a manutenção e o restabelecimento da saúde; e a literacia em saúde em diversos contextos educativos e da prática profissional (Purnel, 2021).

O Modelo de Purnell (Figura 1) é representado por um círculo com várias orlas, cada uma representando diferentes níveis de interação social: a sociedade global na orla externa, seguida pela comunidade, família e, no centro, a pessoa (Purnell, 2005; Purnell, 2021). O interior do círculo é dividido em 12 domínios culturais, que incluem aspetos como a comunicação, a organização familiar, os comportamentos de risco, a nutrição, a espiritualidade e as práticas de saúde (Purnell, 2005; Purnell, 2021). O centro escuro do círculo simboliza os fenómenos desconhecidos, e a linha dentada representa a consciência cultural, que é um conceito não linear (Purnell, 2005; Purnell, 2021). Esses 12 domínios estruturam a avaliação cultural e são considerados fundamentais para compreender as características dos diferentes grupos culturais (Purnell, 2005; Purnell, 2021).

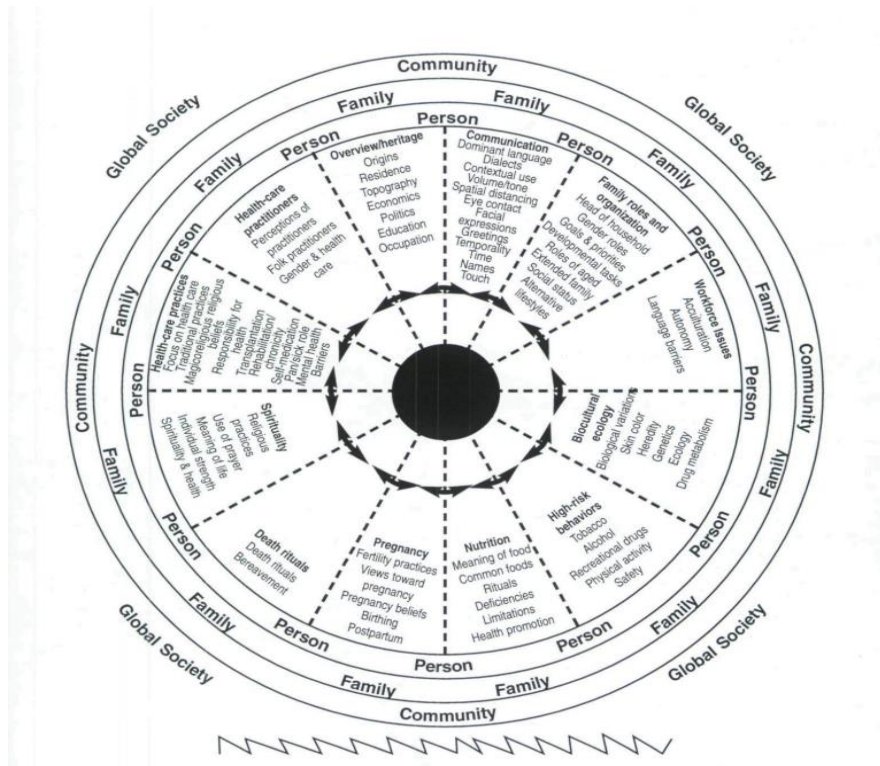


Figura 1- Modelo da Competência Cultural de Purnell

Fonte: Adaptado de Purnell (2005, p. 11)

Os profissionais de saúde podem usar este modelo para compreender as suas próprias crenças culturais, atitudes, valores, práticas e comportamentos (Purnell, 2005). Com isto, os objetivos do Modelo são (Purnell, 2005, p. 12):

- Fornecer uma estrutura para todos os profissionais de saúde aprenderem conceitos e características da cultura;
- Definir as circunstâncias que afetam a visão do mundo cultural de um indivíduo no contexto de perspectivas históricas;
- Fornecer um modelo que liga as relações mais centrais da cultura;
- Relacionar as características da cultura para promover a congruência e facilitar a prestação de cuidados de saúde conscientemente sensíveis e competentes;
- Fornecer uma estrutura que reflita as características humanas, como a motivação, a intencionalidade e o significado;
- Fornecer uma estrutura para a análise de dados culturais;

- Ver o indivíduo, a família ou o grupo dentro do seu ambiente etnocultural único (Purnell, 2005, p. 12).

O modelo da competência cultural de Purnell baseia-se na ideia de que todos os profissionais de saúde precisam de informações sobre a diversidade cultural e devem partilhar conceitos fundamentais relacionados com a sociedade global, a família, o indivíduo e a saúde (Purnell & Paulanka, 2010). O modelo parte do princípio de que todas as culturas são diferentes, mas nenhuma é superior à outra, e que existem semelhanças comuns entre todas as culturas, embora com diferenças internas entre elas (Purnell & Paulanka, 2010). A cultura influencia profundamente a interpretação e as respostas de um indivíduo aos cuidados de saúde (Purnell & Paulanka, 2010). Os profissionais de saúde devem, portanto, ter um conhecimento, tanto geral quanto específico, sobre as diferentes culturas para oferecer cuidados culturalmente sensíveis e competentes (Purnell & Paulanka, 2010). Neste sentido, os Enfermeiros que adotam uma abordagem culturalmente competente, melhoram a qualidade dos cuidados prestados ao indivíduo e família. A cultura de aprendizagem é um processo contínuo, desenvolvido principalmente através de encontros culturais (Purnell, 2002; Purnell, 2021). Este modelo pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde em qualquer ambiente de prestação de cuidados, sendo especialmente útil em contextos de cuidados de saúde orientados para o trabalho em equipa (Purnell, 2002; Purnell, 2021).

Ao fornecer uma estrutura para intervenções terapêuticas culturalmente competentes, o Modelo de Purnell apoia a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a manutenção da saúde (Purnell, 2021). Esta abordagem holística é essencial para melhorar os resultados de saúde em diferentes grupos culturais, bem como contribui significativamente para a compreensão e aplicação da competência cultural nos cuidados de saúde, oferecendo uma estrutura organizada, ferramentas de avaliação e práticas reflexivas que melhoram a qualidade dos cuidados prestados a famílias de diferentes culturas (Purnell, 2021). À medida que mais indivíduos e famílias de diversas culturas utilizam os serviços de saúde, os Enfermeiros necessitam de estar conscientes das suas diferentes perceções e níveis de tolerância aos cuidados de saúde (Albougami et al., 2016). A tomada de decisão no atendimento ao indivíduo e família envolve muitas considerações importantes, incluindo as suas atitudes e a sua reação ao aconselhamento, por exemplo, sobre um tratamento (Albougami et al., 2016). Por tal, a adaptabilidade dos Enfermeiros é fundamental, principalmente no que diz respeito à diversidade cultural, pois essa questão pode afetar a qualidade dos cuidados prestados (Albougami et al., 2016). Os mesmos autores defendem que os Enfermeiros devem ter informações suficientes sobre as diferentes origens culturais e

costumes para serem capazes de conduzir avaliações holísticas do indivíduo e família (Albougami et al., 2016).

Reis & Costa (2014, p. 63) referem que “cuidar de imigrantes proporciona aos Enfermeiros uma nova forma de olhar sobre si mesmos e sobre aqueles de quem cuidam”. As interações entre estes agentes encontram-se na base do “desenvolvimento das competências culturais nos Enfermeiros e da vivência equilibrada de processos de transição nos imigrantes, de acordo com Leininger e Meleis” (Reis e Costa, 2014, p. 63).

Segundo Reis & Costa (2014), num estudo realizado com o objetivo de estudar o processo de construção das competências culturais dos Enfermeiros, partindo da identificação dos significados atribuídos nas díades em contexto de cuidados (USF e domicílios dos imigrantes), verificaram que as competências culturais dos Enfermeiros são construídas processualmente no contexto de cuidados, sendo que o processo tem início “nas interações com os imigrantes”, onde “os enfermeiros identificam as áreas deficitárias nos conhecimentos e habilidades culturais; e tomam consciência do património cultural bilateral nos encontros” (Reis & Costa, 2014, p. 61). As autoras chegaram à conclusão que a “consciência cultural, associada à motivação para cuidar de imigrantes, assenta numa base evolutiva do etnocentrismo para o relativismo étnico na prática clínica dos Enfermeiros” (Reis & Costa, 2014, p. 61).

Neste sentido, é relevante referenciar Campinha-Bacote (2011), que parte de uma pergunta incómoda: “Como poderá o Enfermeiro prestar cuidados centrados no utente, quando as crenças, as práticas e os valores de saúde do utente estão em conflito direto com as diretrizes médicas e de enfermagem?” Para dar resposta a esta questão, o seu Modelo de Processo de Competência Cultural considera a dicotomia literacia em saúde e a competência cultural, como dois elementos intimamente relacionados. Assim, os Enfermeiros em contexto de CSP, que prestam cuidados a famílias imigrantes, podem aplicar o Modelo de Processo de Competência Cultural de Campinha-Bacote usando a mnemónica ASKED (*awareness, skills, knowledge, encounters e desire*) - consciência, competências, conhecimentos, encontros e desejo – o que equivale à incorporação de avaliações culturalmente apropriadas e disseminar informações de saúde em níveis mais baixos de literacia em saúde, um processo necessário para que Enfermeiros prestem cuidados de qualidade à diversidade de famílias imigrantes (Campinha-Bacote, 2011). Como implicações para a EC-ESF, ainda em conformidade com a autora, os Enfermeiros devem ter sempre em consideração que a literacia em saúde deve ser avaliada e o cuidado deve ser baseado no nível de compreensão do indivíduo e família, nos seus valores e normas culturais (Campinha-Bacote, 2011).

Prestar cuidados a famílias imigrantes culturalmente diversas apresenta desafios significativos para os Enfermeiros, principalmente devido às barreiras linguísticas, ausência de intérpretes profissionais, diferenças culturais, baixa literacia em saúde, diferenças de género e valores e crenças diferentes do país de acolhimento (Çetinkaya & Ceylan, 2022; Zarth et al., 2024). Estas dificuldades podem dificultar a comunicação eficaz e a prestação de cuidados adequados, dificultando a avaliação e a abordagem das necessidades das famílias imigrantes (Çetinkaya & Ceylan, 2022; Zarth et al., 2024). Os Enfermeiros podem não ter sensibilidade intercultural necessária para compreender as práticas e crenças culturais únicas das famílias imigrantes, o que pode afetar a prestação de cuidados (Özdemir & Kiymaz, 2023). Muitas vezes, os Enfermeiros possuem uma formação insuficiente em cuidados transculturais, o que limita a sua capacidade de interagir eficazmente com estas famílias (Mango & Dabrynets, 2024).

Neste âmbito, faz-se referência à revisão narrativa da literatura de Theodosopoulos et al. (2024), que analisa criticamente a literatura existente sobre a prestação de cuidados culturalmente competentes aos imigrantes, destacando os principais quadros teóricos, os resultados empíricos e as estratégias práticas para melhorar a competência cultural nos contextos de cuidados de saúde. A análise identificou disparidades significativas em saúde enfrentadas pelos imigrantes, incluindo barreiras no acesso aos cuidados de saúde, desafios de comunicação e questões sistémicas nas instituições de cuidados de saúde. Theodosopoulos et al. (2024) salientam a importância de programas de formação abrangentes, políticas organizacionais de apoio, envolvimento da comunidade e utilização inovadora da tecnologia e da telemedicina. Esta revisão da literatura sublinhou a importância crucial da prestação de cuidados culturalmente competentes às populações imigrantes, por parte dos Enfermeiros (Theodosopoulos et al., 2024). Os principais resultados destacam os componentes multifacetados da competência cultural, incluindo a consciencialização, os conhecimentos, as aptidões, os encontros e o desejo cultural, todos eles essenciais para melhorar os resultados dos cuidados de saúde e a satisfação dos doentes, tendo por base o Modelo de Processo de Competência Cultural de Campinha-Bacote (Theodosopoulos et al., 2024).

Outros estudos demonstraram que as práticas de cuidados de saúde culturalmente sensíveis podem promover a participação das famílias, como uma unidade de cuidados com a sua singularidade; a adesão aos planos de tratamento e o estado geral de saúde (Kompothanasí et al., 2022; Dylan, 2023). Assim, depreende-se que, para as populações imigrantes, que frequentemente enfrentam barreiras significativas no acesso aos cuidados de

saúde, os cuidados culturalmente competentes não são apenas benéficos, mas necessários; e promovem a equidade e a inclusão na prestação de cuidados de saúde, assegurando que todas as famílias recebem cuidados adequados e eficazes, independentemente da sua origem cultural ou linguística (Kompothanasi et al., 2022; Dylan, 2023).

Assim sendo, o aumento contínuo da diversidade cultural, impulsionado pela imigração global, aliado às disparidades persistentes no acesso e na prestação de cuidados de saúde, evidencia a necessidade premente de uma abordagem culturalmente competente. Neste contexto, Červený et al. (2022), através de uma *scoping review*, identificaram cinco desafios centrais enfrentados pelos Enfermeiros de Família no cuidado a famílias imigrantes: insuficiência de conhecimentos culturais, barreiras linguísticas, micro-racismo, escassez de tempo para participação em ações de formação e para a prestação de cuidados culturalmente sensíveis, bem como recomendações para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Os autores defendem que os Enfermeiros devem adotar uma postura proativa, promovendo a formação contínua e a aquisição de competências culturais, elementos essenciais para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e para a promoção da equidade em saúde (Červený et al., 2022).

Neste âmbito, Jabbari et al. (2023) destacam a importância do conhecimento aprofundado da dinâmica familiar por parte do Enfermeiro de Família, dado o seu impacto significativo nos resultados em saúde, exigindo, por isso, uma atenção particular. Quando a dinâmica familiar é disfuncional, os seus membros podem estar mais suscetíveis a experiências traumáticas e a elevados níveis de stresse ao longo do ciclo vital, o que se associa a um maior risco de desenvolver problemas de saúde física e mental, fenómeno amplamente descrito como experiências adversas (Jabbari et al., 2023). Face à crescente diversidade cultural e étnica das populações imigrantes a nível nacional, torna-se imperativo que os Enfermeiros de Família adotem uma abordagem baseada em cuidados culturalmente competentes, garantindo cuidados de saúde ajustados às especificidades destas comunidades (Maia et al., 2024).

No seu estudo, Paredath et al. (2023) salientam que os Enfermeiros reconhecem as barreiras de comunicação, incluindo a língua, que afetam os cuidados culturalmente sensíveis. As famílias imigrantes e os mediadores culturais salientam a importância de conversas informais para a aprendizagem cultural, sugerindo que a formação regulamentada dos Enfermeiros é essencial para ultrapassar estas barreiras (Paredath et al., 2023). De igual modo, outros autores referem que as barreiras linguísticas entre Enfermeiros e famílias imigrantes podem levar à discriminação, comprometendo os cuidados (Felsenstein, 2019;

Alkhaled et al., 2022; Saadi et al., 2024). As competências de comunicação eficazes, incluindo a sensibilidade cultural e as técnicas terapêuticas, são essenciais para os Enfermeiros promoverem cuidados de enfermagem transculturais às famílias imigrantes e melhorarem as interações (Felsenstein, 2019; Alkhaled et al., 2022; Saadi et al., 2024).

Dada a complexidade do fenómeno migratório e as suas repercussões nos domínios político, cultural e económico das sociedades contemporâneas, esta temática tem-se afirmado como um objeto de estudo recorrente no contexto científico-académico. No âmbito da Enfermagem, a literatura atual centra-se predominantemente nas transições saúde-doença da população imigrante, abordando aspetos como a qualidade de vida, a saúde mental, a gravidez e parto, bem como o acesso e a prestação de cuidados no contexto dos CSP (Barreto et al., 2019). Os estudos nesta área têm recorrido a diversas abordagens teórico-metodológicas, incluindo desenhos exploratórios, transversais e descritivos, bem como metodologias qualitativas, quantitativas e de métodos mistos, constituindo um ponto de partida para uma reflexão crítica e interventiva no âmbito da EC-ESF.

Neste sentido, a promoção de uma discussão aprofundada sobre os desafios enfrentados pelos Enfermeiros de Família na prestação de cuidados a famílias imigrantes representa uma mais-valia para a EC-ESF. Assim, este estudo tem como objetivo geral: mapear a evidência científica sobre os desafios do Enfermeiro de Família no cuidar de famílias imigrantes, em contexto de CSP, e como objetivos específicos: identificar as barreiras aos cuidados de enfermagem transcultural e identificar os fatores facilitadores dos cuidados de enfermagem transcultural.

2.1.2. Metodologia

A *scoping review*, de acordo com os critérios de elegibilidade do Joanna Briggs Institute (JBI), evidencia o rigor e a transparência, visando contribuir para o avanço do conhecimento nas práticas de cuidados de saúde e investigação (Peters et al., 2020). Esta abordagem caracteriza-se pela definição clara dos objetivos e questões de investigação, permitindo a síntese estruturada da evidência disponível sobre um determinado tema e a identificação/análise de lacunas no conhecimento (Peters et al., 2021).

Esta abordagem tem vindo a ser amplamente utilizada na investigação, pois possibilita um exame abrangente e sistemático da literatura, clarificando conceitos, identificando falhas de conhecimento e analisando as abordagens metodológicas adotadas em estudos anteriores

(Munn et al., 2018). Além disso, esta metodologia constitui uma base fundamental para futuras revisões sistemáticas, ao fornecer um quadro estruturado para aprofundamento da evidência científica (Munn et al., 2018).

Numa *scoping review*, é fundamental estabelecer o(s) objetivo(s) e formular a questão de investigação, que tem de ter amplitude suficiente para abranger a diversidade presente na literatura sobre o tema escolhido, ou seja, deve ser clara e precisa, em conformidade com os elementos Participantes, Conceito e Contexto (PCC), bem como deve orientar a formulação dos critérios de inclusão para a revisão (Aromataris et al., 2024).

Neste sentido, foi realizada uma *scoping review* de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo JBI e do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* para *scoping review* (PRISMA-ScR) (Page et al., 2021), envolvendo uma pesquisa exaustiva e sistemática da literatura relacionada com os desafios do Enfermeiro de Família no cuidar de famílias imigrantes, com a finalidade de recolher a evidência e verificar potenciais lacunas do conhecimento e/ou investigações na área.

Tendo em conta as diretrizes acima mencionadas, para este estudo, definiu-se a seguinte questão de investigação: Quais os desafios do Enfermeiro de Família no cuidar de famílias imigrantes, em contexto de CSP?

Critérios de elegibilidade

A definição dos critérios de inclusão é um passo fundamental numa *scoping review*, uma vez que define o âmbito das fontes a serem incluídas na revisão (Peters et al., 2021). Assim, a presente *scoping review* seguiu os critérios de elegibilidade solicitados pelo JBI (Peters et al., 2021): PCC, pelo que foram incluídos estudos que: a) quanto aos participantes, abordassem os Enfermeiros; b) quanto ao conceito, abordassem os desafios dos Enfermeiros no cuidar de famílias imigrantes; c) quanto ao contexto, contemplassem os CSP e/ou outros contextos de cuidados de saúde; d) quanto ao idioma, estivessem escritos em português, espanhol e inglês; e) sem limite temporal; f) quanto ao desenho do estudo, estudos de pesquisa quantitativa, qualitativa, revisões de literatura e literatura cinzenta.

Estratégia de pesquisa

Para a pesquisa e recolha de dados, recorreu-se à plataforma PubMed e, via EBSCOhost, às bases de dados CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection:

Comprehensive e MEDLINE Complete. Recorreu-se ainda à B-On, Web of Science e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Para a estratégia de pesquisa (Tabela 2), recorreu-se aos descritores científicos MeSH; DeCS, CINAHL *headings*, palavras-chave em linguagem natural e aos operadores booleanos AND e OR. Foi aplicado um filtro de pesquisa relacionado com o idioma, sendo selecionadas evidências em português, espanhol e inglês, sem limitação temporal.

Tabela 2- Estratégia de pesquisa

Estratégia	Base de Dados
<p>((("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]) AND ("culturally competent care"[MeSH Terms] OR "culturally competent care"[Title/Abstract] OR "cross cultural care"[Title/Abstract] OR "cultural care"[Title/Abstract] OR "culturally competent health care"[Title/Abstract] OR "culturally sensitive care"[Title/Abstract]OR "transcultural nursing"[MeSH Terms] OR "transcultural nursing"[Title/Abstract] OR "cultural nursing competence"[Title/Abstract] OR "cultural nursing"[Title/Abstract] OR "culturally competent nursing"[Title/Abstract] OR "culturally competent nursing care"[Title/Abstract] OR "primary care nursing"[MeSH Terms] OR "primary care nursing"[Title/Abstract] OR "family nursing"[MeSH Terms] OR "family nursing"[Title/Abstract] OR "family centered nursing"[Title/Abstract] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing care"[Title/Abstract] OR "nursing"[Title/Abstract] OR "community health nursing"[MeSH Terms] OR "community health nursing"[Title/Abstract] OR "community nursing"[Title/Abstract]))</p>	PubMed
<p>(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 ("culturally competent care" OR "cross cultural care" OR "cultural care" OR "culturally competent health care" OR "culturally sensitive care" OR "transcultural nursing" OR "cultural nursing competence" OR "cultural nursing" OR "culturally competent nursing" OR "culturally competent nursing care" OR "primary care nursing" OR "family nursing" OR "family centered nursing" OR "nursing care" OR "nursing" OR "community health nursing" OR "community nursing") OR TI ("culturally competent care" OR "cross cultural care" OR "cultural care" OR "culturally competent healthcare" OR "culturally sensitive care" OR "transcultural nursing" OR "cultural nursing competence" OR "cultural nursing" OR "culturally competent nursing" OR "culturally competent nursing care" OR "primary care nursing" OR "family nursing" OR "family centered nursing" OR "nursing care" OR "nursing" OR "community health nursing" OR "community nursing") OR AB ("culturally competent care" OR "cross cultural care" OR "cultural care" OR "culturally competent healthcare" OR "culturally sensitive care" OR "transcultural nursing" OR "cultural nursing competence" OR "cultural nursing" OR "culturally competent nursing" OR "culturally competent nursing care" OR "primary care nursing" OR "family nursing" OR "family centered nursing" OR "nursing care" OR "nursing" OR "community health nursing" OR "community nursing"))</p>	CINAHL Complete

(TI=(family OR families) OR AB=(family OR families)) AND (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 (TI=("culturally competent care" OR "cross cultural care" OR "cultural care" OR "culturally competent health care" OR "culturally sensitive care" OR "transcultural nursing" OR "cultural nursing competence" OR "cultural nursing" OR "culturally competent nursing" OR "culturally competent nursing care" OR "primary care nursing" OR "family nursing" OR "family centered nursing" OR "nursing care" OR "nursing" OR "community health nursing" OR "community nursing") OR AB=("culturally competent care" OR "cross cultural care" OR "cultural care" OR "culturally competent health care" OR "culturally sensitive care" OR "transcultural nursing" OR "cultural nursing competence" OR "cultural nursing" OR "culturally competent nursing" OR "culturally competent nursing care" OR "primary care nursing" OR "family nursing" OR "family centered nursing" OR "nursing care" OR "nursing" OR "community health nursing" OR "community nursing"))

Web of Science

Família AND Imigrantes AND Enfermagem Transcultural

RCAAP

A pesquisa decorreu entre 10 e 18 de novembro de 2024. Todos os registos recuperados das pesquisas nas bases de dados foram exportados para o *software* Rayyan®, a fim de serem submetidos a uma triagem para inclusão, desde que cumprissem os critérios de elegibilidade e que dessem resposta à questão de investigação. A relevância dos estudos pesquisados foi analisada por dois revisores independentes, sem necessidade de inclusão de um terceiro revisor, uma vez que não ocorreram discordâncias entre os mesmos. O resumo do processo de seleção dos estudos é apresentado no diagrama PRISMA-ScR *flow* (Figura 2), com base nas etapas: identificação, análise e inclusão. A pesquisa realizada resultou na identificação de 3.657 estudos. Na primeira etapa, foram removidos 2.274 registos duplicados. Na segunda fase, procedeu-se à leitura criteriosa dos títulos e resumos dos 1.383 estudos elegíveis, resultando na exclusão de 1.069 estudos pelo título e de 276 após análise do resumo, por não cumprirem os critérios de inclusão. Posteriormente, 38 estudos foram lidos na íntegra, dos quais 25 foram excluídos por não cumprirem os critérios de elegibilidade. Assim, 13 estudos foram selecionados para inclusão na revisão. Estes foram em seguida, submetidos à aplicação da JBI *Critical Appraisal Checklist* (Anexo I), constatando-se a observância das exigências para a inclusão na revisão (Lockwood et al., 2015).

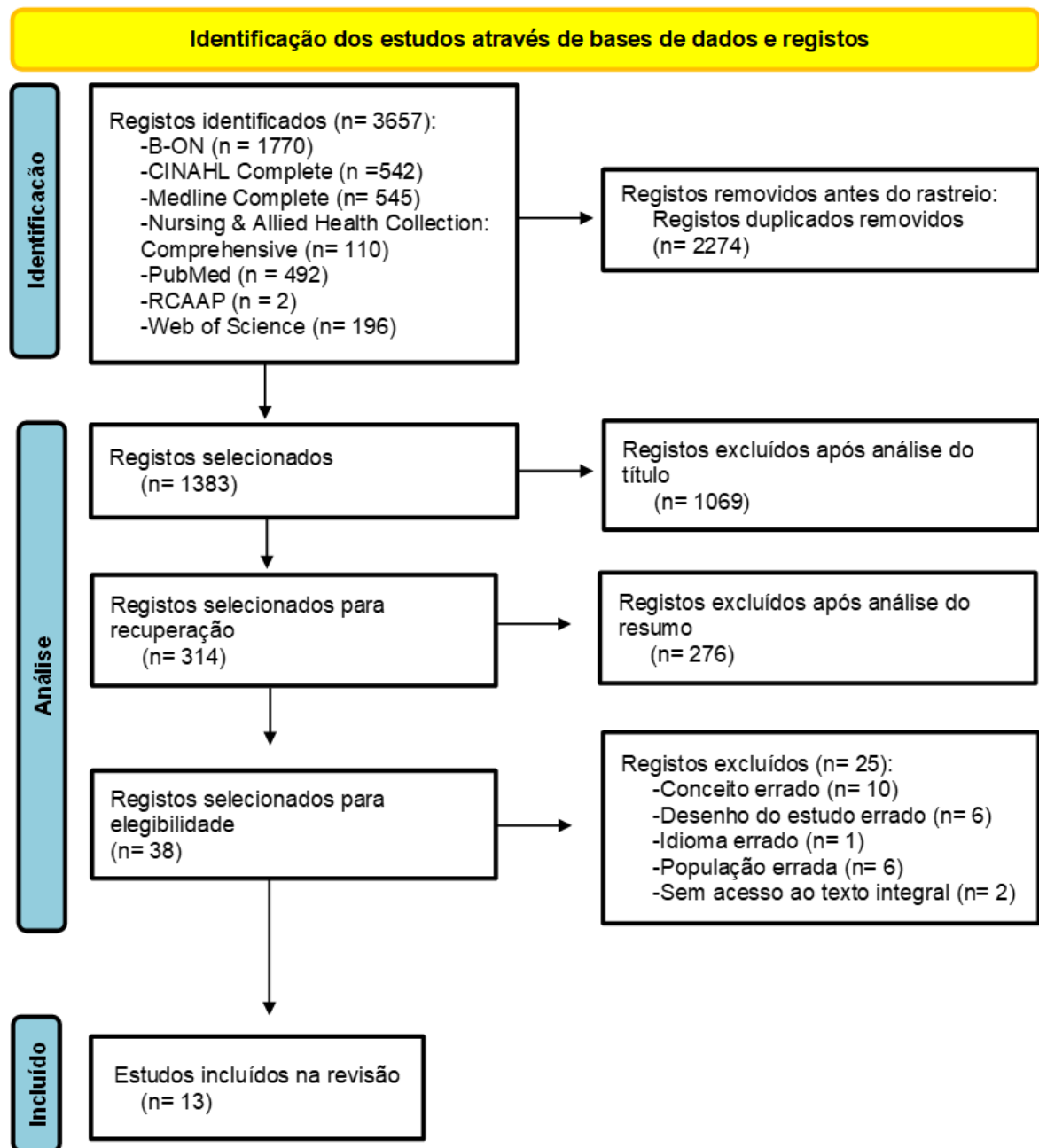


Figura 2- Diagrama PRISMA-ScR flow

Fonte: Adaptado de Page et al. (2021)

2.1.3. Resultados

Para garantir uma organização estruturada dos dados extraídos dos 13 estudos selecionados, foi elaborado o Quadro 1, com base nas diretrizes do Manual do JBI (Peters et al., 2020). Este quadro reúne as informações mais pertinentes para responder à questão de investigação, encontrando-se organizada de acordo com: número do estudo (Nº), autores, ano de publicação, título, país de origem, objetivos, metodologia, resultados e implicações para a prática clínica.

Perante a existência de apenas dois estudos elegíveis no contexto dos CSP, os critérios de elegibilidade foram ampliados de modo a incluir outros contextos de cuidados de saúde. Consequentemente, os participantes passaram a abranger Enfermeiros, desde que os estudos analisassem os desafios inerentes ao cuidado de famílias imigrantes, mantendo-se a relevância face à questão de investigação. Assim, o Quadro 1 integra os estudos desenvolvidos em CSP, bem com os realizados noutros contextos de cuidados de saúde.

Quadro 1- Quadro de extração de dados

Nº/Autor/Ano/ Título/País	Objetivo	Metodologia	Resultados	Implicações para a Prática Clínica
<p>E1</p> <p>Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B. (2022).</p> <p>Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway.</p> <p>Noruega</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Explorar as experiências dos Enfermeiros no cuidar de doentes provenientes de minorias étnicas</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> Estudo qualitativo exploratório</p> <p><u>Participantes:</u> 21 Enfermeiros, de um hospital na Noruega, com 2-31 anos de experiência profissional.</p> <p><u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Entrevistas semiestruturadas em grupos focais.</p>	<p>Os Enfermeiros enfrentaram desafios significativos na comunicação com indivíduos e famílias imigrantes, sendo as barreiras linguísticas um dos principais obstáculos. Para mitigar esta dificuldade, os Enfermeiros recorreram a outros idiomas, a estratégias de comunicação não verbal, a perguntas de controlo para determinar se a informação era percebida e a intérpretes. No entanto, a qualidade da tradução variava consoante o intérprete e alguns indivíduos e famílias recusaram este serviço por questões de privacidade ou diferenças de género.</p> <p>Foram também identificadas barreiras culturais e religiosas, incluindo diferentes crenças em saúde e religiosas, expressões de dor, rituais de autocuidado, preferências alimentares, necessidades de presença da família em ambiente de cuidados de saúde e respostas aos cuidados por profissionais do sexo oposto.</p> <p>Apesar destas dificuldades, os Enfermeiros consideraram as experiências de cuidados a indivíduos e famílias imigrantes enriquecedoras, destacando que a formação em competência cultural e a experiência prévia de contacto com estas famílias facilitavam a prestação de cuidados.</p>	<p>Necessidade da aquisição e desenvolvimento de competências culturais, religiosas e linguísticas pelos Enfermeiros de Família, fundamentais para otimizar a comunicação e a prestação de cuidados a indivíduos e famílias imigrantes. A implementação de estratégias estruturadas para a superação das barreiras linguísticas, incluindo a utilização eficaz de intérpretes qualificados, pode contribuir significativamente para a melhoria da acessibilidade e da qualidade dos cuidados. Além disso, a adaptação dos cuidados às especificidades culturais e religiosas dos indivíduos e famílias imigrantes promove uma abordagem mais humanizada e centrada na família, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde e a qualidade dos cuidados de enfermagem.</p>
<p>E2</p> <p>Camedda, C., & Righi, M. (2024).</p> <p>Experiences and suggestions of Nurses involved in caring for migrant populations in Italy: A qualitative study.</p> <p>Itália</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Explorar as experiências dos Enfermeiros na prestação de cuidados a migrantes, regulares e não regulares, em clínicas de ambulatório em Itália.</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> Estudo qualitativo descritivo</p> <p><u>Participantes:</u> 13 Enfermeiros que trabalhavam com populações migrantes em ambientes extra-hospitalares, com 2-42 anos de experiência como Enfermeiros e 2-12 anos de experiência na área da migração.</p> <p><u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Entrevistas semiestruturadas <i>online</i>.</p>	<p>Os Enfermeiros enfrentaram múltiplos desafios no cuidado a indivíduos e famílias imigrantes, relacionados com as barreiras linguísticas, as barreiras culturais e religiosas, as características antropológicas e a sua baixa literacia em saúde e os preconceitos culturais dos Enfermeiros. Além disso, referiram obstáculos relacionados com a legislação da imigração e a escassez de recursos humanos e materiais.</p> <p>Apenas três Enfermeiros não relataram dificuldades, atribuindo esta facilidade à sua experiência de trabalho internacional.</p> <p>Para mitigar estas barreiras, os Enfermeiros destacaram a importância da mediação cultural, do estabelecimento de uma relação de confiança, de empatia e de respeito. Recomendaram ainda o uso de estratégias de comunicação eficazes, a formação contínua em competência cultural, a partilha de experiências na equipa multiprofissional, a orientação dos indivíduos e famílias imigrantes sobre o sistema de saúde e a documentação informatizada dos cuidados prestados. A sensibilização da comunidade e dos profissionais de saúde e a resiliência foram identificadas como fatores essenciais para melhorar os cuidados transculturais.</p>	<p>Necessidade dos Enfermeiros de Família desenvolverem competências culturais, de forma a garantir uma prestação de cuidados mais equitativa e adaptada às necessidades dos indivíduos e famílias imigrantes. A identificação das barreiras linguísticas, culturais, religiosas e estruturais reforça a importância da implementação de estratégias organizadas, como o uso eficaz de mediadores culturais e de estratégias comunicacionais eficazes, bem como a formação contínua sobre os cuidados transculturais.</p> <p>Além disso, a adoção de uma abordagem centrada na família, baseada no respeito, empatia e confiança, pode contribuir para melhorar a adesão terapêutica e a utilização dos serviços de saúde. A promoção de ações de sensibilização junto da comunidade e da equipa multiprofissional, aliada ao investimento na documentação informatizada dos cuidados prestados, pode otimizar a qualidade e a continuidade dos cuidados.</p>

<p>E3</p> <p>Chen, C., & Huang, M.C. (2018).</p> <p>Exploring the growth trajectory of cultural competence in Taiwanese pediatric nurses.</p> <p>Taiwan</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Explorar a evolução da competência cultural dos Enfermeiros pediátricos de Taiwan</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> Estudo qualitativo fenomenológico</p> <p><u>Participantes:</u> 10 Enfermeiros pediátricos (média de 6,3 anos de experiência profissional em pediatria)</p> <p><u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Entrevistas semiestruturadas.</p>	<p>Os Enfermeiros enfrentaram dificuldades significativas na comunicação com crianças imigrantes e suas famílias devido às barreiras linguísticas. Para minimizar estas dificuldades, recorreram ao apoio de colegas, outros profissionais de saúde, familiares e amigos da família ou a intérpretes, e complementaram a informação verbal com a demonstração de procedimentos e folhetos em diferentes línguas.</p> <p>Os profissionais sugeriram a criação de materiais informativos multilingues, grupos de apoio para famílias imigrantes e o ensino de frases básicas pelas próprias famílias, para facilitar a comunicação. Embora a maioria dos Enfermeiros não tenha recebido formação específica em competência cultural, referiram desenvolver esta competência através da experiência de contacto com as famílias imigrantes.</p>	<p>Necessidade de melhorar a comunicação entre Enfermeiros e as famílias imigrantes, nomeadamente através da disponibilização de materiais informativos multilingues e do reforço de estratégias que facilitem a interação, como a demonstração de procedimentos e o envolvimento de familiares, outros profissionais de saúde ou intérpretes na comunicação. Além disso, sublinha-se a importância da formação para desenvolver a competência cultural, uma vez que muitos Enfermeiros referiram adquiri-la apenas pela experiência prática.</p>
<p>E4</p> <p>Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B., & Vike, H. (2014).</p> <p>Facing diversity under institutional constraints: Challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients.</p> <p>Noruega</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Analisar os desafios enfrentados pelos Enfermeiros de Saúde Comunitária na prestação de cuidados de saúde ao domicílio a doentes de minorias étnicas.</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> Estudo qualitativo com abordagem hermenêutica.</p> <p><u>Participantes:</u> 19 Enfermeiros noruegueses (dois tinham 14 e 17 anos de experiência em cuidados domiciliários; os restantes tinham pelo menos, 1 ano de experiência em cuidados de saúde ao domicílio).</p> <p><u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Entrevistas semiestruturadas.</p>	<p>Os Enfermeiros identificaram diversas experiências de prestação de cuidados a indivíduos e famílias imigrantes, que foram consideradas desafiantes, como o apoio nas atividades pessoais, diferentes crenças sobre atividade e reabilitação, práticas religiosas desconhecidas e diferentes formas de lidar com a morte.</p> <p>O medo de cometer erros ou de ofender estes indivíduos e famílias durante a prestação de cuidados pessoais, foi uma preocupação central, intensificada pela necessidade de respeitar as práticas culturais e religiosas durante os cuidados.</p> <p>Os Enfermeiros demonstraram falta de experiência na prestação de cuidados de Enfermagem transculturais, pouco conhecimento sobre as diferentes culturas e baixa competência cultural.</p>	<p>Necessidade dos Enfermeiros investirem em formação de modo a adquirir e desenvolver a competência cultural, especialmente na prestação de cuidados pessoais, respeitando as práticas culturais e religiosas. O receio de cometer erros ou de desrespeitar as famílias reforça a importância de promover formação específica sobre diversidade cultural e cuidados transculturais. Assim, a incorporação de estratégias educativas e o desenvolvimento de diretrizes institucionais pode melhorar a confiança dos profissionais e garantir cuidados mais humanizados, seguros e respeitadores das especificidades culturais das famílias imigrantes.</p>
<p>E5</p> <p>Domingos, A.R.D. (2019).</p> <p>Competência cultural do Enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde materna e</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Compreender o significado de competência cultural na perspectiva do EESMO; Compreender a contribuição dos mediadores interculturais nos cuidados</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> Estudo qualitativo fenomenológico-hermenêutico.</p> <p><u>Participantes:</u> 10 Enfermeiros a exercerem funções no bloco de partos de um hospital da Grande Lisboa.</p>	<p>Os Enfermeiros identificaram diversos desafios no cuidado a mulheres imigrantes e suas famílias, incluindo as barreiras linguísticas, barreiras culturais e religiosas e a baixa competência cultural dos Enfermeiros. A escassez de tempo e de recursos humanos foi também, apontada como um obstáculo à prestação de cuidados culturalmente competentes. Para minimizar estas dificuldades, os Enfermeiros recorreram a familiares como mediadores linguísticos, comunicação por gestos, <i>sites</i> de tradução <i>online</i>, folhetos multilingues e estratégias de comunicação adaptadas. Além disso, asseguraram a presença de profissionais do sexo feminino, bem como recorreram a práticas de enfermagem</p>	<p>Importância da formação contínua para a consolidação do conhecimento cultural e fortalecimento da competência cultural dos Enfermeiros, o que permite uma abordagem mais inclusiva e adaptada às especificidades dos indivíduos imigrantes e suas famílias. A implementação de estratégias de comunicação eficazes, o recurso a mediadores culturais e a valorização de práticas de enfermagem centradas na família são fundamentais para minimizar barreiras linguísticas, culturais e religiosas. Além disso, torna-se essencial garantir recursos</p>

<p>obstétrica (EESMO). Portugal</p>	<p>prestados pelo EESMO às mulheres imigrantes.</p>	<p><u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Entrevista semiestruturada.</p>	<p>orientadas para a família, a mediadores culturais e a colegas mais experientes ou da mesma cultura. Os Enfermeiros enfatizaram ainda a necessidade de formação contínua para consolidar os conhecimentos culturais e fortalecer a competência intercultural, promovendo um exercício profissional mais inclusivo e sensível às especificidades dos indivíduos e famílias imigrantes.</p>	<p>humanos adequados e otimizar o tempo disponível para os cuidados, assegurando intervenções mais equitativas e culturalmente sensíveis.</p>
<p>E6 Domingues, R.S. (2022). <i>Scoping Review - Enfermagem Transcultural – Cuidar de indivíduos/ famílias imigrantes.</i> Portugal</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Mapear alguns fatores promotores da prática de Enfermagem transcultural pelos Enfermeiros de Família junto de indivíduos/ famílias imigrantes em contexto de CSP</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> <i>Scoping Review</i> <u>População:</u> Enfermeiros de Família <u>Conceito:</u> Enfermagem transcultural <u>Contexto:</u> CSP <u>Recolha de dados:</u> Realizada uma pesquisa na plataforma EBSCO, selecionando as bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews, Library, Information Science & Technology Abstracts, e MedicLatina; e no RCAAP</p>	<p><i>Scoping review</i>, com sete estudos, e identificou múltiplas barreiras para os cuidados de enfermagem transculturais, destacando-se as barreiras linguísticas, culturais e religiosas; as características antropológicas dos indivíduos e famílias; as atitudes discriminatórias, a visão negativa da imigração e a postura etnocêntrica dos Enfermeiros; a a baixa competência cultural e o desconhecimento da legislação associada ao acesso aos cuidados de saúde, pelos Enfermeiros. Como fatores facilitadores aos cuidados de Enfermagem transculturais, foram apontadas as atitudes empáticas; a visão positiva da imigração; a existência de instituições culturalmente recetivas; a presença de mediadores interculturais nas equipas; a formação contínua para consolidar o conhecimento cultural e desenvolver a competência cultural; e o recurso à ferramenta <i>Values and Knowledge Education (VaKE)</i> e a modelos de competência cultural. A utilização de familiares como intérpretes, promotores de saúde da mesma origem cultural das famílias, técnicas de comunicação adaptadas e guias de saúde multilingues foram consideradas estratégias eficazes para reduzir as barreiras linguísticas. Além disso, a relação de proximidade entre o Enfermeiro e as famílias imigrantes foi considerada essencial para a compreensão das suas características culturais e étnicas.</p>	<p>Necessidade de capacitação dos Enfermeiros de Família para desenvolverem a sua competência cultural, promovendo práticas de cuidados mais equitativas e adaptadas às famílias imigrantes. A redução das barreiras linguísticas, culturais e religiosas pode ser facilitada pela formação contínua, mediação intercultural e utilização de estratégias comunicacionais adaptadas, como o recurso a guias de saúde multilingues e a promotores de saúde da mesma origem cultural. Além disso, o estabelecimento de relações de proximidade entre os Enfermeiros de Família e as famílias imigrantes é essencial para garantir um cuidado mais sensível, respeitando as suas especificidades culturais e étnicas.</p>
<p>E7 Fagerlund, B.H., Pettersen, k.S., Terragni, L., & Glavin, K. (2016). Counseling immigrant parents about food and feeding practices: Public health nurses' experiences. Noruega</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Descrever as experiências dos Enfermeiros de Saúde Pública no aconselhamento de pais imigrantes sobre práticas alimentares nos centros de saúde infantil</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> Estudo qualitativo descritivo <u>Participantes:</u> 26 Enfermeiros de saúde pública, média de 11 anos de experiência profissional em Enfermagem de Saúde Pública <u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Entrevistas semiestruturadas em grupos focais.</p>	<p>Os Enfermeiros enfrentaram dificuldades no aconselhamento dos pais sobre a alimentação da criança, devido às barreiras de comunicação e às diferenças entre as diversas culturas alimentares. Identificaram a necessidade de formação contínua sobre as diferentes culturas alimentares e de materiais educativos (folhetos) culturalmente adaptados, para melhorar a eficácia do seu aconselhamento. Como estratégia para facilitar a compreensão, recorreram a uma linguagem simples, monólogos informativos, linguagem corporal e frases curtas.</p>	<p>Necessidade de formação contínua sobre as diferentes culturas alimentares e da criação de materiais educativos culturalmente adaptados, para melhorar o aconselhamento nutricional às famílias imigrantes. A adoção de estratégias de comunicação simplificadas, como a linguagem acessível, os gestos e o recurso a folhetos culturalmente adaptados, pode facilitar a comunicação e a adesão às recomendações pelos indivíduos e famílias imigrantes, promovendo uma intervenção mais eficaz e culturalmente sensível.</p>

<p>E8</p> <p>Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C., & Neri, S. (2009).</p> <p>Providing transcultural to children and parents: An exploratory study from Italy</p> <p>Itália</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Investigar as atitudes e os problemas encontrados pelos Enfermeiros italianos num contexto pediátrico, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados a crianças e às suas famílias imigrantes</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> Estudo quantitativo descritivo</p> <p><u>Participantes:</u> 129 Enfermeiros do Hospital Pediátrico Meyer, em Florença, Itália.</p> <p><u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Questionário anónimo "ad hoc" com 11 itens de perguntas abertas e fechadas.</p>	<p>A maioria dos Enfermeiros (78,3%) referiu ter dificuldades no cuidar de crianças imigrantes e suas famílias. Um total de 83,7% dos inquiridos referiram desafios na relação Enfermeiro-família, devido a dificuldades na comunicação (37,9%), barreiras linguísticas (25%) e diferenças culturais (16,7%). Os mediadores culturais estavam disponíveis em apenas 66,6% dos casos e 52% dos Enfermeiros relataram dificuldades na coordenação dos cuidados com a disponibilidade destes profissionais, especialmente em situações de emergência (56,7%). 54,2% dos Enfermeiros mencionaram dificuldades nos cuidados relacionadas com a alimentação e os hábitos alimentares, principalmente a não aceitação dos alimentos disponíveis devido a preferências culturais (34,8%) ou regras religiosas relativas à alimentação. 58,1% dos Enfermeiros referiram dificuldades relacionadas com os hábitos de higiene pessoal das famílias imigrantes e 44,9% relataram percepções de uma atitude diferente das famílias imigrantes em relação a procedimentos dolorosos em comparação com as famílias italianas. 26,3% dos Enfermeiros explanaram desafios relacionadas com as práticas e hábitos religiosos das famílias e 14,4% mencionaram ter dificuldade em dar à família a oportunidade de praticarem as suas crenças. As Enfermeiras referiram experienciar situações de prestação de cuidados em que se sentiram constrangidas (44,6%) ou desaprovadas pelas famílias (15,3%), devido divergências sobre o papel social das mulheres. 43,4% dos Enfermeiros referiram situações de cuidados em que desaprovaram os comportamentos ou hábitos das famílias imigrantes.</p>	<p>Necessidade de desenvolver estratégias para melhorar a comunicação e a competência cultural dos Enfermeiros de Família, no cuidar de indivíduos e famílias imigrantes. As barreiras linguísticas e culturais, associadas à disponibilidade limitada de mediadores culturais, dificultam a relação terapêutica e a prestação de cuidados. Além disso, desafios relacionados com os hábitos alimentares, higiene, expressão da dor e práticas religiosas destacam a importância de uma abordagem mais sensível e culturalmente adaptada.</p>
<p>E9</p> <p>Høye, S., & Severinsson E. (2008).</p> <p>Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study.</p> <p>Noruega</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Explorar as percepções dos Enfermeiros sobre os seus encontros com famílias multiculturais de doentes em unidades de cuidados intensivos (UCI) de hospitais noruegueses</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> Estudo qualitativo descritivo.</p> <p><u>Participantes:</u> 16 Enfermeiros de UCI, com 2-32 anos de experiência profissional em cuidados intensivos.</p> <p><u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Entrevistas semiestruturadas em grupos focais.</p>	<p>Os Enfermeiros das UCI enfrentaram múltiplos desafios na prestação de cuidados a famílias multiculturais, destacando-se as barreiras linguísticas, que dificultaram a comunicação e exigiram frequentemente o recurso a intérpretes.</p> <p>As diferenças culturais foram outro obstáculo, nomeadamente na gestão das visitas, devido ao elevado número de visitantes em simultâneo e ao desrespeito pelos horários estabelecidos, o que comprometeu a privacidade e a qualidade dos cuidados. Além disso, os valores culturais e religiosos distintos, particularmente no que concerne às respostas à dor, luto e momentos de crise, geraram dificuldades acrescidas, dada a falta de conhecimento dos Enfermeiros sobre estas práticas. As questões de género também se revelaram desafiantes, uma vez que, em algumas culturas, os homens assumem o papel de porta-voz da família e apresentam uma visão patriarcal das mulheres que reflete-se nas suas atitudes em relação às Enfermeiras, que foram vistas como serventes.</p>	<p>Importância da capacitação dos Enfermeiros de Família para a aquisição e desenvolvimento de competências culturais e comunicacionais, essenciais para melhorar a interação com os indivíduos e famílias imigrantes. A gestão das barreiras linguísticas, através da disponibilização de intérpretes, é fundamental para garantir uma prestação de cuidados eficaz. Além disso, a necessidade de conciliação entre as normas institucionais e as práticas culturais, particularmente no que se refere à gestão das visitas, vivência do luto e expressão da dor, reforça a importância de diretrizes institucionais que promovam o equilíbrio entre o respeito pela diversidade cultural e a manutenção da qualidade assistencial. Por fim, a sensibilização para as questões de género e o reconhecimento das diferenças socioculturais são fundamentais para</p>

				mitigar conflitos e promover um ambiente de cuidados mais inclusivo e equitativo.
<p>E10</p> <p>Kallakorpi, S., Haatainen, K., & Kankkunen, P. (2018).</p> <p>Nurses' experiences caring for immigrant patients in psychiatric units.</p> <p>Filândia</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Descrever as experiências dos Enfermeiros na prestação de cuidados a doentes imigrantes em unidades psiquiátricas.</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> Estudo qualitativo etnográfico</p> <p><u>Participantes:</u> cinco Enfermeiros que trabalhavam em enfermarias de psiquiatria de adultos, num hospital universitário da Filândia, com 2-20 anos de experiência profissional em psiquiatria.</p> <p><u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Entrevista semiestruturada, observação, notas de campo e documentação dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem.</p>	<p>Os Enfermeiros enfrentaram situações stressantes devido a conflitos culturais no cuidado a imigrantes e suas famílias, resultantes das diferentes crenças sobre a doença, desconhecimento dos horários de visita, barreiras linguísticas e hábitos culturais distintos.</p> <p>De forma a promover cuidados culturalmente adaptados, os Enfermeiros adotaram estratégias como a empatia, flexibilidade quanto aos hábitos culturais, práticas de enfermagem orientadas para a família, sensibilidade às questões de género e respeito pelas famílias e pelo seu direito à confidencialidade. Recorreram ainda a outros idiomas, à comunicação não verbal e a intérpretes, para reduzir as barreiras linguísticas. Contudo, foi referido que a competência profissional entre intérpretes varia significativamente.</p>	<p>Necessidade de desenvolver estratégias para lidar com os conflitos culturais no cuidado a indivíduos e famílias imigrantes, garantindo uma abordagem mais sensível e adaptada às suas especificidades.</p> <p>A adoção de práticas de enfermagem centradas na família, empatia e flexibilidade relativamente às práticas culturais, pode minimizar os conflitos e melhorar a relação terapêutica. Além disso, o reforço da formação dos Enfermeiros e a utilização de intérpretes qualificados são essenciais para superar barreiras linguísticas e promover uma comunicação eficaz. A implementação de diretrizes que conciliem as normas institucionais com as práticas culturais das famílias, contribuirá para um ambiente de cuidados mais inclusivo e respeitador da diversidade cultural.</p>
<p>E11</p> <p>Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010).</p> <p>Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health.</p> <p>Suécia</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Descrever a promoção da saúde em famílias migrantes involuntários em transição cultural, tal como é conceptualizada pelos Enfermeiros dos CSP suecos.</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> Estudo qualitativo fenomenológico</p> <p><u>Participantes:</u> 34 Enfermeiros que trabalham em CSP de dois municípios do Sul da Suécia.</p> <p><u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Entrevista semiestruturada.</p>	<p>O estudo destaca três diferentes abordagens utilizadas pelos Enfermeiros dos CSP, na promoção da saúde das famílias migrantes involuntárias: (1) etnocêntrica, centrada na saúde física individual de cada membro da família; (2) empática, focada na saúde mental do indivíduo num contexto familiar; e (3) holística, centrada na capacitação da família, para maximizar a sua funcionalidade na vida quotidiana, incorporando a perspetiva sistémica. Seis Enfermeiros focaram-se na abordagem etnocêntrica, negligenciando o contexto cultural e familiar, o que gerou conflitos e frustração nos encontros culturais. 19 Enfermeiros adotaram uma abordagem empática, considerando o contexto familiar e as crenças culturais, o que fortaleceu a autoestima e identidade das famílias. Para superar as barreiras linguísticas, estes Enfermeiros usaram uma linguagem simples, linguagem corporal, brinquedos ou objetos comunicativos e intérpretes, bem como tentaram aprender algumas palavras no idioma destas famílias. Nove Enfermeiros optaram por uma abordagem holística, cooperando com as famílias como unidade, alinhando os cuidados às práticas do sistema familiar, o que promoveu a saúde familiar e a gestão do stresse aculturativo.</p>	<p>Necessidade de práticas de cuidados culturalmente adaptadas, para a promoção da saúde dos indivíduos e famílias imigrantes. As abordagens empáticas e holísticas, que consideram o contexto familiar e as crenças culturais, favorecem a identidade e autoestima das famílias e melhoram a sua adaptação ao novo país. Além disso, a integração de modelos de cuidados centrados na família pode reduzir o stresse aculturativo e promover uma abordagem mais humanizada nos CSP. A implementação de estratégias comunicacionais eficazes, como a linguagem simples, linguagem corporal e intérpretes, é essencial para minimizar barreiras linguísticas.</p>

<p>E12</p> <p>Thyli, B., Athlin, E., & Hedelin, B. (2007).</p> <p>Challenges in community health nursing of old migrant patients in Norway- An exploratory study.</p> <p>Noruega</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Explorar as percepções dos Enfermeiros gestores sobre os cuidados de Enfermagem de Saúde Comunitária a indivíduos idosos de países de origem não ocidental e os desafios associados à prestação de cuidados a este grupo de doentes.</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> Estudo exploratório <u>Participantes:</u> 18 Enfermeiros Gestores do sistema público de Enfermagem Comunitária <u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Questionários com perguntas estruturadas e abertas.</p>	<p>Os Enfermeiros gestores identificaram múltiplos desafios na prestação de cuidados a idosos imigrantes não ocidentais e suas famílias, destacando-se as barreiras linguísticas, que dificultaram a avaliação em enfermagem e tornaram os cuidados mais demorados. A falta de intérpretes profissionais agravou este problema, levando os Enfermeiros a recorrer a familiares, amigos da família ou funcionários das unidades de saúde como tradutores. O forte envolvimento familiar nos cuidados, as diferenças culturais e religiosas, e as distintas percepções sobre saúde e doença foram também referidos como desafios. Além disso, os Enfermeiros gestores identificaram uma insuficiente competência cultural entre os Enfermeiros, reconhecendo a sua falta de preparação para a prática da Enfermagem transcultural. Para colmatar estas dificuldades, os Enfermeiros gestores sugeriram a formação em Enfermagem transcultural, aumento dos recursos humanos e financeiros destinados ao desenvolvimento de competências de Enfermagem transcultural, e a sensibilização dos líderes de Enfermagem para os desafios emergentes da multiculturalidade nos cuidados de saúde.</p>	<p>Necessidade de fortalecer a competência cultural dos Enfermeiros de Família, garantindo uma abordagem mais eficaz e adaptada às necessidades dos indivíduos e famílias imigrantes. A implementação de formação em Enfermagem transcultural, aliada ao reforço de recursos humanos, é essencial para melhorar a comunicação, superar barreiras linguísticas e otimizar a prestação de cuidados. Além disso, a sensibilização dos líderes de Enfermagem para os desafios da multiculturalidade nos cuidados de saúde, pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias organizacionais mais inclusivas, promovendo um ambiente assistencial mais equitativo e culturalmente competente.</p>
<p>E13</p> <p>Top, F.U. (2023).</p> <p>The challenges in the care of immigrant children in the clinic: A phenomenological study.</p> <p>Turquia</p>	<p><u>Objetivo Geral:</u> Analisar em profundidade os desafios vividos pelos Enfermeiros de Saúde Infantil e Pediátrica que prestavam cuidados a filhos de famílias imigrantes</p>	<p><u>Tipo de estudo:</u> Estudo qualitativo fenomenológico <u>Participantes:</u> 16 Enfermeiros, 14 tinham o bacharelato e oito mais de 10 anos de atividade profissional. <u>Instrumentos de recolha de dados:</u> Entrevista semiestruturada.</p>	<p>Os Enfermeiros enfrentaram diversos desafios na prestação de cuidados às crianças imigrantes e suas famílias, destacando-se as barreiras linguísticas e a falta de intérpretes, que dificultaram a comunicação, a explicação de procedimentos e as orientações para a alta hospitalar. Além disso, as diferenças culturais e o baixo nível de escolaridade das famílias, que dificultou a compreensão das informações transmitidas pelos Enfermeiros, representaram obstáculos adicionais. Para minimizar estas dificuldades, os Enfermeiros sugeriram a disponibilização de intérpretes em todas as instituições, materiais educativos (folhetos ou brochuras) multilingues e formação linguística para estes profissionais.</p>	<p>Necessidade de adotar estratégias de comunicação eficazes, de forma a melhorar os cuidados prestados às famílias imigrantes. A disponibilização de intérpretes em todas as instituições, aliada à criação de materiais educativos multilingues e à formação linguística, pode minimizar as barreiras linguísticas e culturais, facilitando a compreensão dos cuidados e das orientações de saúde. Além disso, a adaptação da comunicação aos níveis de literacia das famílias, pode contribuir para um acesso mais equitativo aos cuidados de saúde, promovendo a adesão às recomendações de saúde e a qualidade dos serviços prestados.</p>

A análise dos estudos selecionados e a subsequente sistematização das informações permitiram identificar dois temas principais e 13 subtemas relativos aos desafios enfrentados pelo Enfermeiro na prestação de cuidados a famílias imigrantes (Quadro 2).

Quadro 2- Temas e subtemas emergentes

Temas	Subtemas	Estudos
Barreiras aos cuidados de Enfermagem transcultural	Barreira linguística	E1; E2; E3; E5; E6; E7; E8; E10; E11; E12; E13
	Barreira cultural, religiosa e social	E1; E2; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E12, E13
	Abordagem etnocêntrica dos Enfermeiros	E2; E6; E11
	Desconhecimento da legislação associada ao acesso aos cuidados de saúde pelos Enfermeiros	E2; E6
	Baixa competência cultural dos Enfermeiros	E3; E4; E5; E6; E7; E9; E12
	Falta de recursos humanos e materiais	E2; E5; E7; E8; E12; E13
Fatores facilitadores aos cuidados de Enfermagem transcultural	Competências de comunicação	E1; E2; E3; E5; E6; E7; E8; E9; E10, E11; E12; E13
	Relação interpessoal Enfermeiro-família	E2; E5; E6; E10
	Práticas de Enfermagem orientadas para a família	E5; E10; E11
	Desenvolvimento de competências culturais em Enfermagem	E1; E2; E5; E6, E12; E13
	Visão positiva da imigração	E6
	Documentar os cuidados prestados em sistemas informatizados	E2
	Presença de instituições de saúde culturalmente recetivas	E3, E6, E12

2.1.4. Discussão

O objetivo geral deste estudo consistiu em mapear a evidência científica sobre os desafios do Enfermeiro de Família no cuidar de famílias imigrantes em contexto de CSP. No entanto, dada a escassez de estudos elegíveis exclusivamente neste contexto, tornou-se necessário alargar os critérios de elegibilidade de modo a incluir outros contextos de prestação de cuidados de saúde. Esta decisão fundamenta-se no facto de que as famílias imigrantes não interagem apenas com os CSP, mas também recorrem a outras unidades do sistema de saúde, como os hospitais.

O papel central da família na prestação de cuidados tem vindo a ser progressivamente reconhecido em diversos contextos de cuidados de saúde, incluindo o hospitalar (Martins et

al., 2012). Embora os cuidados hospitalares tenham tradicionalmente adotado uma abordagem centrada no indivíduo, a evidência científica sublinha a importância da integração da família no processo de cuidados, dado o impacto significativo que a doença de um dos seus membros exerce sobre a dinâmica familiar (Martins et al., 2012). Contudo, a família permanece, frequentemente, negligenciada ou limitada ao papel de recurso no apoio ao indivíduo internado, apesar da sua função determinante no suporte emocional, na mediação dos cuidados e na adesão terapêutica (Martins et al., 2012). A evolução da Enfermagem tem enfatizado a necessidade de uma abordagem holística, reconhecendo que a hospitalização não afeta apenas o indivíduo, mas toda a unidade familiar, exigindo uma resposta integrada às suas necessidades de saúde (Martins et al., 2012). Neste contexto, a necessidade de desenvolver estratégias para envolver a família no cuidado e atender às suas próprias necessidades de saúde, reforça a pertinência da inclusão de estudos realizados em outros contextos de cuidados de saúde nesta *scoping review*, permitindo uma compreensão ampla e aprofundada dos desafios enfrentados pelos Enfermeiros na prestação de cuidados a famílias imigrantes.

A presente discussão propõe assim, uma análise crítica dos desafios enfrentados na prestação de cuidados a famílias imigrantes, destacando as barreiras e os fatores facilitadores que influenciam os cuidados de Enfermagem transcultural, conforme identificado nos estudos contemplados nesta revisão. Os desafios evidenciados refletem a complexidade inerente ao cuidado transcultural, sublinhando a necessidade de reconfiguração das práticas de Enfermagem, de forma a garantir não apenas a equidade no acesso à saúde, mas também a adequação cultural das intervenções.

As barreiras identificadas pelos Enfermeiros no cuidado a famílias imigrantes incluem dificuldades linguísticas, disparidades culturais, religiosas e sociais, bem como uma abordagem etnocêntrica por parte dos Enfermeiros. Acresce a isso o desconhecimento da legislação relacionada ao acesso aos cuidados de saúde pelos Enfermeiros, a limitada competência cultural destes profissionais e a escassez de recursos humanos e materiais.

Em contrapartida, os fatores facilitadores para a prática de cuidados culturalmente competentes incluem o aprimoramento das competências comunicacionais, a consolidação da relação interpessoal entre o Enfermeiro e a família, a implementação de práticas de Enfermagem centradas na família, o desenvolvimento contínuo de competências culturais, a sistematização da documentação dos cuidados prestados em sistemas informatizados e a presença de instituições de saúde com uma postura culturalmente recetiva. Estes fatores foram reconhecidos como cruciais para a prestação de cuidados de enfermagem

culturalmente competentes, garantindo uma resposta adequada às especificidades dos indivíduos e famílias imigrantes.

Barreiras aos Cuidados de Enfermagem Transcultural

Barreira linguística

A barreira linguística revelou-se um dos principais desafios enfrentados pelos Enfermeiros no cuidado a famílias imigrantes (E1; E2; E3; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12; E13). Vários Enfermeiros mencionaram que a comunicação com os indivíduos e famílias imigrantes era desafiante, o que lhes exigia mais tempo e esforço (E1, E3, E13), afetando a capacidade de explicar procedimentos, transmitir informações essenciais sobre os cuidados e compreender as necessidades emocionais e físicas destas famílias (E3, E13). A ausência de intérpretes profissionais e a falta de uma comunicação clara entre os Enfermeiros e as famílias dificultaram o cuidado adequado, resultando em equívocos e frustração mútua (E1, E12, E13). Além disso, foram descritas situações de recusa dos serviços de intérprete pelos indivíduos e famílias imigrantes devido a questões de privacidade, confidencialidade e questões de género, destacando-se o facto de mulheres imigrantes não quererem intérpretes do sexo masculino para discutir questões ginecológicas (E1).

Estes resultados corroboram a literatura, onde é descrito que as barreiras linguísticas dificultam significativamente a capacidade dos Enfermeiros em fornecer cuidados de enfermagem transcultural eficazes às famílias imigrantes (Çetinkaya & Ceylan, 2022; Özdemir & Kiyamaz, 2023; Saadi et al., 2024). Essas barreiras podem levar a mal-entendidos, redução da satisfação das famílias e ao comprometimento da qualidade dos cuidados (Çetinkaya & Ceylan, 2022; Özdemir & Kiyamaz, 2023; Saadi et al., 2024). Estes desafios de comunicação, que muitos Enfermeiros enfrentam, pelas dificuldades em compreender os idiomas das famílias imigrantes, podem impedir uma comunicação eficaz e conduzir a interpretações erróneas das necessidades de saúde (Paredath et al., 2023). Saadi et al. (2024) referem que em muitos Centros de Saúde, há falta de tradutores profissionais e de mediadores culturais, o que influencia ainda mais a necessária comunicação para o Enfermeiro poder fazer diagnósticos e implementar intervenções que satisfaçam as necessidades das famílias.

Não se pode deixar de reiterar que as famílias imigrantes, por norma encontram-se em situação de vulnerabilidade, e requerem cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis que demonstrem respeito pelas suas crenças e valores e que promovam relações de

confiança, permitindo o tempo necessário para comunicar na sua língua de origem (Felsenstein, 2019). A prestação eficaz de cuidados culturalmente competentes pode colmatar as lacunas de comunicação, criar confiança e dar resposta às necessidades de saúde específicas das famílias de imigrantes, conduzindo, em última análise, a uma redução das disparidades no domínio da saúde e a uma melhoria da qualidade dos cuidados (Theodosopoulos et al., 2024; Zarth et al., 2024).

Barreira cultural, religiosa e social

As barreiras culturais, religiosas e sociais constituíram desafios significativos para os Enfermeiros na prestação de cuidados de saúde a indivíduos e famílias imigrantes (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E13).

A diversidade cultural e religiosa desta população foi mencionada como uma dificuldade para a adaptação das práticas de cuidados (E5), com alguns Enfermeiros a relatar dificuldades em compreender os valores, crenças e práticas culturais e religiosas distintas das suas (E1, E4, E5, E8, E9, E10, E12). Este desafio refletiu-se em várias questões, como as crenças e os significados e perceções divergentes sobre o binómio saúde/doença (E1, E2, E4, E10, E12); as diferentes formas de vivenciar o processo de luto (E4, E9) e as transições normativas e de saúde-doença (E1); as diversas práticas e preferências alimentares (E1, E7, E8); os diferentes rituais de autocuidado e hábitos de higiene (E1, E8, E13); bem como distintas formas de expressão de dor (E1, E2, E9) e atitudes face a procedimentos dolorosos (E8). Além disso, foram relatadas dificuldades nas relações de género (E1, E2, E5, E8, E9), com Enfermeiros a narrar situações de desvalorização da mulher pelo companheiro (E5) e a preferência das famílias imigrantes para que as mulheres recebessem cuidados exclusivamente de profissionais do mesmo sexo (E1, E5), assim como situações em que se sentiram desaprovados ou desconfortáveis devido a diferentes visões culturais sobre o papel das mulheres na sociedade (E8, E9). Estes resultados estão em concordância com a literatura, onde consta que muitas famílias imigrantes possuem diferentes crenças e práticas culturais, espirituais e religiosas e que, por consequência, as crenças e valores em saúde variam não apenas entre as diferentes culturas e religiões, mas também entre indivíduos dentro dos próprios grupos culturais e religiosos (Murgia et al., 2022).

Como acima referido, as diferentes formas das famílias imigrantes vivenciarem o processo de luto representam um desafio para os Enfermeiros no cuidado a estas famílias (E4, E9). Esta informação está em consonância com outros autores, segundo os quais, os

fatores culturais determinam o conceito de morte e de luto em diferentes culturas, nomeadamente no que concerne às preferências sobre os locais para morrer e os cuidados em fim de vida (Glyn-Blanco et al., 2023). Contudo, os choques culturais e religiosos podem colocar em risco o cuidado culturalmente humanizado a famílias imigrantes, sobretudo ao nível de cuidado em fim de vida (Glyn-Blanco et al., 2023).

No estudo E8, 26,3% dos Enfermeiros mencionaram desafios relacionadas com as práticas e hábitos religiosos das famílias e 14,4% referiram ter dificuldade em dar à família a oportunidade de praticarem as suas crenças, especialmente no que se refere ao cumprimento de regras do Ramadão para famílias muçulmanas, situações de transfusão de sangue a crianças da religião Testemunhas de Jeová, cuja família recusou sangue de doadores, e a desvalorização da tradição que regula o primeiro corte de cabelo em crianças ciganas. As crenças e práticas culturais, espirituais e religiosas podem influenciar os comportamentos e as práticas de saúde, os resultados em saúde e o uso e acesso aos cuidados de saúde, bem como a tomada de decisões em relação aos tratamentos (Semenza et al., 2016). Como tal, os estudos que reportam as barreiras culturais e religiosas enfatizam a necessidade dos Enfermeiros serem conhecedores da influência das crenças culturais, espirituais e religiosas na saúde e no bem-estar das famílias imigrantes, bem como reconhecerem que as suas próprias crenças e preconceitos podem influenciar a forma como interpretam as necessidades de saúde dos outros, o que remete para a necessidade dos Enfermeiros terem sensibilidade cultural e literacia religiosa, explorando de forma sensível os fatores culturais, espirituais e religiosos que são únicos às circunstâncias de cada família (Ekong, 2024).

Os desafios enfrentados pelos Enfermeiros na prestação de cuidados de saúde a famílias imigrantes são vastos e complexos, refletindo uma interação entre fatores culturais, religiosos e sociodemográficos. As diferenças culturais e religiosas podem gerar desconforto, tanto para as famílias, que podem ver os seus hábitos tradicionais desvalorizados, como para os Enfermeiros, que têm que conciliar estas práticas com os cuidados recomendados. Como defende Campinha-Bacote (2011), o centro do atendimento da família e da competência cultural reside na importância de ver a família como uma única. Mais especificamente, a competência cultural pode ser vista como um conjunto necessário de habilidades, que os Enfermeiros devem adquirir para prestar um atendimento eficaz centrado no indivíduo e família (Campinha-Bacote, 2011). Neste contexto, surge a necessidade dos Enfermeiros, no âmbito dos CSP, realizarem uma avaliação aprofundada e uma intervenção eficaz na dinâmica familiar, considerando o papel da família na saúde e na doença (Jabbari et al., 2023). Tal tarefa implica a realização de um trabalho colaborativo com a equipa multiprofissional

(Jabbari et al., 2023). Os Enfermeiros de Família encontram-se numa posição privilegiada para observar padrões de interação, avaliar as relações familiares e abordar as preocupações relacionadas à saúde dos membros da família em contexto clínico, uma vez que mantêm um contacto contínuo e regular com os mesmos (Jabbari et al., 2023).

As visitas de familiares e o envolvimento da família nos cuidados (E1, E9; E10, E12) representam também, um desafio para os Enfermeiros na prestação de cuidados a famílias imigrantes. Estes fatores desempenharam um papel fundamental nas práticas de cuidados de saúde, mas também foram uma fonte de dificuldade, uma vez que foi referido que as famílias imigrantes apresentavam frequentemente, um elevado número de visitantes em simultâneo (E1, E9) e não respeitavam os horários de visita estabelecidos (E9, E10), o que comprometeu a privacidade e a qualidade dos cuidados prestados aos outros indivíduos e famílias (E9). De igual forma, algumas famílias demonstram resistência à ideia de que os cuidados possam ser delegados a profissionais de saúde (E12), o que resultou em desafios significativos para os Enfermeiros, que necessitaram de equilibrar as necessidades dos indivíduos com as expectativas culturais das famílias. Ainda neste contexto, outro desafio enunciado incluiu a aversão das famílias em partilhar quartos com outras famílias e as dificuldades na adaptação às regras hospitalares (E13), que refletiram uma dificuldade destas famílias em integrar-se no sistema hospitalar, criando desafios adicionais para os Enfermeiros, na gestão do ambiente hospitalar e no envolvimento das pessoas imigrantes e suas famílias nos cuidados necessários. Os Enfermeiros enfrentam cada vez mais desafios ao prestar cuidados de enfermagem a famílias de diferentes culturas, numa sociedade multicultural (Purnell, 2002). Neste sentido, a prestação de cuidados a famílias de origens culturais diversas exige uma avaliação da cultura para identificar as diferenças, semelhanças, valores e preferências culturais (Purnell, 2002). A compreensão da cultura dos vários grupos culturais é um fator fundamental, que não só permite à comunidade respeitar e apreciar as diferenças culturais, mas também promove a integração harmoniosa das diversas famílias (Purnell, 2002). De igual modo, a compreensão da cultura ajuda os Enfermeiros a considerar as necessidades culturais das famílias na prestação de cuidados de enfermagem com competência cultural (Purnell, 2002).

Campinha-Bacote (2011) destaca a ligação entre a literacia em saúde e a competência cultural, considerando ambas como componentes estreitamente interligadas. Neste sentido, os Enfermeiros que trabalham com famílias imigrantes no âmbito dos CSP, podem aplicar o seu Modelo, o que requer incorporar avaliações culturalmente adequadas e partilhar informações sobre a saúde em níveis adequados de literacia, crucial para oferecer cuidados

que atendam à diversidade das famílias imigrantes. Assim, e de acordo com a autora, os Enfermeiros devem sempre avaliar o nível de literacia em saúde das famílias e garantir que os cuidados sejam ajustados ao seu nível de compreensão, bem como aos seus valores e normas culturais (Campinha-Bacote, 2011).

Tendo por base o exposto, o baixo nível de escolaridade e de literacia em saúde de alguns indivíduos e famílias imigrantes representou outro desafio para os Enfermeiros (E2, E13), pois algumas famílias utilizavam fármacos de forma indevida ou excessiva (E2) e tinham dificuldade em aderir ao regime terapêutico prescrito e/ou em compreender as informações transmitidas pelos Enfermeiros (E2, E13), o que refletiu a necessidade de intervenções educativas mais eficazes para melhorar o nível de literacia em saúde das famílias, especialmente no que se refere à prevenção e ao tratamento de doenças. Num estudo português, Maia et al. (2024), com dados recolhidos de 506 imigrantes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, utilizando o *Health Literacy Questionnaire*, verificaram padrões distintos de literacia em saúde entre os grupos. As necessidades de literacia em saúde foram particularmente evidentes nos domínios relacionados com o facto de se sentirem compreendidos e apoiados pelos Enfermeiros e de estarem integrados com o sistema de saúde português (Maia et al., 2024). Por outro lado, foram observadas pontuações mais elevadas e potenciais pontos fortes na gestão ativa da saúde e na compreensão de informação de saúde suficiente para tomarem decisões informadas (Maia et al., 2024). No entanto, nestes domínios, as pontuações médias sugeriram que um elevado número de pessoas imigrantes reconheceu dificuldades (Maia et al., 2024). Os resultados também indicaram que um nível de escolaridade mais elevado estava associado a uma maior literacia em saúde (Maia et al., 2024). Em contrapartida, a baixa autoperceção do estado de saúde, o facto de viver sozinho, o menor tempo de residência em Portugal e o facto de estarem sem documentos ou em processo de obtenção de estatuto legal estavam associados a uma menor literacia em saúde, o que dificultava os cuidados de saúde por parte dos Enfermeiros (Maia et al., 2024).

Abordagem etnocêntrica dos Enfermeiros

A abordagem etnocêntrica dos Enfermeiros caracterizada por atitudes preconceituosas em relação a culturas diferentes também foi identificada como uma barreira significativa na prestação de cuidados transculturais (E2, E6, E11). Alguns Enfermeiros demonstraram atitudes discriminatórias, não promovendo a saúde da família como unidade, o que gerou mal-entendidos e frustrações (E6, E11). Essa abordagem etnocêntrica resultou

em pressupostos errados sobre o comportamento das famílias imigrantes, gerando tensão nas interações culturais e dificultando a eficácia dos cuidados prestados (E11). Esta visão etnocêntrica dos Enfermeiros contraria os cinco princípios essenciais do Modelo de Processo de Competência Cultural de Campinha-Bacote (2011) para promover cuidados culturais, sendo os mesmos: a Consciência (*Awareness*), que se refere à conscientização do Enfermeiro sobre as suas próprias crenças e valores culturais e como podem influenciar os cuidados prestados a famílias imigrantes; Conhecimento (*Knowledge*), que envolve a compreensão das diferentes culturas, incluindo práticas, crenças e valores, para melhor atender as necessidades de famílias de diversos contextos culturais; Competências (*Skills*) relacionadas com a capacidade de interagir eficazmente com as famílias de diferentes culturas, utilizando competências de comunicação adequadas e respeitadas; Encontros (*Encounters*) que dizem respeito às experiências práticas de interações diretas com as famílias de diversas culturas, possibilitando aos Enfermeiros desenvolverem competências ao lidar com desafios culturais reais; Desejo (*Desire*) que compreende a motivação interna e o compromisso de aprender e prestar cuidados culturalmente sensíveis, demonstrando empatia e respeito pelas culturas de cada família. Esses princípios são contínuos e interligados, com o objetivo de ajudar os Enfermeiros a oferecer cuidados mais eficazes e culturalmente apropriados, relegando uma visão etnocêntrica (Campinha-Bacote, 2011).

Desconhecimento da legislação associada ao acesso aos cuidados de saúde

O Desconhecimento da legislação associada ao acesso aos cuidados de saúde pelos Enfermeiros representou outra barreira aos cuidados de Enfermagem transcultural (E2, E6). A falta de conhecimento sobre os direitos legais destas famílias e a legislação associada ao seu acesso ao sistema de saúde dificultaram a prestação de cuidados adequados (E2, E6). Essa falta de conhecimento gerou situações em que os Enfermeiros não podiam orientar as famílias de forma eficaz, limitando o acesso a cuidados adequados, como reconhecido pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e pelo Pilar dos Direitos Europeus (*United Nations*, 2015), que reforçam a responsabilidade europeia de afirmar a saúde como um direito de todos, um princípio inalienável da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (*European Commission*, 2021). O acesso a cuidados de saúde é um direito fundamental, mas, em muitos casos, como em dois dos estudos incluídos na presente *scoping review* (E2, E6), o desconhecimento dos Enfermeiros sobre questões legais podem dificultar que as famílias imigrantes, especialmente aquelas em situações vulneráveis, recebam os cuidados necessários. A falta de conhecimento sobre as leis que asseguram este acesso pode gerar

confusão quer para os Enfermeiros quer para as famílias, resultando em equívocos, estigmatização e até em exclusão involuntária dos serviços de saúde (E2, E6). Além disso, a ausência de informações claras sobre o acesso ao sistema de saúde pode aumentar o isolamento social e a desconfiança por parte das famílias imigrantes em relação ao sistema de saúde, afetando negativamente a sua saúde física e mental (*European Commission, 2021*). Portanto, é crucial que os Enfermeiros recebam formação contínua e sejam atualizados sobre as políticas e legislação de saúde relacionadas com as famílias imigrantes, o que melhora a qualidade dos cuidados prestados e assegura que todas as famílias, independentemente da sua origem, possam ter acesso aos serviços de saúde de forma equitativa e justa (E2, E6).

Baixa competência cultural dos Enfermeiros

A baixa competência cultural dos Enfermeiros foi identificada como uma das principais barreiras aos cuidados de Enfermagem transcultural nos estudos E3, E4, E5, E6, E7, E9 e E12. No estudo E3, a maioria dos Enfermeiros relatou não ter recebido formação em competência cultural, o que resultou em lacunas significativas de experiência e conhecimento acerca das diversas culturas, bem como das práticas culturais e religiosas (E4, E5, E7, E9). Essa deficiência gerou, ainda, insegurança na prestação de cuidados às famílias imigrantes e seus membros, particularmente no que diz respeito aos cuidados pessoais (E4). Paralelamente, a limitada competência cultural dos Enfermeiros dificultou a adaptação dos cuidados às necessidades específicas das famílias imigrantes, evidenciando um baixo nível de sensibilidade cultural nas práticas de Enfermagem (E9), o que corrobora os achados de Mango e Dabrynets (2024).

Falta de recursos humanos e materiais

A falta de recursos humanos e materiais adequados (E2, E5, E7, E8, E12, E13), como falta de materiais informativos adaptados culturalmente (folhetos, brochuras, cartazes) (E7), a falta de Enfermeiros e de tempo suficiente para prestar cuidados adequados (E2, E5), foi outro fator limitante na implementação de cuidados transculturais. Além disso, a falta de intérpretes profissionais e mediadores culturais também dificultou a comunicação e a compreensão entre os Enfermeiros e as famílias imigrantes, exacerbando ainda mais as barreiras culturais e linguísticas (E8, E12, E13). A escassez de recursos humanos e materiais é uma realidade referenciada por Gerchow et al. (2021), assumidos como fatores limitadores

da eficácia dos cuidados transculturais, não permitindo uma abordagem inclusiva e eficiente na prestação de cuidados de saúde a estas famílias.

Em síntese, as barreiras transculturais na Enfermagem são de natureza multifacetada e requerem um esforço colaborativo para a sua superação. Questões linguísticas, culturais e religiosas, a falta de competência cultural dos Enfermeiros e o desconhecimento das legislações pertinentes, entre outras barreiras, são fatores que influenciam diretamente a qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos e famílias imigrantes (Maia et al., 2024; Mango & Dabrynets, 2024). É imperativo que os Enfermeiros recebam formação específica em competência cultural e que sejam implementadas políticas de saúde que promovam a inclusão, a compreensão intercultural e o acesso equitativo aos cuidados de saúde para todos, independentemente da sua origem cultural ou religiosa. As barreiras linguísticas podem resultar em equívocos e cuidados inadequados, enquanto uma visão negativa sobre a saúde pode desencorajar a procura de cuidados (Gerchow et al., 2021). Adicionalmente, as diferenças culturais podem isolar os imigrantes, tornando-os reticentes em procurar ajuda (Gerchow et al., 2021). Neste sentido, os Enfermeiros de Família devem estar dotados de competência cultural, a fim de colaborarem com as famílias imigrantes na gestão ativa da sua saúde, proporcionando a base sobre a qual suas intervenções podem ser desenvolvidas (Camedda & Righi, 2024). Esse esforço coletivo deve ser orientado para a diminuição das barreiras que os Enfermeiros encontram ao cuidar de famílias imigrantes, barreiras estas que, na sua maioria, são comuns às observadas durante o estágio. Ao superar tais desafios, o Enfermeiro de Família pode adotar uma abordagem inclusiva que beneficia as famílias imigrantes e fortalece o sistema de saúde na sua totalidade, promovendo a equidade, a diversidade e a coesão social (Maia et al., 2024; Mango & Dabrynets, 2024).

Fatores Facilitadores aos Cuidados de Enfermagem Transcultural

A cultura é um conceito fundamental nos contextos dos cuidados de saúde, uma vez que os cuidados prestados às famílias são holísticos e englobam as suas perspetivas sobre a saúde, que são muito influenciadas pela cultura de cada família (Gaber et al., 2022). Para o Enfermeiro de Família ter uma prática profissional culturalmente competentes, é importante compreender os fatores facilitadores dos cuidados de Enfermagem transcultural.

Competências de comunicação

As competências de comunicação são um pilar essencial na prática de Enfermagem, principalmente quando se trata de garantir que a informação é transmitida de forma clara e eficaz às famílias (Phaneuf, 2005), particularmente às famílias imigrantes. Entre os estudos da presente revisão, verificou-se que os Enfermeiros, ao conduzir conversas simples (E1, E7, E11), recorreram a várias estratégias como a utilização de uma linguagem acessível, escolha de palavras simples e frases curtas, com o objetivo de assegurar que a mensagem era compreendida pelas famílias imigrantes (E7). Este comportamento foi observado em algumas experiências da prática clínica, nas quais os Enfermeiros recorreram a monólogos informativos para facilitar a transmissão de informações de forma eficaz, sobretudo em situações que exigiam uma explicação clara e direta (E7). A condução das conversas de forma lenta e clara foi outra estratégia destacada em alguns estudos (E11). Esta abordagem visava proporcionar às famílias tempo para assimilarem a informação, o que é particularmente importante em contextos onde a compreensão da informação pode ser afetada por fatores como ansiedade ou desconhecimento do conteúdo discutido, uma vez que estas famílias apresentavam vivências e uma cultura diferente do país de acolhimento (E11). Falar pausadamente e com clareza da linguagem contribuíram diretamente para a qualidade da comunicação, favorecendo o envolvimento das famílias no processo de cuidados, bem como promoveu a sua confiança nas orientações recebidas (E11). Estas práticas refletem as competências essenciais de comunicação no contexto da prática clínica dos Enfermeiros de Família, demonstrando que uma comunicação eficaz é primordial para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

A comunicação não verbal desempenha um papel crucial no processo de enfermagem, sendo uma ferramenta complementar à comunicação verbal e, muitas vezes, fundamental para garantir a eficácia da interação com cada família (Purnell, 2018; Hayati et al., 2022). As evidências indicaram que, ao recorrerem à comunicação não verbal (E1, E3, E5, E6, E7, E10; E11), como gestos, apontar para partes do corpo, recurso a desenhos, imagens ou vídeos, os Enfermeiros conseguiram transmitir as informações de forma clara e acessível, sobretudo em contextos onde apenas a comunicação verbal não era suficiente (E1). Adicionalmente, a utilização de brinquedos e de objetos, como observado em algumas práticas de enfermagem (E11), foi uma técnica que visou tornar a comunicação mais interativa e compreensível, particularmente no contexto de crianças que necessitavam de uma abordagem mais lúdica. A demonstração de procedimentos foi outra prática destacada, onde os Enfermeiros ilustravam as ações a serem realizadas e que estavam a ser explicadas verbalmente, criando um

ambiente mais claro e garantindo que os indivíduos e famílias imigrantes compreendesse o que deveria ser feito (E3). A utilização consciente de técnicas de comunicação (E6), conforme evidenciado, foi fundamental para o sucesso da comunicação não verbal, ou seja, os Enfermeiros tinham consciência de como as suas expressões faciais, gestos e postura influenciavam a interação com as famílias imigrantes. Uma comunicação não verbal apropriada reforça a mensagem verbal, criando um ambiente de confiança e de colaboração entre a referida díade (Phaneuf, 2005; Purnell, 2018). A linguagem corporal, como relatado em várias experiências (E7; E11), foi uma ferramenta amplamente utilizada pelos Enfermeiros para garantir que as informações fossem compreendidas de forma eficaz. A postura, os gestos e a expressividade dos Enfermeiros são elementos poderosos que complementam a comunicação verbal, assegurando que cada família ouça, entenda e se sinta confortável com o que está a ser comunicado (Phaneuf, 2005; Purnell, 2018). Este tipo de comunicação visual facilita a compreensão, particularmente em situações que envolvem explicações sobre os procedimentos e/ou cuidados específicos (Hayati et al., 2022). A comunicação não verbal ajuda a ultrapassar as barreiras culturais e linguísticas, melhora a compreensão das informações, fomenta a confiança e facilita a relação terapêutica entre os Enfermeiros de Família e as famílias imigrantes (Hayati et al., 2022).

A comunicação eficaz com famílias imigrantes é um desafio significativo, especialmente no contexto de EC-ESF, onde é fundamental garantir que as informações sejam bem compreendidas. Para ultrapassar as barreiras linguísticas e culturais, os Enfermeiros adotaram várias estratégias que facilitaram a interação e promoção de uma relação de confiança. Diversos estudos evidenciam a importância de métodos adequados, como o recurso a perguntas de controlo, a aprendizagem de palavras no idioma da família, a utilização de intérpretes e o envolvimento de mediadores culturais, entre outras abordagens (Al-Mommani, 2024; Těšinová et al., 2024).

De forma mais específica, o recurso a perguntas de controlo foi uma estratégia útil para garantir que a informação foi compreendida corretamente. Como destacado no estudo E1, fazer perguntas simples e diretas permitiu ao Enfermeiro verificar se o indivíduo e a sua família entenderam as orientações e instruções dadas. Este tipo de comunicação ativa é importante para minimizar mal-entendidos e assegurar a adesão ao plano de cuidados. Outra abordagem importante consistiu na aprendizagem de algumas palavras ou frases no idioma da família (E2; E3; E11). Este esforço demonstrou respeito pela cultura de cada família e facilitou a comunicação, permitindo que o Enfermeiro estabeleça-se uma relação terapêutica de confiança com a família. Segundo os estudos de Al-Mommani (2024) e Těšinová et al.

(2024), o conhecimento de palavras simples pode melhorar a confiança da família em relação aos Enfermeiros, ajudando a criar um ambiente mais acolhedor e compreensível, uma verdadeira relação terapêutica, baseada na confiança e empatia.

Consultar *sites* de tradução foi também uma prática para resolver rapidamente dificuldades de comunicação (E5), ou seja, a utilização de ferramentas, como tradutor *online*, são úteis para ultrapassar barreiras linguísticas imediatas, permitindo que o Enfermeiro compreendesse as necessidades da família e vice-versa. Segundo Ramos-Roure et al. (2024), embora não substituam um intérprete profissional, estas ferramentas podem ser uma solução prática e eficaz para situações urgentes ou em que a tradução necessita de ser feita de forma célere.

Em muitas situações, comunicar em outros idiomas que os indivíduos e famílias imigrantes compreendam (E1, E10), bem como mobilizar a família e os seus amigos como intérpretes (E3, E5, E6, E12), foram soluções práticas quando não havia intérpretes profissionais disponíveis. No entanto, os mesmos estudos reforçam que é importante garantir que estes indivíduos compreendam bem o contexto e possam transmitir corretamente a informação, sem alterar o significado das mensagens. Ramos-Roure et al. (2024) salientam que, apesar de esta solução ser comum, deve ser usada com cautela, pois os familiares podem não ter o vocabulário técnico necessário para explicar termos médicos com precisão.

Outra abordagem eficaz consistiu em mobilizar promotores de saúde que partilham a mesma origem cultural da família imigrante (E5, E6). Estes profissionais, que conhecem as normas culturais e linguísticas da família, podem atuar como mediadores culturais, ajudando a estabelecer uma comunicação terapêutica (Al-Mommani, 2024). Este tipo de abordagem promove uma compreensão mais profunda, pois o promotor de saúde pode traduzir as palavras e o contexto cultural envolvido (Al-Mommani, 2024). Por outro lado, ajuda a reduzir a ansiedade das famílias, sabendo que estão a ser compreendidas de forma clara e precisa (Al-Mommani, 2024). Recorrer a profissionais de saúde da mesma cultura da família imigrante foi uma estratégia eficaz para promover uma comunicação mais empática e respeitosa (E5). Os profissionais que partilham a mesma origem cultural das famílias podem facilitar a transmissão de informações de forma mais sensível, tendo em consideração os valores, as crenças e as práticas culturais de cada família (O'Neill, 2020). Esta abordagem tem o potencial de fortalecer a relação entre o Enfermeiro e a família, tornando o processo de cuidados mais colaborativo e inclusivo (O'Neill, 2020).

Recorrer a mediadores culturais consistiu também numa estratégia frequentemente adotada, uma vez que estes desempenham um papel crucial na promoção da compreensão

mútua entre os Enfermeiros e as famílias imigrantes (E2; E5; E6; E8). A presença de mediadores interculturais nas equipas multidisciplinares é essencial para facilitar a comunicação, especialmente em contextos onde as barreiras culturais são significativas (E6). Contudo, o estudo E8 revela que apenas em 66,6% das situações contaram com mediadores culturais disponíveis e 52% dos Enfermeiros referiram dificuldades em coordenar as necessidades de cuidados com a disponibilidade desses mediadores, particularmente em situações de emergência (56,7%). A formação contínua para os Enfermeiros em competências interculturais foi reiteradamente aludida como fundamental para que possam atuar como mediadores culturais, mesmo na ausência de mediadores especializados (E5). Neste sentido, as estratégias para os Enfermeiros se tornarem mediadores interculturais incluíam sedimentar o conhecimento cultural através da formação, mobilizar as competências culturais adquiridas ao longo da vida profissional e participar em atividades de formação em serviço (E5). Este investimento em formação contínua permite que os Enfermeiros respondam melhor às necessidades das famílias imigrantes, promovendo uma comunicação mais eficaz e empática (Purnell & Paulanka, 2010; Campinha-Bacote, 2011).

A mobilização de outros profissionais de saúde e funcionários com conhecimento em línguas adicionais constituiu outra estratégia adotada pelos Enfermeiros para superar as barreiras linguísticas (E1; E3; E12). Estes profissionais podem atuar como intérpretes informais, facilitando a comunicação, especialmente em ambientes onde os recursos são limitados. Todavia, os mesmos estudos referem que este recurso não é sempre ideal, uma vez que, em muitos casos, não existe uma formação adequada para estes intérpretes informais, o que pode levar a interpretações imprecisas.

A utilização de intérpretes profissionais é outra estratégia importante para garantir que as mensagens sejam transmitidas de forma clara e precisa (E1; E3; E9; E10; E11; E12; E13). Porém, os estudos revelaram que, apesar de a maioria dos Enfermeiros reconhecer a importância do uso de intérpretes, apenas alguns referiram o uso de serviços profissionais. O estudo E12 destaca que, embora um Enfermeiro tenha utilizado intérpretes profissionais, a experiência foi classificada como insatisfatória. Em contraste, o estudo E13 sugere que todas as instituições de saúde deveriam ter intérpretes disponíveis, reforçando a necessidade de garantir que as famílias tenham acesso a serviços linguísticos adequados sempre que necessário, estando em conformidade com outras evidências (Reis & Costa, 2014; O'Neill, 2020; Ramos-Roure et al., 2024).

A criação de guias de saúde em vários idiomas também se revelou como uma medida prática que facilitou a compreensão das informações essenciais pelas populações imigrantes

(E3; E5; E6; E13). O uso de brochuras ou folhetos em idiomas variados (E3, E5; E13) e a utilização de informação/ cartazes nas Unidades de Saúde em diferentes idiomas (E3) foram exemplos de estratégias que visam garantir que as informações essenciais sobre a saúde sejam acessíveis a todas as famílias, independentemente da língua nativa. O estudo realizado por Paredath et al. (2023), mostra que os Enfermeiros identificam as barreiras comunicacionais como comprometedoras de uma prestação de cuidados culturalmente adequados. Quer as famílias imigrantes quer os mediadores, enfatizam o valor das conversas informais como uma ferramenta importante para a aprendizagem cultural, sugerindo que a formação contínua e regulamentada para os Enfermeiros é crucial para superar estas dificuldades (Paredath et al., 2023).

Relação Interpessoal Enfermeiro-Família

A relação interpessoal entre o Enfermeiro e a família é fundamental para o sucesso dos cuidados, especialmente quando se trata de famílias imigrantes, que frequentemente enfrentam desafios adicionais devido a barreiras culturais e linguísticas (E2, E5, E6, E10). A construção de uma relação de confiança, respeito e empatia é essencial para garantir um ambiente de cuidado saudável e colaborativo (E2). Vários estudos destacam a importância desses elementos na interação entre Enfermeiros e famílias, especialmente em contextos culturais diversos.

Estabelecer uma relação de confiança, respeito e empatia com as famílias imigrantes é um dos primeiros passos para criar uma base sólida no cuidado, o que envolve dedicar tempo para conhecer a família e as suas necessidades, para além de explicar os tratamentos e procurar o seu *feedback* (E2). Atender às necessidades não puramente físicas é igualmente relevante, já que as famílias imigrantes podem precisar de apoio emocional e informativo (E2). Para estabelecer uma ligação genuína, o Enfermeiro deve aproximar-se sem preconceitos, respeitar os limites pessoais, evitar a proximidade excessiva e pedir consentimento antes de qualquer procedimento (E2), o que corrobora as premissas do modelo de Campinha-Bacote (2011), que propõe um modelo de competência cultural em Enfermagem, enfatizando a importância de os Enfermeiros estarem preparados para atender as famílias de diferentes contextos culturais, ou seja, deve ter-se em conta os cinco componentes principais: a cultura do conhecimento, a sensibilidade cultural, a habilidade cultural, a interação cultural e a capacitação cultural. Estes elementos visam promover a compreensão e a adaptação às necessidades culturais de cada família, melhorando a comunicação e a qualidade dos cuidados prestados (Campinha-Bacote, 2011). Campinha-Bacote (2011) destaca a

necessidade de uma atitude de aprendizagem contínua e reflexão para que os Enfermeiros possam oferecer cuidados culturalmente competentes e respeitosos. Informar e orientar acerca do sistema de saúde, que muitas vezes é desconhecido pelas famílias imigrantes, é também um passo crucial para garantir que estas se sintam mais confortáveis e capazes de aceder ao SNS do país de acolhimento (D'Alonzo, & Greene, 2020).

A autonomia da família deve ser respeitada, o que implica dar-lhe espaço para tomar decisões informadas sobre os cuidados de saúde, mantendo sempre uma postura de empatia e apoio (E2). A comunicação clara e a oferta de informações acessíveis são essenciais, visto que muitas famílias imigrantes não sabem como aceder aos serviços de saúde ou os direitos que possuem dentro do sistema (E2). A resiliência também é uma característica importante para os Enfermeiros, pois, em muitos casos, é necessário lidar com desafios inesperados ou com indivíduos e famílias imigrantes em situações de vulnerabilidade (E2). Outro aspeto essencial é o pedido de consentimento informado antes de qualquer procedimento, garantindo que a família compreenda as implicações dos cuidados que serão prestados (E5). Este processo é um direito fundamental que deve ser respeitado em todas as interações com as famílias, independentemente do seu contexto cultural ou linguístico, como defendem Saadi et al. (2024). As atitudes empáticas dos Enfermeiros são destacadas em diversos estudos como um fator crucial para estabelecer uma relação de proximidade e confiança (E6; E10). Ser capaz de demonstrar empatia em relação aos sentimentos, preocupações e medos da família é fundamental para criar uma ligação forte e duradoura (E6). A relação de proximidade do Enfermeiro com as famílias imigrantes foi considerada uma mais-valia para entender e compreender melhor os padrões culturais dessas famílias, o que facilita a personalização dos cuidados e a adaptação das práticas clínicas às suas necessidades (E6). Além disso, é importante que o Enfermeiro seja flexível em relação aos hábitos culturais das famílias, respeitando as suas tradições e práticas, sem julgamento ou imposições, o que inclui respeitar os costumes e crenças de cada família, mantendo sempre uma atitude de abertura e disposição para adaptar o cuidado sempre que possível (E10). O respeito pela confidencialidade das informações da família e o direito à privacidade são aspetos fundamentais para manter a confiança entre a referida díade (E10). Garantir que as informações sensíveis não sejam divulgadas de forma inadequada é essencial para criar um ambiente de cuidado seguro e respeitador. Estes resultados corroboram o defendido por outros autores, segundo os quais, a relação interpessoal Enfermeiro-família deve ser construída sobre pilares de confiança, respeito e empatia (Felsenstein, 2019; Paredath et al., 2023; Saadi et al., 2024). O Enfermeiro deve dedicar tempo e esforço para compreender as necessidades culturais e emocionais das famílias, respeitando a sua autonomia e garantindo

que o processo de cuidado é inclusivo e sensível às suas realidades (Felsenstein, 2019; Paredath et al., 2023; Saadi et al., 2024). A formação contínua e a prática reflexiva são essenciais para aprimorar estas competências e oferecer cuidados de saúde mais eficazes e humanizados (Felsenstein, 2019; Paredath et al., 2023; Saadi et al., 2024).

A sensibilidade perante as questões de género é um aspeto crucial na prestação de cuidados de saúde, especialmente no contexto de famílias imigrantes, onde as normas e valores culturais podem influenciar a dinâmica da interação entre as famílias e os Enfermeiros (E5, E10). Assegurar a presença de profissionais de saúde do sexo feminino em determinados contextos pode ser essencial para garantir que as necessidades, especialmente das mulheres de culturas mais conservadoras, sejam adequadamente atendidas (E5). Os estudos E5 e E10 reforçam a importância de os Enfermeiros respeitarem as questões de género, ajustando o seu comportamento e a forma como prestam cuidados para respeitar as preferências e os valores culturais destas famílias. Em diversas culturas, é frequente que as mulheres manifestem maior conforto ao serem atendidas por profissionais de saúde do sexo feminino, especialmente em contextos que envolvem procedimentos clínicos de natureza íntima ou discussões sensíveis sobre saúde sexual e reprodutiva (Özdemir & Kiyamaz, 2023). Neste sentido, a presença de Enfermeiras ou Médicas pode contribuir para a criação de um ambiente de maior confiança e bem-estar, encorajando as mulheres a expressarem com maior segurança as suas preocupações e necessidades (Özdemir & Kiyamaz, 2023). Esta estratégia é particularmente relevante para famílias imigrantes, onde as normas de género podem variar significativamente em comparação com o contexto cultural do país de acolhimento (Özdemir & Kiyamaz, 2023). Assim, garantir a presença de profissionais que compreendem e respeitam estas questões de género facilita uma comunicação mais eficaz e assegura uma prática de cuidados de saúde mais inclusiva e culturalmente sensível (Özdemir & Kiyamaz, 2023).

Práticas de Enfermagem orientadas para a Família

A prática de enfermagem orientada para a família é um modelo que reconhece a família como a unidade central no processo de cuidados, destacando a importância de abordagens holísticas e centradas nas necessidades de todos os membros, especialmente em contextos culturais diversos, como os das famílias imigrantes (Campinha-Bacote, 2011). Um dos principais princípios dessa abordagem é tratar a família imigrante como uma unidade única, considerando as dinâmicas familiares, crenças culturais e os impactos que as experiências de vida têm sobre a saúde dos seus membros (E5; E10; E11). O estudo E11 evidencia que, no contexto dos CSP, é fundamental que se adote uma visão abrangente da

família imigrante, reconhecendo as particularidades culturais e sociais que influenciam a saúde e o bem-estar dos seus membros. Nove Enfermeiros deste estudo destacaram a importância de colaborar com a família como um todo, respeitando as práticas e a dinâmica do sistema familiar, adaptando os cuidados às necessidades específicas de cada família (E11). Além disso, 19 Enfermeiros abordaram a promoção da saúde mental destas famílias, tendo sempre em consideração o contexto familiar e as crenças culturais que influenciam a forma como os membros da família lidam com problemas de saúde. Esta prática integra o cuidado do indivíduo no contexto do seu ambiente familiar, ajudando a fortalecer a capacidade da família em lidar com desafios emocionais e psicológicos, especialmente quando enfrentam situações de vulnerabilidade, como as que muitas vezes surgem em famílias imigrantes (E11). Os Enfermeiros que adotam este modelo conseguem dar respostas eficazes às necessidades clínicas, oferecer suporte emocional e psicológico, promovendo o bem-estar da família de forma holística (Kompothanasi et al., 2022; Dylan, 2023).

Desenvolvimento de Competências Culturais em Enfermagem

A formação em competência cultural é um aspeto essencial para garantir que os Enfermeiros possam prestar cuidados adequados a famílias imigrantes, respeitando as suas diferenças culturais e promover a equidade em saúde (E1, E2, E5, E6, E12, E13). A aquisição de competências culturais permite que os Enfermeiros se adaptem às necessidades de cada família, considerando as suas crenças, valores e práticas, o que é especialmente relevante no contexto de cuidados a famílias imigrantes (Jentsch et al. 2022). O estudo E1 enfatizou a importância da formação em competência cultural como uma ferramenta crucial, para que os Enfermeiros possam lidar eficazmente com a diversidade cultural no ambiente de cuidados de saúde. A formação contínua nesta área permite desenvolver uma maior compreensão sobre as especificidades culturais das famílias, melhorar a comunicação e a confiança e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados, estando esta visão em conformidade com Campinha-Bacote (2011). É importante que os Enfermeiros partilhem com a equipa multidisciplinar as suas intervenções e experiências, promovendo a sensibilização e o investimento na formação contínua (E2). Segundo o estudo E2, esta abordagem colaborativa contribui para a atualização constante das práticas culturais, fortalecendo o conhecimento coletivo da equipa e tornando-a mais eficaz no atendimento a famílias de diferentes origens culturais. O estudo E6 também destacou a importância da formação contínua para o desenvolvimento de competências culturais entre os Enfermeiros, uma vez que a diversidade cultural está cada vez mais presente nas instituições de saúde. A

atualização contínua das competências culturais, através de cursos e workshops, é essencial para manter os Enfermeiros devidamente capacitados sobre novas abordagens e estratégias eficazes na prestação de cuidados a estas famílias (E6). A implementação de cursos transculturais e programas de formação em Enfermagem é uma estratégia eficaz para aumentar a consciência dos desafios culturais na prática de Enfermagem (Lise et al., 2023). O artigo E12 sugere que esta formação deve ser incorporada nos cursos de Enfermagem e integrada na prática contínua, de forma a preparar os Enfermeiros para os desafios futuros relacionados com a multiculturalidade e com a diversidade. A formação linguística é outro aspeto essencial, sobretudo para Enfermeiros que trabalham com famílias imigrantes (E13). A capacitação noutras línguas pode melhorar significativamente a comunicação entre Enfermeiros e famílias imigrantes, reduzindo as barreiras linguísticas e promovendo uma compreensão mútua mais eficaz (E13). O estudo E13 sugere que as instituições de saúde devem investir na oferta de formação linguística aos Enfermeiros, de forma a proporcionar cuidados mais acessíveis e eficazes. Estes resultados estão em conformidade com outras evidências, que demonstram que a formação em competência cultural é um pilar fundamental para a prática da Enfermagem moderna (Lise et al., 2023; Saadi et al., 2024). Investir na formação contínua e na sensibilização para o cuidado transcultural, quer a nível individual quer coletivo, permite que os Enfermeiros ofereçam cuidados mais sensíveis, inclusivos e respeitosos a famílias imigrantes (Lise et al., 2023; Saadi et al., 2024).

A experiência prévia de trabalho com famílias imigrantes ou a participação em programas de intercâmbio desempenha um papel crucial na capacitação dos Enfermeiros, permitindo-lhes uma melhor adaptação às necessidades específicas deste grupo populacional (E1, E2). Quando os Enfermeiros e outros profissionais de saúde têm experiência prévia neste contexto, ganham uma compreensão mais profunda das questões culturais, sociais e linguísticas que as famílias imigrantes enfrentam, o que permite que adotem práticas mais sensíveis e adaptadas às realidades dessas famílias, promovendo um atendimento mais eficaz e humanizado (Theodosopoulos et al., 2024). De acordo com os estudos E1 e E2, os Enfermeiros que já trabalharam com famílias imigrantes ou em contextos interculturais demonstraram uma maior facilidade em prestar cuidados a estas famílias e em aplicar estratégias eficazes para enfrentar as barreiras culturais e linguísticas. Esta experiência prévia permite que os Enfermeiros desenvolvam uma maior empatia e sensibilidade cultural, reconhecendo a importância de compreender as crenças, práticas e normas das famílias imigrantes para lhes oferecer cuidados adequados (Campinha-Bacote, 2011). De igual modo, esta experiência fortalece a relação de confiança entre os Enfermeiros e as famílias imigrantes, ajudando a superar o estigma e os preconceitos que podem surgir devido à

diferença cultural (Campinha-Bacote, 2011). Por outras palavras, a experiência prévia de trabalho com famílias imigrantes é um fator valioso para os Enfermeiros de família, que, ao familiarizarem-se com as particularidades desse grupo, adquirem mais competências para proporcionar cuidados de saúde eficientes e respeitosos (Campinha-Bacote, 2011).

O apoio de outros profissionais de saúde mais experientes é fundamental no desenvolvimento da prática de cuidados do Enfermeiro de Família, especialmente em contextos desafiantes, como o trabalho com famílias imigrantes (Lise et al., 2023). A colaboração com colegas mais experientes permite que os Enfermeiros adquiram conhecimento prático e aprendam novas abordagens para lidar com diversas situações, garantindo, assim, cuidados de melhor qualidade e mais seguros para as famílias imigrantes (Lise et al., 2023). No estudo E5, é destacado que muitos Enfermeiros recorreram ao apoio e à colaboração de colegas mais experientes para superar os desafios no cuidado de famílias imigrantes. Estes profissionais mais experientes ofereceram orientação e suporte nas tomadas de decisões, forneceram valiosos *insights* culturais e práticos que enriquecem a prática do Enfermeiro menos experiente (Lise et al., 2023). A troca de conhecimentos entre pares fortalece a confiança dos Enfermeiros e melhora a qualidade do cuidado prestado, ao incorporar práticas que já demonstraram ter eficácia no passado (Lise et al., 2023).

O recurso a ferramentas e modelos de competência cultural, como a ferramenta VaKE e o Modelo de Competência Cultural de Campinha-Bacote, também foi apresentado como uma estratégia para melhorar as competências dos Enfermeiros, no âmbito da temática em estudo (E6). É de reforçar o recurso ao modelo de Campinha-Bacote (2011), como guia para a prática de Enfermagem culturalmente congruente. O modelo de Campinha-Bacote (2011), baseado nas questões ASKED (a consciência cultural, o conhecimento cultural, a habilidade cultural, o desejo cultural e os encontros culturais), oferece uma abordagem estruturada para o desenvolvimento da competência cultural, essencial para os Enfermeiros de Família que lidam com famílias imigrantes, pautadas pela diversidade cultural (E6). Rainha et al. (2018) analisaram a estratégia VaKE no campo de ação dos Enfermeiros com indivíduos e famílias culturalmente diferentes, identificando-a como uma estratégia para a prática de Enfermagem com ganhos ao nível da assistência em saúde a famílias de outras culturas e/ou com valores diferentes do Enfermeiro. Esta é uma ferramenta construtivista que promove a tomada de consciência de valores pessoais e o autoconhecimento, bem como contribui para a supressão de barreiras culturais e promove interações interpessoais positivas, particularmente no cuidado a famílias de culturas distintas (Rainha et al., 2018).

Visão positiva da imigração

Outro fator facilitador dos cuidados de Enfermagem transcultural, em conformidade com o estudo E6, consiste na visão positiva da imigração pelos Enfermeiros, referida como essencial para promover uma prestação de cuidados eficazes e sem preconceitos às famílias imigrantes. Esta perspetiva, está em conformidade com outros estudos, que demonstram que os Enfermeiros com uma postura aberta e positiva em relação à imigração são mais propensos a lidar de forma eficaz com os desafios que surgem na interação com as estas famílias (Ugarte Gurrutxaga et al., 2020).

Documentar os cuidados prestados em sistemas informatizados

A documentação dos cuidados prestados em sistemas informatizados foi considerada como um fator facilitador na prestação de cuidados de Enfermagem transcultural, sendo uma prática cada vez mais comum e eficiente (E2). Estes sistemas permitem o registo estruturado das intervenções, promovem a continuidade dos cuidados e asseguram uma adequada supervisão e segurança das famílias imigrantes (E2). Além disso, o recurso a sistemas informáticos proporciona ao Enfermeiro o acesso ao Processo Familiar, permitindo-lhe articulá-lo com a avaliação familiar e evidenciar os focos de atenção em Enfermagem (E2). A regulação e o registo da prática de Enfermagem são fundamentais para garantir a transparência e a valorização dos atos realizados (Sousa & Figueiredo, 2021). Este processo de documentação constitui uma ferramenta essencial para assegurar a qualidade e a continuidade dos cuidados (Sousa & Figueiredo, 2021), sendo esta uma competência do EE que, conforme postulado pela OE, deve “adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4748).

Instituições de saúde culturalmente recetivas

A existência de instituições de saúde culturalmente recetivas desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados a indivíduos e famílias imigrantes, promovendo um ambiente inclusivo e respeitador da diversidade cultural. Para esse fim, a integração de mediadores interculturais nas equipas de saúde revela-se essencial (E6), sendo a sua importância já destacada ao longo deste trabalho. A criação de unidades de saúde culturalmente competentes, dotadas de profissionais capacitados para atuar em contextos multiculturais, é um fator determinante para a qualidade dos cuidados prestados (Reis, 2016).

Nesse sentido, torna-se imprescindível investir no fortalecimento das equipas de saúde nesta área, garantindo uma resposta eficaz e equitativa às necessidades das populações imigrantes (Reis, 2016).

De igual forma, destaca-se a necessidade das instituições de saúde aumentarem os recursos humanos e financeiros dedicados ao desenvolvimento de competências de Enfermagem transcultural, o que implica, como já salientado, investir na formação dos Enfermeiros e na disponibilização de recursos adequados para promover a competência cultural, de forma a garantir que todas as famílias imigrantes, independentemente da sua origem, recebam cuidados de saúde de qualidade (E12).

Além disso, é igualmente importante a existência de grupos de apoio para famílias imigrantes nas instituições de saúde, com o objetivo de apoiar a integração e de garantir que as necessidades de saúde específicas destas famílias sejam atendidas de forma adequada (E3). Esta evidência é corroborada pela literatura, tendo em conta o contexto do estudo (E3), onde os programas de apoio aos pais de crianças e adolescentes imigrantes visam fortalecer e apoiar as competências parentais e promover novas competências para que fiquem empoderados e com o conhecimento necessários para a parentalidade positiva (Hamari et al., 2022). Estes programas também visam promover experiências e oportunidades promotoras de aprendizagem ao nível do desenvolvimento infantojuvenil (Hamari et al., 2022).

Implicações para a Prática Clínica

A crescente diversidade cultural decorrente dos fluxos migratórios tem apresentado desafios significativos na prestação de cuidados de saúde, especialmente no contexto da EC-ESF. Este fenómeno impõe exigências acrescidas aos Enfermeiros de Família, cuja atuação é determinante na resposta às necessidades de saúde das populações imigrantes, exigindo não apenas a adaptação das práticas clínicas, mas também o desenvolvimento de competências culturais especializadas.

Os resultados desta revisão sublinham a importância de uma capacitação cultural aprofundada por parte dos Enfermeiros de Família, permitindo-lhes uma compreensão holística da identidade, crenças, valores e práticas socioculturais e religiosas das famílias imigrantes. Esta competência é essencial para assegurar uma prestação de cuidados que respeite a diversidade cultural, promova a equidade no acesso à saúde e reforce a excelência dos cuidados prestados. A ausência desta sensibilidade pode resultar na imposição de

modelos clínicos etnocêntricos, perpetuação de estereótipos e interações marcadas por incompreensões e desinformação, comprometendo a eficácia da relação terapêutica. Para mitigar estas barreiras, a prática dos Enfermeiros de Família deve assentar numa abordagem reflexiva e crítica, que os capacite a reconhecer os seus próprios preconceitos e pressupostos culturais. Este processo não só impulsiona a transformação da prática clínica, como fomenta uma aprendizagem contínua no domínio da Enfermagem transcultural, garantindo uma prática verdadeiramente humanizada, inclusiva e culturalmente competente.

Além disso, os resultados desta revisão reiteram a importância da formação contínua no fortalecimento da competência cultural, capacitando os Enfermeiros para identificar e compreender os fatores culturais, sociais e religiosos que influenciam a saúde das famílias imigrantes. Esta formação deve igualmente contemplar estratégias de comunicação eficazes, essenciais para mitigar barreiras linguísticas e culturais, incluindo o recurso a intérpretes, o aprimoramento das técnicas de comunicação verbal e não verbal, bem como a disponibilização de materiais educativos multilingues.

Paralelamente, as instituições de saúde devem reconfigurar as suas políticas, promovendo ambientes de cuidados mais inclusivos e sensíveis à diversidade cultural. A presente revisão destaca a necessidade de reforçar os recursos humanos, nomeadamente através da integração de mediadores culturais nas equipas multidisciplinares, como estratégia essencial para facilitar a comunicação e assegurar cuidados culturalmente competentes. Esta adaptação institucional revela-se determinante para a melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados prestados às populações imigrantes, garantindo uma resposta alinhada com as suas especificidades culturais e sociais.

Por fim, a promoção de cuidados culturalmente sensíveis não só assegura a equidade e a humanização dos cuidados, como também contribui para a excelência dos serviços prestados. A capacidade de oferecer cuidados centrados na pessoa e na família, respeitando a sua diversidade cultural, constitui uma competência essencial que os Enfermeiros de Família devem consolidar no contexto da EC-ESF, promovendo uma prática verdadeiramente inclusiva e humanizada.

2.1.5. Conclusão

A presente *scoping review* revelou duas grandes áreas temáticas que influenciam a prestação de cuidados de Enfermagem transcultural a indivíduos e famílias imigrantes: as barreiras e os fatores facilitadores no exercício desta prática.

As barreiras identificadas são múltiplas e complexas, destacando-se a comunicação linguística como um dos desafios mais prementes, devido à escassez de intérpretes profissionais e mediadores culturais. Além disso, as diferenças culturais, religiosas e sociais – refletidas em distintas percepções sobre saúde, rituais e normas sociais – influenciam a aceitação dos cuidados. A adoção de abordagens etnocêntricas por parte de alguns Enfermeiros, o desconhecimento da legislação sobre o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde, a limitada competência cultural dos Enfermeiros e a insuficiência de recursos humanos e materiais constituem fatores adicionais que comprometem a equidade e a eficácia dos cuidados prestados.

Por outro lado, foram identificados diversos fatores que podem facilitar a prestação de cuidados de Enfermagem transcultural. A competência comunicacional assume um papel central, sendo potenciada pelo uso de uma linguagem clara, pela comunicação não verbal eficaz e pelo recurso a intérpretes qualificados. A construção de uma relação interpessoal baseada na confiança e no respeito mútuo entre Enfermeiros e as populações imigrantes, aliada a uma abordagem familiar sensível às especificidades culturais e religiosas, favorece a adequação dos cuidados. O desenvolvimento contínuo das competências culturais dos profissionais e a utilização de sistemas informatizados para documentar as intervenções realizadas, emergem igualmente como fatores determinantes para assegurar a continuidade e a personalização dos cuidados de saúde. Adicionalmente, instituições de saúde que adotem políticas inclusivas, apoiadas por mediadores culturais, contribuem significativamente para a melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados dirigidos às populações imigrantes.

Deste modo, reitera-se que a prestação de cuidados culturalmente congruentes deve refletir os valores, crenças e padrões socioculturais das famílias. Tal exigência impõe desafios significativos à formação dos Enfermeiros de Família, que necessitam de desenvolver competências diferenciadas para evitar avaliações imprecisas das necessidades de saúde das comunidades imigrantes. A literatura analisada evidencia que a competência cultural constitui um dos pilares fundamentais para a redução das desigualdades em saúde,

demonstrando que a sensibilidade cultural dos profissionais influencia positivamente o conforto, a confiança e a satisfação das famílias imigrantes.

No que concerne às limitações deste estudo, destaca-se a escassez de evidência científica específica sobre os desafios enfrentados pelos Enfermeiros de Família no acompanhamento de famílias imigrantes em contexto de CSP. Para mitigar esta limitação, os critérios de inclusão foram ampliados, abrangendo estudos realizados com Enfermeiros de diferentes áreas e em distintos contextos de cuidados de saúde. Outra limitação relevante foi a restrição linguística da pesquisa a publicações em português, espanhol e inglês, o que poderá ter condicionado o acesso a investigações pertinentes noutros idiomas. Ainda assim, os contributos extraídos são de grande relevância, uma vez que as barreiras e fatores facilitadores identificados nos estudos analisados se mostraram análogos à realidade portuguesa, fornecendo uma base sólida para a formulação de estratégias de intervenção e para o aprimoramento da prática na EC-ESF.

Por fim, a presente revisão destaca a necessidade premente de criar instituições de saúde mais inclusivas e culturalmente sensíveis, promovendo a formação contínua dos Enfermeiros de Família em Enfermagem transcultural e adaptando as práticas de cuidados às particularidades culturais das populações imigrantes. Recomenda-se a realização de novos estudos primários com especial enfoque na realidade portuguesa, de modo a fortalecer a evidência científica e fundamentar a implementação de estratégias eficazes e culturalmente sensíveis na prestação de cuidados de Enfermagem a indivíduos e famílias imigrantes.

2.2. Contributos da Prática Clínica para o Desenvolvimento das Competências

O presente subcapítulo teve como objetivo analisar, numa perspetiva crítico-reflexiva, os contributos que as atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios apresentaram para a aquisição das competências comuns do EE, nomeadamente os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, Regulamento nº 140/2019), e das competências específicas do EEEC-ESF, particularmente as competências “cuida da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ,ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “lidera e colabora em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, Regulamento nº 428/2018, p.19355).

2.2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

a) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Durante todo o meu percurso na UCSP, pautei o meu exercício profissional por um compromisso inabalável com a ética, a responsabilidade profissional e o respeito pelos direitos humanos, assegurando que todas as intervenções realizadas fossem fundamentadas em princípios deontológicos e legais. Em todas as interações, priorizei a dignidade, a privacidade e a autodeterminação dos indivíduos e famílias, respeitando os seus valores, crenças e preferências.

A concretização desta competência foi evidenciada na prática clínica através da adoção de medidas rigorosas de proteção da confidencialidade das informações, garantindo que todos os dados partilhados pelos indivíduos e famílias fossem tratados com o mais elevado nível de sigilo profissional. De igual forma, estabeleci um modelo de interação baseado na confiança e na construção de parcerias, assegurando que a autonomia dos indivíduos e famílias fosse sempre respeitada no processo de tomada de decisão.

Ao longo do estágio, procurei assegurar que todas os indivíduos e famílias tivessem acesso à informação necessária de forma clara, objetiva e criteriosa, permitindo-lhes compreender e participar ativamente no processo de cuidados. Neste sentido, antes da

realização de qualquer ato ou intervenção, assegurei-me de que o consentimento informado, esclarecido e livre fosse obtido, garantindo que fosse compreendida a finalidade, os benefícios e os eventuais riscos da intervenção proposta. No caso concreto da administração da Gamaglobulina Anti-D a grávidas e a administração da vacina VASPR a mulheres em idade fértil, procedi à obtenção do seu consentimento por escrito, respeitando integralmente os princípios éticos e legais que regulam a prática de Enfermagem.

Durante todo o percurso formativo, consultei e apliquei escrupulosamente as disposições legais que regulam a prática de Enfermagem, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e o Código Deontológico do Enfermeiro. Estes referenciais normativos foram essenciais para garantir que todas as decisões clínicas e éticas fossem sustentadas em bases legais e deontológicas, assegurando um exercício profissional responsável e alinhado com as melhores práticas.

Por fim, reconheço que o crescimento profissional exige uma contínua autorreflexão sobre os próprios limites e áreas de desenvolvimento. Neste sentido, procurei constantemente avaliar a minha prática, identificando oportunidades de melhoria e ajustando a minha atuação para garantir um exercício profissional cada vez mais ético, seguro e alinhado com os mais elevados padrões de qualidade da Enfermagem de Saúde Familiar.

b) Domínio da melhoria contínua da qualidade

Durante o meu percurso formativo na UCSP, procurei ativamente contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, pautando a minha atuação nos padrões de qualidade definidos pela OE (2001). A minha prática esteve sempre sustentada numa abordagem reflexiva, essencial para a identificação de oportunidades de melhoria, para a implementação de estratégias que garantissem a segurança e eficácia dos cuidados, bem como para a adoção de intervenções baseadas na melhor evidência científica disponível.

A metodologia de trabalho adotada pela equipa da UCSP revelou-se um elemento essencial para o desenvolvimento desta competência, uma vez que incentivou a reflexão sistemática sobre as práticas assistenciais, promovendo a identificação de oportunidades de melhoria. Neste sentido, assumi um papel ativo na criação e implementação de medidas que contribuíram para a otimização da qualidade dos serviços prestados. Destacam-se, entre estas iniciativas, a elaboração, em parceria com a minha colega de estágio, de um procedimento para a obtenção do consentimento informado (Apêndice I), visando uniformizar

o ato de obtenção do consentimento informado e garantir o cumprimento dos princípios éticos e legais inerentes a este processo. Paralelamente, desenvolvemos um instrumento de auditoria interna (Apêndice I) para avaliar a adesão dos profissionais da UCSP a este procedimento, permitindo a monitorização e melhoria contínua da prática institucional.

Com o intuito de promover um ambiente terapêutico e acessível para todos os indivíduos e famílias, especialmente para a população imigrante, também colaborei com a minha colega de estágio, na criação de um guia de acolhimento da UCSP, elaborado em português (Apêndice II) e inglês (Apêndice III). Este documento contém informações essenciais sobre a carteira básica de serviços da UCSP, horários de funcionamento, contactos institucionais, alternativas assistenciais disponíveis e recomendações gerais para aceder a esta unidade funcional.

c) Domínio da gestão dos cuidados

Durante o estágio na UCSP, desenvolvi competências no domínio da gestão de cuidados, assumindo um papel ativo na organização e planeamento dos cuidados prestados, de forma a garantir que estes fossem eficientes, seguros e adequados às necessidades específicas de cada indivíduo e família.

Este processo envolveu o planeamento individualizado, a execução fundamentada e a avaliação rigorosa das intervenções realizadas, em colaboração com a restante equipa multidisciplinar e em consonância com os recursos humanos e materiais disponíveis.

A gestão eficaz dos cuidados baseou-se no reconhecimento claro das funções autónomas e interdependentes dos diversos membros da equipa, sustentada por um sólido conhecimento ético-deontológico, capacidade crítica e consciência das minhas próprias limitações.

A proximidade do Enfermeiro de Família que me acompanhou durante o estágio, com a equipa multidisciplinar revelou-se essencial para promover a articulação entre os profissionais da equipa e garantir a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para uma resposta mais eficaz e centrada nas necessidades específicas de cada indivíduo e família.

d) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Ao longo do meu percurso formativo na UCSP, desenvolvi competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, baseando-me no autoconhecimento, na assertividade e na incorporação de evidência científica na prática clínica. Para tal, investi na construção de um conhecimento sólido e atualizado, sustentado na pesquisa em fontes de informação fidedignas. Sempre que identifiquei lacunas no meu conhecimento ou surgiram dúvidas durante a prática clínica, recorri a literatura e bases de dados científicas para fundamentar as minhas intervenções e tomada de decisão. Esta abordagem não só consolidou os meus conhecimentos, como também melhorou a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A reflexão contínua sobre as minhas ações, aliada à partilha de conhecimentos e experiências de cuidados com o Enfermeiro de Família tutor e a equipa de enfermagem, foram cruciais para aprofundar conhecimentos, desenvolver o pensamento crítico e a capacidade de autoanálise, permitindo-me ajustar estratégias e integrar abordagens mais eficazes na prestação de cuidados às famílias.

Por fim, a elaboração deste relatório representou um exercício contínuo de reflexão, análise e aplicação do conhecimento adquirido. Este processo exigiu um pensamento crítico e reflexivo, um compromisso com a aprendizagem baseada na evidência e uma autoavaliação rigorosa, consolidando as minhas competências enquanto futura EE.

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

O cuidar da família enquanto unidade de cuidados, considerando cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, constitui uma competência essencial do EEEC-ESF. Esta competência foi desenvolvida e consolidada através da implementação de práticas fundamentadas em referenciais teóricos,

metodológicos e operativos, em alinhamento com o PNS, de forma a promover cuidados adaptados às necessidades de cada família.

Ao longo deste percurso formativo na UCSP, procurei avaliar continuamente a minha prática clínica, refletindo criticamente sobre as minhas interações com as famílias, de forma a aperfeiçoar as intervenções realizadas junto das famílias e a garantir uma prática centrada nas necessidades específicas de cada família, respeitando as suas dinâmicas, valores e crenças.

Durante o estágio na UCSP, estive envolvida em 113 consultas de saúde infantil e juvenil, 34 consultas de saúde materna, 3 consultas de revisão do puerpério, 26 consultas de planeamento familiar, 41 consultas de saúde do adulto, 45 consultas de saúde do idoso, 112 consultas de diabetes, 1 visita domiciliária e 231 consultas de enfermagem destinadas ao tratamento de feridas. Esta experiência proporcionou-me o contacto com famílias de diferentes composições e tipologias, detentoras de crenças, valores e necessidades em saúde diversificadas, encontrando-se em distintas etapas do ciclo vital e a vivenciar diferentes transições de vida.

Os contactos com famílias imigrantes foram mais frequentes nas consultas de saúde materna e de saúde infantil e juvenil, contextos onde emergiram necessidades específicas relacionadas com as barreiras culturais, linguísticas e socioeconómicas. Estas interações revelaram-se fundamentais para compreender os desafios associados à prestação de cuidados culturalmente sensíveis, bem como para consolidar estratégias de intervenção adaptadas às particularidades de cada família.

A construção da relação terapêutica com as famílias foi um processo contínuo, pautado pela disponibilidade, empatia e criatividade, com o objetivo de responder de forma adequada às suas necessidades e expectativas. Este vínculo foi promovido através de um diálogo aberto, autêntico e respeitador, que teve em consideração o funcionamento único de cada família. Ao longo das interações, procurei estimular as famílias na definição e concretização dos seus objetivos de saúde, tendo em conta as suas forças, recursos, ameaças e necessidades em saúde, com o intuito de promover a sua autonomia e a sua capacitação para a tomada de decisões informadas. A definição de planos de ação foi realizada em conjunto com cada família, tendo em vista a promoção, manutenção e reforço da sua saúde e bem-estar.

No entanto, o estabelecimento da relação terapêutica com algumas famílias imigrantes revelou-se um desafio, principalmente devido às barreiras linguísticas que dificultaram a

comunicação eficaz e a compreensão das suas necessidades em saúde. Face à inexistência de intérpretes ou mediadores culturais integrados na equipa multidisciplinar da UCSP, foi necessário recorrer a estratégias alternativas para facilitar o diálogo, nomeadamente a utilização de linguagem simples, o recurso a gestos, à língua inglesa e a plataformas de tradução *online*. Em alguns casos, as próprias famílias, particularmente uma família de origem indiana e outra de origem inglesa, deslocavam-se à UCSP acompanhadas por intérpretes, o que facilitou o processo de comunicação e contribuiu para a construção de uma relação terapêutica mais sólida. Estas estratégias foram essenciais para garantir a compreensão mútua e para permitir a co-construção de planos de cuidados culturalmente sensíveis e adequados às necessidades específicas de cada família imigrante.

As entrevistas familiares foram realizadas em contexto de consulta de enfermagem, sendo organizadas em quatro fases distintas: acolhimento, avaliação, intervenção e finalização, o que permitiu uma abordagem sistemática e adaptada às necessidades específicas de cada família.

Durante o acolhimento, foi dada especial atenção à criação de um ambiente seguro, de proximidade, confiança e empatia, utilizando estratégias de comunicação verbal e não verbal adaptadas às especificidades culturais e sociais de cada família, de forma a compreender as necessidades singulares de cada família.

A avaliação familiar foi realizada de forma sistemática, recorrendo ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e a instrumentos de avaliação familiar, como o genograma, o ecomapa e a Escala de Graffar adaptada, o que possibilitou a identificação das dinâmicas familiares, recursos, vulnerabilidades e fatores de risco, incluindo aspetos culturais, religiosos e socioeconómicos que influenciam as decisões em saúde.

Na etapa de intervenção, os planos de ação foram delineados de forma personalizada e em parceria com as famílias, promovendo a sua participação ativa no processo de cuidados. As intervenções de enfermagem foram ajustadas ao nível de literacia em saúde de cada família e às suas práticas culturais, tendo sempre em consideração as necessidades específicas decorrentes do ciclo vital familiar. O principal objetivo destas intervenções centrou-se na capacitação das famílias, de forma a promover a sua autonomia na gestão da saúde e a maximização dos seus resultados em saúde. No caso das famílias imigrantes, foi dada especial atenção ao respeito pelas suas práticas e valores culturais, promovendo o acesso a recursos comunitários e adaptando os cuidados prestados às suas realidades socioculturais, de forma a garantir intervenções culturalmente sensíveis e eficazes.

Um exemplo ilustrativo desta abordagem, foi o acompanhamento de uma família nuclear de nacionalidade brasileira, composta por um casal e um filho de cinco anos, em que o pai apresentava diabetes mellitus e excesso de peso, enquanto a mãe e o filho evidenciavam também excesso de peso. Durante a avaliação familiar, verificou-se que os hábitos alimentares desta família eram inadequados, com uma dieta predominantemente rica em hidratos de carbono de absorção rápida, sal e alimentos processados, e que o estilo de vida era marcado pelo sedentarismo. Em contexto de consulta, foi estabelecido um plano de cuidados personalizado, delineado em estreita colaboração com a família, sendo promovida a adoção de escolhas alimentares mais saudáveis, respeitando a cultura alimentar brasileira, como a redução de alimentos fritos, ricos em gorduras e em açúcares simples, a preferência por carnes brancas (frango), a introdução de mais legumes e frutas nas refeições e a redução do consumo de sumos e refrigerantes. Foram também negociadas rotinas de atividade física em família, particularmente caminhadas em família, jogar à bola com a criança e idas ao parque para brincadeiras ao ar livre. Este plano de cuidados foi desenvolvido com base na negociação e na participação ativa da família, reconhecendo as suas práticas culturais e respeitando as suas preferências e necessidades. Ao longo das consultas, foram utilizadas estratégias motivacionais e de reforço positivo, no sentido de promover a adesão ao plano e maximizar os resultados em saúde.

A referenciação de famílias para outros profissionais ou instituições revelou-se uma estratégia fundamental para otimizar os resultados em saúde, permitindo o acesso a níveis diferenciados de cuidados e promovendo a utilização eficiente dos recursos disponíveis. Um exemplo desta abordagem foi o acompanhamento de uma família nuclear de origem indiana, composta por um casal e um bebé. O pai ausentava-se frequentemente e por períodos prolongados devido às exigências do seu trabalho, o que, aliado às dificuldades económicas que a família enfrentava, colocava a mãe numa situação de vulnerabilidade. Esta tinha poucos recursos familiares, tendo apenas uma amiga com quem conversava. A família partilhava a habitação com outra pessoa. Durante uma consulta de saúde infantil, foi identificado que a mãe apresentava sinais de humor deprimido, em grande parte motivados por conflitos com esta pessoa com quem partilhava casa, relacionados com o choro frequente do bebé. Como consequência, a mãe começou a isolar-se no seu quarto, procurando evitar os conflitos. Perante esta situação, foi realizada uma visita domiciliária, onde se verificou que, apesar das boas condições de habitabilidade, o quarto onde a mãe permanecia com o bebé era pequeno e pouco iluminado, o que agravava o seu isolamento. Observou-se ainda que a criança não possuía um carrinho de bebé nem brinquedos adequados, elementos fundamentais para o seu desenvolvimento e conforto. Face a esta realidade, a família foi referenciada para o

serviço social do centro de saúde, com o objetivo de obter apoio para adquirir bens essenciais, brinquedos e um carrinho de bebé. Em articulação com este serviço, foi também solicitado o apoio da câmara municipal, no sentido de encontrar uma solução habitacional mais adequada, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida desta família.

As intervenções realizadas foram sustentadas por um pensamento crítico e reflexivo, alicerçado em referenciais teóricos como o MDAIF, o Modelo da Competência Cultural de Campinha-Bacote, o Modelo da Competência Cultural de Purnell e a TDUCC de Leininger. A consulta de literatura e evidência científica atual, bem como dos regulamentos da OE e dos programas prioritários do PNS, orientou a minha prática clínica, assegurando que as intervenções implementadas fossem culturalmente sensíveis, adaptadas às necessidades específicas de cada família e promotoras de mudanças que contribuíssem para a melhoria da sua qualidade de vida.

Na etapa de finalização das entrevistas familiares, foi reforçado o acompanhamento contínuo e sistematizado, com a realização de um resumo das informações discutidas e a avaliação das intervenções implementadas. As famílias foram incentivadas a expressar as suas dúvidas e dificuldades, promovendo-se o seu esclarecimento e o reforço da sua literacia em saúde. Foram ainda agendadas as próximas consultas de enfermagem, com o objetivo de monitorizar a evolução do estado de saúde familiar e assegurar a continuidade dos cuidados prestados.

A monitorização das respostas das famílias foi realizada através do sistema informático SClinico-CSP®. Contudo, foram identificadas algumas limitações deste sistema de informação no que respeita à avaliação e à documentação dos cuidados prestados às famílias, devido à escassez de critérios específicos no Programa de Saúde Familiar, particularmente no que concerne às necessidades específicas das famílias imigrantes. Estas limitações comprometem a monitorização eficaz do estado de saúde familiar e a continuidade dos cuidados.

Em suma, o cuidado à família enquanto unidade de cuidados constituiu uma experiência enriquecedora, evidenciando a relevância de uma abordagem holística, personalizada e culturalmente sensível na promoção da autonomia, saúde e bem-estar das famílias. Este processo destacou, igualmente, o papel fundamental do EEEEC-ESF como agente facilitador de mudanças significativas no contexto dos CSP, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e para a promoção de ganhos em saúde.

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

O desenvolvimento da competência "Lidera e colabora em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar" revelou-se essencial durante o meu percurso formativo, refletindo a importância da articulação eficiente entre equipas de saúde e da mobilização estratégica de recursos para assegurar uma prestação de cuidados de elevada qualidade às famílias.

Ao longo do estágio, colaborei de forma ativa com a equipa multidisciplinar da UCSP, contribuindo para a construção de planos de cuidados integrados e personalizados. Esta colaboração implicou não só a articulação com os diversos profissionais de saúde, mas também a identificação e mobilização de recursos necessários para a prestação de cuidados, considerando sempre as necessidades específicas de cada família.

A articulação com outros serviços e instituições, bem como a referenciação para outros profissionais de saúde, revelou-se essencial para assegurar uma resposta de cuidados integrada, eficiente e adaptada às necessidades identificadas. Neste contexto, procedi à referenciação de quatro famílias para o serviço social do centro de saúde, com o objetivo de facilitar o acesso a apoio socioeconómico e a recursos essenciais; 10 famílias foram encaminhadas para a EEESMO da Unidade de Cuidados na Comunidade, visando a participação em aulas de preparação para o parto; e cinco famílias foram referenciadas para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente uma para a tipologia de Média Duração e Reabilitação, uma para Longa Duração e Manutenção, e três para a tipologia de Descanso do Cuidador. Adicionalmente, foi realizada a referenciação de 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.

A participação ativa em reuniões de equipa representou outro momento relevante para o desenvolvimento desta competência. Destaca-se a realização de uma sessão formativa direcionada à equipa de enfermagem da UCSP sobre a auto-medição da pressão arterial no domicílio (Apêndice IV). Esta formação teve como objetivo orientar a equipa na aplicação desta estratégia, para identificar situações de hipertensão mascarada ou de "bata branca", considerando o número significativo de utentes com valores tensionais elevados em consulta, mas normalizados em contexto domiciliário. Esta iniciativa promoveu a otimização da abordagem clínica e contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A participação em eventos científicos revelou-se fundamental para o enriquecimento do meu exercício profissional e para a consolidação de uma abordagem crítica e reflexiva no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar. Neste sentido, destaca-se a minha participação como elemento ativo da comissão organizadora da Série de Workshops “Temas de Humanização em Enfermagem”, promovida pela Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano, realizada na Escola Superior de Saúde de Viseu, nos dias 21 e 22 de novembro de 2024 (Anexo II). Esta experiência proporcionou uma reflexão aprofundada sobre a centralidade da humanização dos cuidados e reforçou a necessidade de integrar princípios éticos e humanistas na prática clínica. De igual modo, integrei a comissão organizadora e participei no II Congresso Internacional - A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar (Anexo III), promovido pela Escola Superior de Saúde de Viseu, nos dias 30 e 31 de janeiro. Esta experiência proporcionou uma oportunidade de atualização do conhecimento científico e de reflexão sobre as estratégias inovadoras e os desafios emergentes na área, contribuindo para uma prática mais informada e centrada nas necessidades das famílias.

Em suma, o desenvolvimento da competência de liderança e colaboração em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, revelou-se fundamental para a construção de uma prática de EC-ESF mais integrada, reflexiva e centrada nas necessidades das famílias. As experiências vivenciadas durante o estágio, desde a articulação com diferentes profissionais e instituições, à promoção de formação em serviço e à participação em eventos científicos, contribuíram para o fortalecimento das minhas capacidades de liderança, planeamento e tomada de decisão partilhada. Estas experiências reforçaram a importância de uma abordagem colaborativa e estratégica na otimização dos cuidados de saúde familiar, promovendo uma resposta mais eficaz, humanizada e orientada para ganhos em saúde.

Considerações Finais

O presente relatório reflete a complexidade e a riqueza das experiências vivenciadas durante o estágio na UCSP, evidenciando o seu contributo essencial para o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEEC-ESF.

Este estágio constituiu uma oportunidade privilegiada para consolidar práticas alicerçadas em referenciais teóricos, metodológicos e operativos, promovendo uma abordagem de cuidados culturalmente sensíveis e adaptados às necessidades particulares de cada família, com especial atenção às famílias imigrantes. Ao longo deste percurso formativo, a análise crítico-reflexiva foi uma constante na minha prática profissional, permitindo a avaliação contínua das intervenções realizadas e o consequente ajustamento da prática clínica. Esta reflexão sistemática favoreceu a integração do conhecimento previamente adquirido, promovendo a excelência dos cuidados e o fortalecimento das minhas competências enquanto futura EEEC-ESF.

O desenvolvimento de competências, nomeadamente as específicas do EEEC-ESF, revelou-se crucial para a prática clínica avançada, possibilitando o aperfeiçoamento da capacidade de planear, implementar e avaliar cuidados personalizados, respeitando a singularidade de cada família e o seu ciclo vital. As atividades desenvolvidas, como a referenciação de famílias para diferentes serviços e profissionais de saúde, a dinamização de uma sessão formativa e a participação em eventos científicos, foram determinantes para a consolidação de uma abordagem centrada nas necessidades e especificidades de cada agregado familiar.

Paralelamente, o estudo de investigação desenvolvido através de uma *Scoping Review* permitiu mapear a evidência científica disponível sobre os desafios enfrentados pelos Enfermeiros de Família na prestação de cuidados culturalmente sensíveis a populações imigrantes. Este processo possibilitou uma reflexão aprofundada sobre as barreiras e os fatores facilitadores do cuidado transcultural, sublinhando a importância de uma prática sustentada em evidência científica e referenciais teóricos robustos, como o Modelo da Competência Cultural de Campinha-Bacote, o Modelo da Competência Cultural de Purnell e a TDUCC de Leininger. Além de enriquecer a minha prática clínica, esta revisão constitui uma

referência fundamental para orientar futuras investigações e intervenções no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

Ao longo do estágio, surgiram desafios significativos no contacto com famílias imigrantes, sobretudo no que respeita às barreiras linguísticas e culturais. A dificuldade de comunicação representou um obstáculo considerável, agravado pela ausência de intérpretes ou mediadores culturais na equipa multidisciplinar da UCSP. Esta limitação exigiu a adoção de estratégias alternativas, como a utilização de uma linguagem simplificada, gestos, inglês básico e plataformas de tradução digital, garantindo a transmissão eficaz de informações essenciais para a prestação de cuidados adequados.

Adicionalmente, a construção de uma relação terapêutica sólida e baseada na confiança revelou-se particularmente desafiadora em contextos de comunicação limitada. Para superar esta barreira, foi necessário recorrer a uma abordagem empática e criativa, assegurando a compreensão das necessidades individuais, o envolvimento ativo das famílias e a adesão ao plano de cuidados. Por outro lado, o planeamento de intervenções culturalmente sensíveis exigiu um esforço contínuo para garantir que os cuidados fossem prestados de forma culturalmente competente, respeitando os valores, crenças e práticas de cada agregado familiar. Apesar da complexidade inerente a este processo, os desafios enfrentados constituíram oportunidades valiosas de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

Apesar dos obstáculos encontrados, considero que os objetivos delineados foram plenamente alcançados. O estágio proporcionou uma experiência enriquecedora e transformadora, permitindo a consolidação de competências essenciais para o exercício especializado em EC-ESF, com especial enfoque na promoção de cuidados culturalmente sensíveis e centrados nas necessidades das famílias.

Com o término desta etapa, reconheço a importância de um compromisso contínuo com a aprendizagem e o aperfeiçoamento profissional, visando aprimorar a minha prática clínica e enfrentar os desafios emergentes no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar. A reflexão crítica, a procura de estratégias inovadoras e o compromisso inabalável com a qualidade dos cuidados constituem pilares fundamentais para garantir uma prática de excelência, que contribua efetivamente para a promoção da saúde e do bem-estar das famílias.

Referências Bibliográficas

- Agência para a Integração, Migrações e Asilo - Direção de Planeamento, Estudos e Estatística. (2024). *Relatório de Migrações e Asilo 2023*. Agência para a Integração, Migrações e Asilo. <https://aima.gov.pt/media/pages/documents/92dd0f02ea-1726562672/rma-2023.pdf>
- Albougami, A.S., Pounds, K.J., & Alotaibi, S. (2016). Comparison of four cultural competence models in transcultural nursing: A discussion paper. *Int Arch Nurs Health Care*, 2(4), 2-5. <http://doi.org/10.23937/2469-5823/1510053>
- Aljadeeah, S., Payedimarri, A. B., Kielmann, K., Michielsen, J., Wirtz, V. J., & Ravinetto, R. (2024). Access to medicines among asylum seekers, refugees and undocumented migrants across the migratory cycle in Europe: A scoping review. *BMJ Global Health*, 9(10), 1-13 . <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015790>
- Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B. (2022). Beyond challenges and enrichment: A qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway. *BMC Nursing*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01102-x>
- Al-Mommani, O. (2024). Navigating the Gray Zone: When Interpreters Become Mediators and Communication Facilitators. *Journal of Language Teaching and Research*, 15(4), 1372–1380. <https://doi.org/10.17507/jltr.1504.35>
- Antón-Solanas, I., Rodríguez-Roca, B., Vanceulebroeck, V., Kömürçü, N., Kalkan, I., Tambo-Lizalde, E., Huércanos-Esparza, I., Casa Nova, A., Hamam-Alcober, N., Coelho, M., Coelho, T., Van Gils, Y., Öz, S. D., Kavala, A., & Subirón-Valera, A. B. (2022).

Qualified nurses' perceptions of cultural competence and experiences of caring for culturally diverse patients: A qualitative study in four European countries. *Nursing Reports*, 12(2), 348-364. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020034>

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). JBI manual for evidence synthesis. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>

Assali, A., Younis, M., Sager, N., Dakis, M., & Young, D. (2022). Stories of Struggle and Resilience: Parenting in Three Refugee Contexts. In Samadi, S. (Ed.), *Parenting - Challenges of Child Rearing in a Changing Society* (pp. 1-25). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.103827>

Barreto, M. S., Nascimento, D. G., Magini, L. Y. Z., Oliveira, I. L., Vieira, V. C. L., & Marcon, S. S. (2019). Discourse of nurses and doctors on the use of the emergency service by immigrants. *Escola Anna Nery*, 23(3), 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0003>

Barreto, M. S., Wolf, I., Souza, N. C., Buzzerio, L. F., Vieira, V. C. L., Figueiredo-Barbieri, M. C., & Marcon, S. S. (2024). Experiences of providers and immigrants/refugees with health care: A meta-synthesis of the latin american context. *Canadian Journal of Nursing Research*, 56(2), 151–163. <https://doi.org/10.1177/08445621231215845>

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica em enfermagem* (2.^a ed.). Quarteto.

Camedda, C., & Righi, M. (2024). Experiences and suggestions of nurses involved in caring for migrant populations in Italy: A qualitative study. *Healthcare*, 12(2), 1-26. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020275>

Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8. doi:10.3912/OJIN.Vol16No02Man05

- Casquilho-Martins, I., & Matela, T. (2021). Inequalities in access to education: A socio-educational intervention with migrant children and youth. In *ICERI2021 Proceedings: 14th Annual International Conference of Education, Research and Innovation* (pp. 6888–6895). IATED. <https://doi.org/10.21125/iceri.2021.1558>
- Červený, M., Siaki, L., Prosen, M., & Nagórska, M. (2022). Challenges experienced by nurses caring for patients from different cultures: a scoping review of the literature, 2010–2020. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, *13*(4), 783-792. doi:10.15452/cejnm.2022.13.0024.
- Çetinkaya, B., & Ceylan, S. S. (2022). Immigrant Families in the Neonatal Intensive Care Unit: Barriers in Nursing Care. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, *6*(1), 26–34. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.1039793>
- Chen, C. I., & Huang, M. C. (2018). Exploring the growth trajectory of cultural competence in Taiwanese paediatric nurses. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(24), 4331–4339. <https://doi.org/10.1111/jocn.14526>
- Cuba, S., Miller, D., Raifman, J., Cutts, D., Bovell-Ammon, A., Frank, A., & Jones, D. (2023). Reduced health care utilization among young children of immigrants after Donald Trump's election and proposed public charge rule. *Health Affairs Scholar*, *1* (2), 1-9. <https://doi.org/10.1093/haschl/qxad023>
- 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>
- Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B., & Vike, H. (2014). Facing diversity under institutional constraints: Challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(9), 2107–2116. <https://doi.org/10.1111/jan.12369>

- Delamuta, K.G., Mendonça, F.F., Domingos, C.M., & Carvalho, M.N. (2020). Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*, 36(8), 1-12.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00087019>
- Di Napoli, A., Ventura, M., Spadea, T., Giorgi Rossi, P., Bartolini, L., Battisti, L., Cacciani, L., Caranci, N., Cernigliaro, A., De Giorgi, M., Fanolla, A., Lazzeretti, M., Mininni, M., Mirisola, C., & Petrelli, A. (2022). Barriers to Accessing Primary Care and Appropriateness of Healthcare Among Immigrants in Italy. *Front. Public Health*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.817696>
- Dias, S., Fronteira, I., Gama, A., Pita Gróz, A., Mardin, D., Simões, J., Roxo, L., & Pita Barros, P. (2018). Health policies, patterns and barriers to migrants' access to primary health care. In A. Rosano (Ed.), *Access to primary care and preventive health services of migrants* (pp. 99–109). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73630-3_9
- Domingos, A. R. D. (2019). *Competência cultural do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Institucional do IPV. <https://repositorio.ipv.pt/entities/publication/53f60cdd-7c5e-494e-8e9f-053e7f0f0c89>
- Domingues, R. S. (2022). *Relatório de estágio: Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar* [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria].
<https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/7714/1/RELATORIO%20FINAL.pdf>
- Dylan, L. (2023). Access to high-quality healthcare in the United States for Chinese-American immigrants. *Brown Undergraduate Journal of Public Health*.

<https://sites.brown.edu/publichealthjournal/2023/11/29/access-to-high-quality-healthcare-in-the-united-states-for-chinese-american-immigrants/>

Ekong, S. A. (2024). The impact of religion and spirituality on continental African immigrant health [Tese de doutoramento]. Loma Linda University.

<https://scholarsrepository.llu.edu/etd/2682>

European Commission. (2021). *European pillar of social rights action plan*. Publications Office of the European Union. <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/>

Eurostat. (2022). *Migration and migrant population statistics : Statistics explained*. Comissão Europeia. Acedido em dezembro 9, 2024, em https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics

Fagerlund, H. B., Pettersen, K. S., Terragni, L., & Glavin, K. (2016). Counseling immigrant parents about food and feeding practices: Public health nurses' experiences. *Public Health Nursing, 33*(4), 343–350. <https://doi.org/10.1111/phn.12248>

Felsenstein, D. R. (2019). Providing Culturally Sensitive Nursing Care for Vulnerable Immigrant Populations. *Creative Nursing, 25*(2), 133–137. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.25.2.133>

Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C., & Neri, S. (2009). Providing transcultural care to children and parents: An exploratory study from Italy. *Journal of Nursing Scholarship, 41*(2), 220–227. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01274.x>

Figueiredo, M.H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Sabooks Editora.

Figueiredo, M.H. (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel

- Gaber, J., Datta, J., & Clark, R. (2022). Understanding how context and culture in six communities can shape implementation of a complex intervention: A comparative case study. *BMC Health Services Research*, 22(221), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07615-0>
- Gerchow, L., Burka, L. R., Miner, S., & Squires, A. (2021). Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 104(3), 534–553. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.017>
- Glyn-Blanco, M. B., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2023). How do cultural factors influence the provision of end-of-life care? A narrative review. *Applied Nursing Research*, 73, 1-20.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2023.151720>
- Hamari, L., Konttila, J., Merikukka, M., Tuomikoski, A. M., Kouvonen, P., & Kurki, M. (2022). Parent support programmes for families who are immigrants: A scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(2), 506–525.
<https://doi.org/10.1007/s10903>
- Hayati, W., Suwarni, S., Jasna, N. R., & Yusuf, M. (2022). Relationship between verbal and non-verbal communication of nurses with communication barriers to families of pre-surgery patients in the intensive care room at the Aceh General Hospital in 2020. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh*, 7(2), 125–131.
<https://doi.org/10.37598/jukema.v7i2.1269>
- Høye, S., & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(6), 338–348. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2008.03.007>
- 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
- Jabbari, B., Schoo, C., & Rouster, A. S. (2023). *Family dynamics*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560487/>
- Jentsch, B., Klein, R., Sandner, E., Bignami, F., & Paulus, M. (2022). Early life family care for and with migrants: The development of a transcultural transition mentoring competence profile. *Journal of Family Issues*, *44*(11), 2961-2980.
<https://doi.org/10.1177/0192513x221113851>
- Kallakorpi, S., Haatainen, K., & Kankkunen, P. (2018). Nurses' experiences caring for immigrant patients in psychiatric units. *International Journal of Caring Sciences*, *11*(3), 1802–1811.
http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/53_kallakorpi_original_11_3.pdf
- Kompothanasi, E., Charitakis, D., & Vivilaki, V. (2022). Experience with the midwifery-led continuity care model among female migrants, refugees, and asylum seekers in the context of the ORAMMA project. *Eleutho*, *21*(1), 1–5.
<https://doi.org/10.18332/eleutho/158049>
- Kostruba, A. (2022). Healthcare services access, use, and barriers among migrants in Europe: a systematic review. *International Journal of Caring Sciences*, *15*(1), 28-47.
<https://doi.org/10.1101/2022.02.24.22271449>
- Kullamaa, L., & Reile, R. (2023). Socio-demographic and regional differences in unmet healthcare needs among migrants in Europe. *PLOS ONE*, *18*(5), 1-14.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285886>
- Leininger, M. (1985). Transcultural care diversity and universality: A theory of nursing. *Nursing & Health Care*, *6*(4), 208–212.
<https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.

Lise, F., Marvicsin, D., LeMoine, D. S., Krumwiede, N., Johnson, Y. M., & Figueiredo, M. D. C. A. B. (2023). International family nursing association: Toolkit of resources for caring for refugee/migrating families. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57(spe), 1-6. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0446en>

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), 179–87. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>

Maia, A.C., Marques, M.J., Goes, A.R., Gama, A., Osborne, R., & Dias, S. (2024). Health literacy strengths and needs among migrant communities from Portuguese-speaking African countries in Portugal: A cross-sectional study. *Front. Public Health*, 12, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1415588>

Mango, L., & Dabrynets, L. (2024). Colors of Transcultural Nursing. Management of Problems Experienced by Nurses in the Care of Foreign Persons in Italy. *Preprints*, 1-8. <https://doi.org/10.20944/preprints202406.0141.v1>

Martins, M., Fernandes, C., & Gonçalves, L. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4): 685-90. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400020>

McAuliffe, M., & Ruhs, M. (2017). *World Migration Report 2018*. International Organization for Migration. https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/country/docs/china/r5_world_migration_report_2018_en.pdf

- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos cuidados de saúde primários: Guia de decisão clínica*. Lidel
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20 (62), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Murgia, C., Notarnicola, I., Caruso, R., De Maria, M., Rocco, G., & Stievano, A. (2022). Spirituality and religious diversity in nursing: A scoping review. *Healthcare*, 10(9).1-22. <https://doi.org/10.3390/healthcare10091661>
- Moorley, C. (2021). The Role of Nurses in Improving Health Equity. In Wakefield, M., Williams, D., Menestrel, S., & Flaubert, J. (Eds.), *The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity* (pp. 127-146). The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573898/>
- O'Neill, C. S. (2020). Commentary: Communication challenges between nurses and migrant paediatric patients. *Journal of Research in Nursing*, 25(3), 275–276. <https://doi.org/10.1177/1744987120909644>
- Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 367/2015. (2015, junho 29). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2(124), pp. 17384-17391. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regul>

amento_367_2015_Padrees_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamilia
r.pdf

Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 428/2018. (2018, julho 16). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2(135), pp. 19354-19359. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>

Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 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. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento Conceptual: enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/-/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

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>

Organização Mundial de Saúde. (2023). *Global research agenda on health, migration and displacement: Strengthening research and translating research priorities into policy and practice*. Organização Mundial de Saúde.

<https://www.who.int/publications/m/item/global-research-agenda-on-health--migration-and-displacement-overview>

Özdemir, Ş., & Kiyamaz, D. (2023). The difficulties experienced by nurses working in a tertiary hospital in Turkey while providing health care to immigrant and refugee patients and intercultural sensitivity. *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 9(2), 268–280. <https://doi.org/10.19127/mbsjohs.1243023>

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>

Paredath, M. S., Alasmari, F. A., & Mayinkanakath, M. S. (2023). Nurses Experiences of Multi-Cultural and Multi-Language Barriers to Patient Safety and Quality Care during the HAJJ Season. *Evidence Based Nursing Research*, 5(1), 24–31. <https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v5i1.261>

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.), *JBI 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>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Pires, M., Lopes, R., Caetano, C., Mota, L., & Ferreira, F. (2023). Competências de liderança do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76 (6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721pt>

Portugal, Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019. (2019, agosto 20). Aprova o Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações. *Diário da República*, 1 (158), 45 - 54. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/141-2019-124044668>

Portugal. (s.d.). *Geografia: Caracterização Geográfica*. Acedido em janeiro 21, 2025, em <https://www.cm-mortagua.pt/turismo/geografia>

Portugal, Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008, fevereiro 22). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1 (38), pp. 1182- 1189. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

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

Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *J Transcult Nurs.*; 13(3), 193-196. doi: 10.1177/10459602013003006. PMID: 12113149.

Purnell, L. (2005). The Purnell Model for Cultural Competence. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11(2), 7-15.

https://www.researchgate.net/profile/Larry_Purnell/publication/11265758_The_Purnell_Model_for_Cultural_Competence/links/00b495330173a7096d000000/The-Purnell-Model-for-Cultural-Competence.pdf

- Purnell, L. (2018). Cross cultural communication: Verbal and non-verbal communication, interpretation and translation. In: Douglas, M., Pacquiao, D., & Purnell, L. (Eds) *Global Applications of Culturally Competent Health Care: Guidelines for Practice* (pp. 131-142). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69332-3_14
- Purnell, L. (2021). The Purnell model and theory for cultural competence. In L. D. Purnell & E. A. Fenkl (Eds.), *Handbook for culturally competent care* (pp. 19–59). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-51399-3_2
- Purnell, L., & Paulanka, B.J. (2010). *Cuidados de Saúde Transculturais: Uma abordagem Culturalmente Competente*. (3ª ed.). Lusodidacta.
- Rainha, L., Pinto, M., & Madeira, A. (2018). Interculturalidade em saúde: Tomando consciência de si. *Revista Migrações*, 15, 82–85. https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/PAGINACAO_06_REV15_online.pdf/57c28a51-a2ee-4e1f-9d09-780bd00d826c
- Ramos-Roure, F., Feijoo-Cid, M., Manresa-Dominguez, J. M., Segura-Bernal, J., García-Sierra, R., Fernández-Cano, M. I., Arreciado Marañón, A., Moreno-Gabriel, E., Flamarich Gol, C., & Torán-Monserrat, P. (2024). A comparative study of the perspectives of long-stay immigrants, nurses and cultural mediators on intercultural communication: A secondary qualitative analysis. *Nursing Open*, 11, 1-15. <https://doi.org/10.1002/nop2.70074>
- Reis, A. (2016). Constrangimentos nos contextos de cuidados de saúde: entre profissionais de saúde, mediadores interculturais e imigrantes. In *Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural - Entre Iguais e Diferentes: a Mediação*

Intercultural (pp. 143-157). Lisboa, Alto Comissariado para as Migrações.

<https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstreams/02e1b127-24c1-4050-83b5-72bbb310ed5b/download>

Reis, A., & Costa, M. (2014). Cuidar de imigrantes: das interações em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 61-69. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13118>

Reis, A., & Spínola, A. (2016). Saúde das famílias imigrantes: estratégias pedagógicas na formação em enfermagem. *Millenium*, 2(1), 63-69. <http://hdl.handle.net/10400.19/6663>

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>

Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International Nursing Review*, 57(2), 224-231. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00790.x>

Semenza, J. C., Carrillo-Santistevé, P., Zeller, H., Sandgren, A., van der Werf, M. J., Severi, E., Pastore Celentano, L., Wiltshire, E., Suk, J. E., Dinca, I., Noori, T., & Kramarz, P. (2016). Public health needs of migrants, refugees, and asylum seekers in Europe, 2015: Infectious disease aspects. *European Journal of Public Health*, 26(3), 273-273. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw171>

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2022). *População estrangeira residente em Portugal*. Acedido em dezembro 9, 2024, em <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>

- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2023). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2022*.
Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.
<https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2022%20vF2a.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (s.d.).
UCSP. Acedido em setembro 24, 2024 em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/927/20027/2180804/Pages/default.aspx>
- Sheikhi, M.R., Fallahi-Khoshnab, M., Mohammadi, F., & Oskouie, F. (2016). Skills required for nursing career advancement: A qualitative study. *Nurs Midwifery Stud*, 5(2), 1-8.
<https://doi.org/10.17795/nmsjournal30777>
- Silva, M. M., Gavinhos, M. S., Neves, V. F., & Camarneiro, A. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 20–32. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.183>
- Sousa, C. U. (2019). A Europa no contexto global das migrações. In *Janus—Anuário de Relações Exteriores 2018–2019* (pp. 10–11). Observatório de Relações Exteriores da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Sousa, M., & Figueiredo, A. (2021). Os registos de enfermagem nas revistas portuguesas (1958-1998): Um estudo bibliométrico. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (8), pp. 1-6.
https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=3923&codigo=
- Těšínová, J., Dobiášová, K., Jelínková, M., Tulupova, E., & Koščík, M. (2024). Professionals' and intercultural mediators' perspectives on communication with Ukrainian refugees in the Czech healthcare system. *Health Expectations*, 27, 1-10.
<https://doi.org/10.1111/hex.14171>

- Theodosopoulos, L., Fradelos, E. C., Panagiotou, A., Dreliozzi, A., & Tzavella, F. (2024). Delivering culturally competent care to migrants by healthcare personnel: A crucial aspect of delivering culturally sensitive care. *Social Sciences*, 13(10), 1-23. <https://doi.org/10.3390/socsci13100530>
- Thyli, B., Athlin, E., & Hedelin, B. (2007). Challenges in community health nursing of old migrant patients in Norway – An exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 2(1), 45–51. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00048.x>
- Top, F. U. (2023). The challenges in the care of immigrant children in the clinic: A phenomenological study. *Journal of Pediatric Health Care*, 37(5), 492–500. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2023.03.005>
- Ugarte Gurrutxaga, M. I., Sánchez-Ojeda, M. A., Segura-Fragoso, A., Cardoso, M. L., & Molina Gallego, B. (2020). Attitudes towards immigration among students in the first year of a nursing degree at universities in Coimbra, Toledo and Melilla. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217977>
- United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. United Nations. <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>
- Zarth, M.D., Fernández, P., Baggio, M. A., Zilly, A., Gamarra, C. J., & Silva, R. M. M. (2024). Cross-cultural nursing care for immigrant women during pregnancy and childbirth: experiences and vulnerabilities. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 45. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230161.en>

Anexos

Anexo I- Joanna Briggs Institute critical appraisal checklist

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

E1 - Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B.

Year: 2022

	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

E2- Experiences and suggestions of nurses involved in caring for migrant populations in Italy: a qualitative study

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Camedda, C., & Righi, M.

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

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

E3- Exploring the growth trajectory of cultural competence in Taiwanese paediatric nurses.

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Chen, C., & Huang, M.C.

Year: 2018

	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- Facing diversity under institutional constraints: Challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients.

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B., & Vike, H.

Year: 2014

	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- Competência cultural do Enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde materna e obstétrica

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Domingos, A.R.D.

Year: 2019

	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- Revisão *Scoping* - Enfermagem Transcultural – Cuidar de indivíduos/ famílias imigrantes.

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Domingues, R.S.

Year: 2022

	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

E7- Counseling immigrant parents about food and feeding practices: Public health nurses' experiences

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Fagerlund, B.H., Pettersen, k.S., Terragni, L., & Glavin, 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 ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

E8- Providing transcultural to children and parents: An exploratory study from Italy

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C., & Neri, S.

Year: 2009

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

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

E9- Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Høye, S., & Severinsson E.

Year: 2008

	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

E10- Nurses' experiences caring for immigrant patients in psychiatric units

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Kallakorpi, S., Haatainen, K., & Kankkunen, P.

Year: 2018

	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

E11- Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B.

Year: 2010

	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

E12- Challenges in community health nursing of old migrant patients in Norway- An exploratory study

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Thyli, B., Athlin, E., & Hedelin, B.

Year: 2007

	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

E13- The challenges in the care of immigrant children in the clinic: A phenomenological study

Reviewer: Ana Beatriz Alves

Date: 15 de dezembro de 2024

Authors: Top, F.U.

Year: 2023

	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

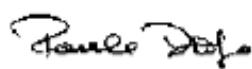
Anexo II- Certificado de participação na série de workshops “Temas de Humanização em Enfermagem”

Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem
Para o Cuidado Humano

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que a Senhora Enfermeira Ana Beatriz Pais Loureiro Alves participou na Série de Workshops “Temas de Humanização em Enfermagem” - Cuidar da Criança e Família Vítima de Maus-Tratos: Uma Abordagem Holística - organizado pela Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano no dia 21 de novembro de 2024, das 14h às 18h30m, perfazendo 4h30m.

Lisboa, 18 de dezembro de 2024



Professora Doutora Paula Diogo

Coordenadora da Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano
Representante da Watson Caring Science Institute Latino-Iberoamérica

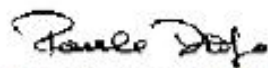


Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem
para o Cuidado Humano

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que a Senhora Enfermeira Ana Beatriz Pais Loureiro Alves participou na Série de Workshops “Temas de Humanização em Enfermagem” - Experiências Emocionais Positivas: Ser + Consciente de Si - organizado pela Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano no dia 22 de novembro de 2024, das 9h às 13h30m, perfazendo 4h30m.

Lisboa, 18 de dezembro de 2024



Professora Doutora Paula Diogo

Coordenadora da Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano
Representante da Watson Caring Science Institute Latino-Iberoamérica



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



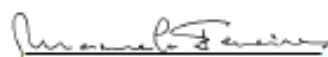
CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Beatriz Pais Loureiro Alves** 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.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 11:00 e as 12:30 Horas.

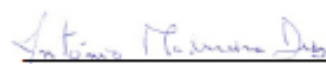
Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

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



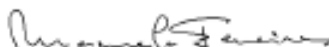
CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Beatriz Pais Loureiro Alves** 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.

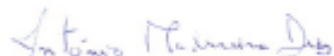
Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

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 **Ana Beatriz Pais Loureiro Alves** 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



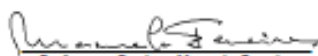
CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Beatriz Pais Loureiro Alves** 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.

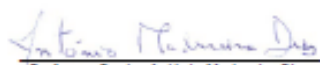
Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

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



CERTIFICADO

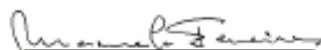
Certifica-se que **Ana Beatriz Pais Loureiro Alves** participou no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola 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.

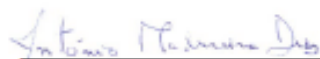
Total de horas de formação: 7 (sete) horas

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 **Ana Beatriz Pais Loureiro Alves** 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	[Redacted] 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.

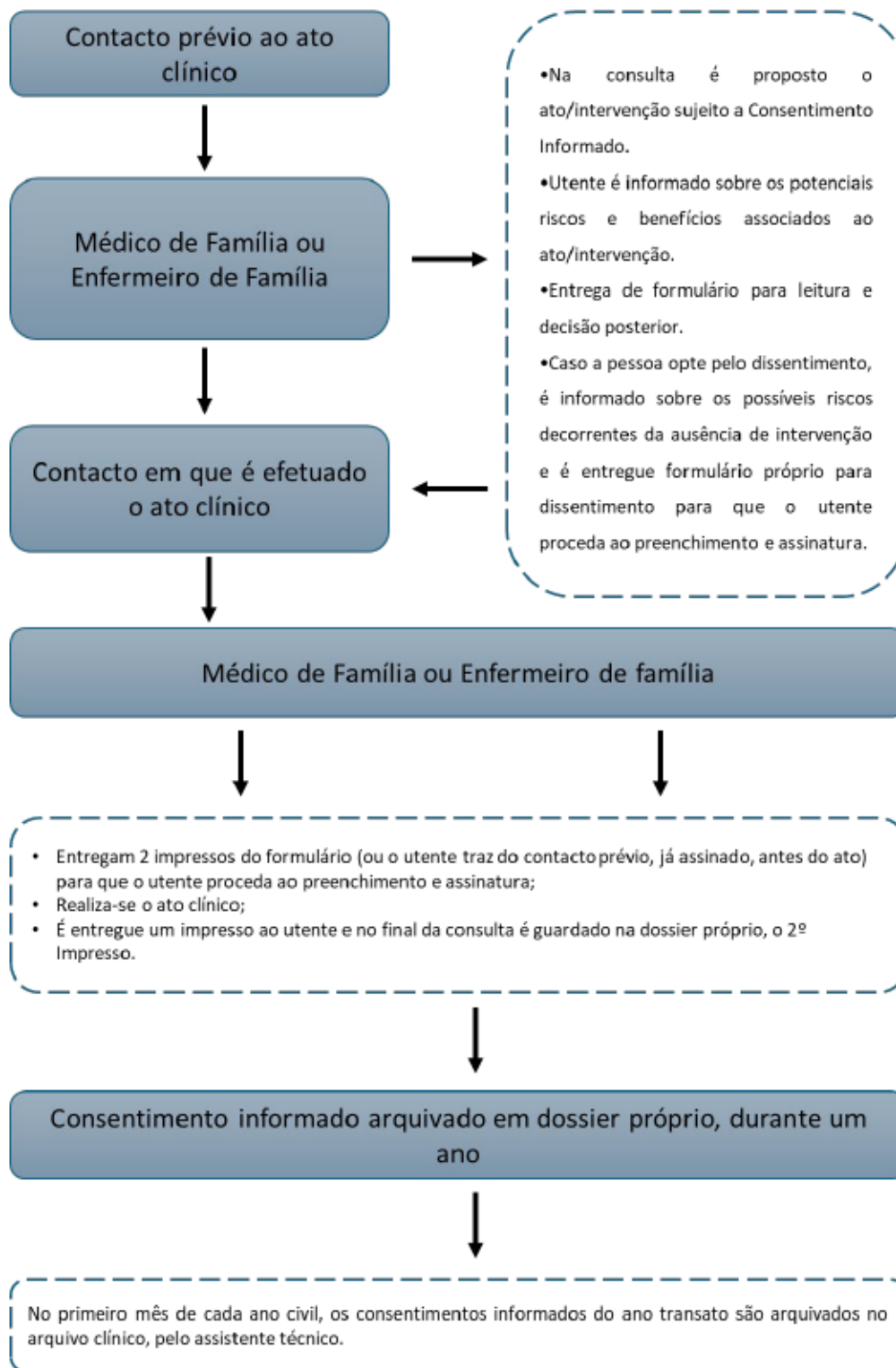
ÂMBITO: Processos Assistenciais/ Consentimento Informado

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 [REDACTED], 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 Contraceptivos 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 N°		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 _____ ?			
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 _____ ?			
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 _____ ?			
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 _____ ?			
Índice Global de Conformidade: $[\text{N}^\circ \text{ de situações "Conforme"} \div \text{N}^\circ \text{ de situações aplicáveis}] \times 100$			$(\text{---} \div \text{---}) \times 100 = \text{---}\%$


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 _____ ?			
Índice Global de Conformidade: $[\text{N}^\circ \text{ de situações "Conforme"} \div \text{N}^\circ \text{ de situações aplicáveis}] \times 100$			$(\text{---} \div \text{---}) \times 100 = \text{---}\%$

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 _____ ?			
Índice Global de Conformidade: $[\text{N}^\circ \text{ de situações "Conforme"} \div \text{N}^\circ \text{ de situações aplicáveis}] \times 100$			$(\text{---} \div \text{---}) \times 100 = \text{---}\%$

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 _____ ?			
Índice Global de Conformidade: $[\text{N}^\circ \text{ de situações "Conforme"} \div \text{N}^\circ \text{ de situações aplicáveis}] \times 100$			$(\text{---} \div \text{---}) \times 100 = \text{---}\%$

Apêndice II- Guia de acolhimento da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em Português








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 [redacted]
- 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 [redacted] **não possui serviço de urgência.**
- Em casos de urgência ou emergência **ligue 112.**

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

[redacted]

- 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

[redacted]



Email

[redacted]

GUIA DE ACOLHIMENTO

[redacted]

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 [redacted]

Orientadora: Professora Doutora Maria Odete Amaral

O que a UCSP 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, 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. 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.

ALTERNATIVAS ASSISTENCIAIS

- **Linha SNS 24:** 808 24 24 24
- **Serviço de Atendimento Complementar do Centro de Saúde de Fátima**
Horário: Fins de Semana e Feriados das 9 às 17 horas.
Telefone: 239403060
- **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 em Inglês

GENERAL RECOMMENDATIONS:

- 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 [redacted].
- 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 [redacted] **does not provide emergency services.**
- In case of an emergency, call **112**.

OPENING HOURS:

[redacted]

- 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.



Telephone
[redacted]



Email
[redacted]



Instituto Politécnico de Santarém
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 [redacted]
Orientadora: Professora Doutora Maria Odete Amaral



Health Center

[redacted]

UCSP

[redacted]



Welcome Guide

[redacted]

Services Provided by UCSP



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 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. 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.

ALTERNATIVE HEALTHCARE OPTIONS

- SNS 24 Health Line: 808 24 24 24
- Complementary Care Service at Health Center:
 - Opening hours: weekends and public holidays: 9:00 to 17:00h
 - Telephone:
- 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 de Saúde Personalizados



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA

POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Politécnico de Viseu
Escola Superior do Sector da Saúde

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 A.....
Destinatário	Equipa de Enfermagem da UCSP
Metodologia	Expositiva: Apresentação oral com suporte de PowerPoint
Duração	10 / 15 minutos



From Google images, loaded via: 142-stack-of-old-books-illustration-hand-drawn-illustration-vector-art-style-illustration.png-4315112

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.

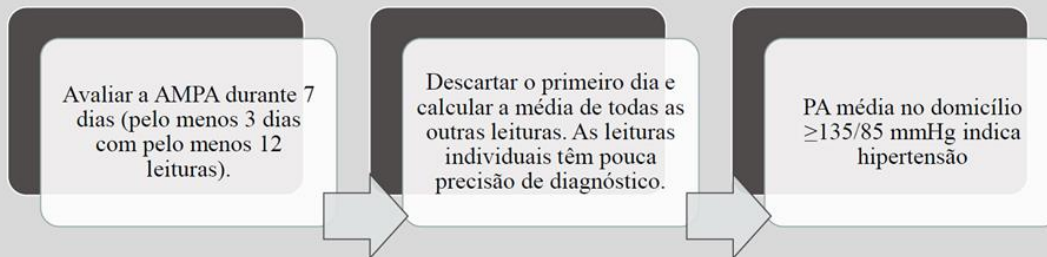
(European Society of Hypertension, 2023; Stergiou et. al., 2021)

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:

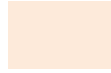


(European Society of Hypertension, 2023; Stergiou et. al., 2021)

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: _____



Não fazer, beber café, tomar ou fumar nicotina 30 minutos antes.



Evitar stress ou ansiedade.



Temperatura ambiente constante.



Evitar 5 minutos em repouso.



Não falar dentro a medição.

			Tensão Arterial		Batimentos Cardíacos
			Máxima	Mínima	
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/ehs151>
- 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



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA



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

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			