

SAÚDE EM EQUIDADE

MANUAL DE CASOS CLÍNICOS
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM CONTEXTOS DE DIVERSIDADE CULTURAL

Ficha Técnica

Centro de Investigação e Intervenção Social
Iscte-Instituto Universitário de Lisboa

Título

Saúde em Equidade: Manual de Casos Clínicos
para Profissionais de Saúde em Contextos de
Diversidade Cultural

Coordenação

Carla Moleiro
Sandra Roberto

Co-autoria (por ordem alfabética)

Jaclin Freire
Nuno Ramos
Nuno Pinto
Patrícia Pascoal
Susana Mourão
Thais França
Violeta Alarcão

Parceiros do projeto Saúde em Igualdade:

Direção Geral da Saúde (DGS)
Conselho Português para os Refugiados (CPR)
Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica
(SPSC)

ISBN 978-989-584-101-1

DOI <http://doi.org/10.15847/cis.saude.equidade>

Projeto financiado pelo Fundo para o Asilo, a
Migração e a Integração (FAMI PT/2019/FAMI/439)

Créditos de fotografia

Photo by Pressmaster (Adobe Stock): <https://stock.adobe.com/pt/images/young-african-american-female-general-practitioner-in-lab-coat-measuring-blood-pressure-of-muslim-woman-wearing-hijab-and-casual-attire/896299405>

Photo by AnnaStills (Adobe Stock): <https://stock.adobe.com/pt/images/young-mother-holding-her-little-child-on-her-hands-while-female-doctor-examining-him-with-stethoscope-at-hospital/306874767>

© 2018 Photo by Christina Morillo
<https://www.pexels.com/photo/woman-wearing-blue-top-beside-table-1181712/>

© 2021 Photo by cottonbro studio
<https://www.pexels.com/photo/woman-in-white-suit-with-stethoscope-talking-to-a-person-7579823/>

© 2021 Photo by Kampus Production
<https://www.pexels.com/photo/a-man-and-a-woman-assisting-an-elderly-man-in-standing-7551686/>



SAÚDE EM EQUIDADE

MANUAL DE CASOS CLÍNICOS
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM CONTEXTOS DE DIVERSIDADE CULTURAL

Índice

1. Introdução [6]

O Projeto “Saúde em Igualdade”: Breve Enquadramento [7]

2. A Saúde como um Contexto de Diversidade Crescente [10]

Determinantes Socio-Culturais de Saúde [11]

Desenvolvimento de Competências Clínicas para a Diversidade [15]

3. Operacionalização de Boas Práticas em Contextos Clínicos de Diversidade [17]

Casos Descritos por Profissionais de Saúde [18]

Saúde Materno-Infantil [19]

Caso Clínico 1: Perda Gestacional da Taslima [20]

Caso Clínico 2: Gravidez de Sharmin [22]

Caso Clínico 3: Pós-Parto da Shanti, infetada com Covid-19 [24]

Caso Clínico 4: Vacinação e Acompanhamento da Família Shevchenko [26]

Caso Clínico 5: Vigilância de Saúde Infantil da Aadya [28]

Saúde Mental

Caso Clínico 1: Depressão, Fobia Social e Dificuldades de Integração do jovem Pablo [31]

Caso Clínico 2: Crises Psicóticas, Internamentos Recorrentes e Vulnerabilidade Habitacional de Oumar [33]

Caso Clínico 3: Fadiga Mental, Isolamento e Discriminação da Refugiada Aissatou [35]

Caso Clínico 4: Depressão, Gravidez Não Planeada e Dependência Socioeconómica de Elena [37]

Caso Clínico 5: Parentalidade Disfuncional e risco de Violência Doméstica na Família de Prisha [39]

Caso Clínico 6: Quadro de Ansiedade de Raadhika, na sequência de Isolamento e Infeção por Covid-19 [41]

Doença Aguda e Atendimento Urgente

Caso Clínico 1: Dificuldade Respiratória e Internamento Pediátrico da bebé Sumitr [45]

Caso Clínico 2: Diabetes “Inaugural” da bebé Emma [47]

Caso Clínico 3: Episódio de Otagia do menino Ahmed [49]

Caso Clínico 4: Sintomas Gastrointestinais de Sunan e Diagnóstico de Pancreatite Aguda [50]

Caso Clínico 5: Doença Inflamatória Pélvica de Ricardo, em Processo de Redesignação Sexual [52]

Acompanhamento de Doenças Crónicas

Caso Clínico 1: Co-Morbilidades de Edmilson e a vivência em Condição de Sem-Abrigo [55]

Caso Clínico 2: Alba e Complicações de uma Diabetes mal Controlada [58]

4. Conclusão: Promoção de (Mais) Saúde em (Mais) Equidade [61]

5. Referências Bibliográficas [66]

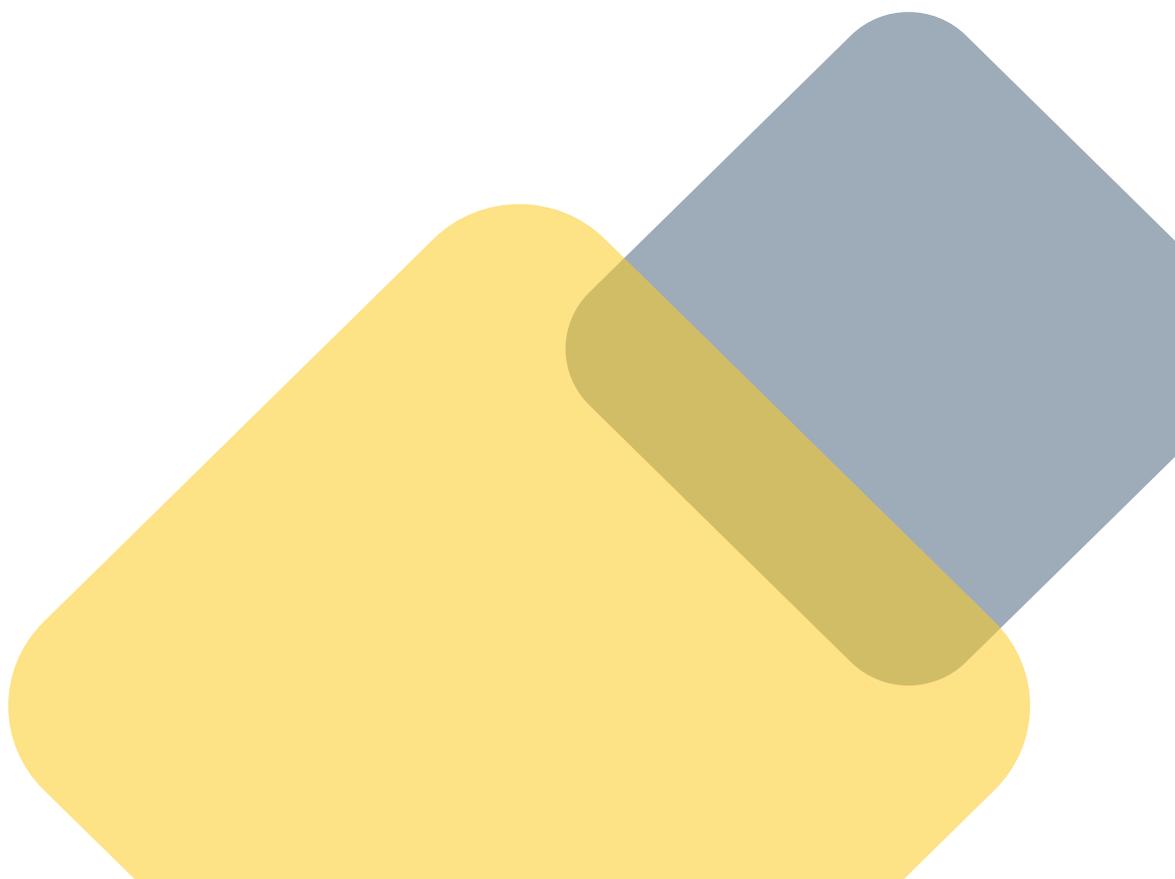
Índice de Tabelas e Figuras

Figura 1

Determinantes Socioculturais de Saúde
(adaptado de Dahlgren & Whitehead, 2014)
[14]

Tabela 1

Dimensões de análise dos casos clínicos
descritos por profissionais de saúde
e ilustrativos da sua intervenção em
contextos de diversidade [17]



1. Introdução

Este manual é um produto do projeto “Saúde em Igualdade” (FAMI PT/2019/FAMI/439), que teve como principal objetivo promover a sensibilização e a capacitação de profissionais de saúde para a promoção da diversidade individual e cultural em contextos de saúde, como forma de contribuir para o combate e eliminação de todas as formas de discriminação. O manual que aqui se apresenta é o resultado da reflexão conjunta realizada com os/as profissionais de saúde, decorrida num módulo específico da formação “Saúde em Igualdade”, reservado à discussão de casos clínicos analisados à luz dos conteúdos abordados ao longo da formação e partindo da experiência dos/as próprios/as profissionais.

Pretende-se que este manual se constitua como uma ferramenta de apoio, direcionada para o atendimento e intervenção com pessoas Nacionais de Países Terceiros (NPT), que os/as profissionais de saúde poderão usar para pensar a sua prática clínica e aceder a boas práticas no seu trabalho diário com estas populações.

A análise dos casos clínicos que se encontra neste manual utiliza uma perspetiva interseccional, ou seja, parte de um entendimento de que existem processos de interação entre as relações de poder e categorias identitárias como sexo e género,

classe, raça e etnia, sexualidade, capacidade funcional, idade, entre outras. Assim, estas múltiplas facetas da identidade social (ou, se quisermos, posições sociais) podem tornar-se, mais ou menos, proeminentes em qualquer momento da interação entre um/a profissional de saúde e um/a utilizador/a de um serviço de saúde.

A promoção de competências clínicas para a diversidade individual e cultural em os/as profissionais de saúde reconhece - traz consciência para o facto - de que cada interação clínica é intercultural. Assim, os/as profissionais de saúde precisam de ser capazes de responder a este encontro cultural - ou seja, ser competentes e responsivos/as à diversidade individual e cultural.

O manual é composto por uma parte inicial de contextualização do projeto “Saúde em Igualdade” que deu origem ao manual, seguindo-se um enquadramento teórico sobre diversidade cultural e determinantes sociais em saúde, e sobre a formação em competências clínicas para a diversidade. A segunda parte do manual é dedicada à apresentação e discussão de casos clínicos com pessoas nacionais de países terceiros, finalizando com algumas ideias-chave para uma intervenção que promova (mais) saúde em (mais) equidade.

O Projeto “Saúde em Igualdade”: Breve Enquadramento

Qualquer sociedade e qualquer Estado tem a responsabilidade de respeitar, proteger e promover os direitos humanos e liberdades fundamentais para as suas populações, sem distinção do sexo, orientação sexual, identidade e expressão de género ou características sexuais, bem como da origem racial e étnica, cor, nacionalidade, ascendência, território de origem, idade e diversidade funcional, ou outra posição ou característica individual ou social. Mais ainda, para alcançar a visão dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2030 - não deixar ninguém para trás – é fundamental que os direitos de acesso e qualidade de cuidados de saúde e as necessidades de pessoas nacionais de países terceiros sejam adequadamente abordados, designadamente em Portugal.

O aumento da presença de Nacionais de Países Terceiros (NPT), em território português, conduziu a um contacto mais frequente dos/as profissionais de saúde com estas populações, culturalmente distintas, e que apresentam muitas vezes expectativas diferentes em relação à prestação de cuidados de saúde. De acordo com Estrela (2009, p.25), *“esta situação deu origem a problemas que, até então, nunca se tinham verificado, para o que muito contribuiu o modo como está organizado o sistema de saúde português, bem como o desconhecimento dos aspetos culturais e as representações sociais estereotipadas associadas a estes grupos, podendo condicionar, nos profissionais de saúde, atitudes e comportamentos desajustados em relação a estes indivíduos”*. Com efeito, a utilização de serviços de saúde por populações cada vez mais diversas culturalmente, em todo o mundo, tem sido reconhecida como um dos principais desafios – presentes e futuros - na prestação de cuidados de saúde em sociedades ocidentais (Thomas & Hersen, 2020).

O projeto “Saúde em Igualdade” assentou sobre três justificações gerais. Em primeiro lugar, os instrumentos locais de política pública referente a nacionais de países terceiros *latu sensu* secundarizam a compreensão do acesso à saúde. De facto, as políticas de acolhimento não consideram as questões relativas à saúde, posto que o foco principal é a regularização dos procedimentos legais e administrativos sobre a entrada e permanência de NPT. Em segundo lugar, apesar da formação de profissionais de saúde ser tida como uma boa prática no domínio do apoio psicossocial e em saúde, esta tem sido incipiente no contexto do nosso país. Em terceiro lugar, as insuficiências observáveis no Serviço Nacional de Saúde conduzem à necessidade de explorar soluções que capacitem os/as profissionais e ativem os seus recursos no trabalho com NPT.

Este projeto visou proporcionar a profissionais de saúde, um conjunto de conceitos, conhecimentos e competências específicos, que permitam a promoção e a integração da perspetiva de inclusão nos seus contextos pessoais e profissionais, constituindo-se assim como forma de combate à discriminação. Pretendeu-se que esta intervenção tivesse repercussões no contexto institucional e nas esferas social e pública em que estão inseridos, tal como previsto na lei. Assim, este projeto teve como principais objetivos: a) a capacitação de profissionais de saúde para a promoção de boas práticas clínicas sensíveis e responsivas à diversidade individual e cultural, como forma de contribuir para o combate e eliminação de todas as formas de discriminação com base no sexo, orientação sexual, identidade de género, ordem racial e étnica, cor, nacionalidade, ascendência ou território de origem; b) a produção de materiais e recursos técnico-pedagógicos de apoio a profissionais de saúde, decorrentes da experiência e interação com os/as profissionais de saúde nas ações de formação.

Considerando as dimensões sociopolíticas da diversidade individual e cultural, pode dizer-se que a formação de profissionais de saúde para esta diversidade é também promotora de justiça social (ver Kirmayer, 2012, 2019), na medida em que promove o acolhimento e valorização de identidades sociais múltiplas e interseccionais, sendo vital para o desenvolvimento a longo prazo das sociedades, a nível regional, nacional e global. De facto, melhorar a capacidade de resposta dos cuidados de saúde a diversos utilizadores/as, promove serviços centrados na pessoa de maior qualidade para todos/as.

O treino de competências para a diversidade individual e cultural para profissionais de saúde, no âmbito do presente projeto, foi desenvolvido entre Maio de 2021 e Abril de 2022 e incluiu uma estrutura modular, abordando a diversidade a partir de uma lente interseccional. O curso de formação foi composto por 9 módulos, de 4 horas cada, referentes a: (i) conceitos e modelos de competência individual e cultural, incluindo sensibilização, conhecimentos e competências; (ii) minorias étnicas/raciais, migração e cultura; (iii) mobilidade global e refugiados; (iv) sexo e género; (v) espiritualidade e religião; (vi) saúde mental e bem-estar; (vii) saúde reprodutiva e sexual; (viii) orientação sexual, identidades e expressões de género; (ix) e interseccionalidade e discussão de casos clínicos.

Do total das 36 horas de formação, 27 horas foram de aprendizagem síncrona e 9 horas de atividades de aprendizagem assíncrona autónoma (leituras complementares, visionamento de vídeos, realização de trabalhos baseados em vídeos e preenchimento de questionários). Inicialmente a formação foi proposta para ser presencial, oferecida nas unidades de saúde das principais cidades de Portugal com população migrante. No entanto, devido à pandemia de SARS-CoV-2 durante o período de financiamento do projeto, esta proposta teve que ser ajustada para a realização de um curso online, com um amplo recrutamento em todo o

território nacional e um leque mais vasto de profissionais de saúde. O recrutamento foi feito tanto pelo sistema público de saúde (parceiro do projeto), quanto pelas redes sociais. O curso de formação foi realizado com a regularidade de 2 módulos por semana: 6.ª feira à noite ou sábado de manhã, ao longo de um período de 4 semanas, para acomodar, tanto quanto possível, os horários complexos e exigentes dos/as profissionais de saúde, em particular durante as pressões intensas resultantes do COVID-19. No total do projeto foram realizadas 9 edições da ação de formação, conforme modalidade acima descrita, com um total de 201 participantes inscritos. Os/as participantes foram profissionais de saúde com formações diversas, maioritariamente em enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, e terapia da fala.

Foi utilizada uma perspetiva pedagógica ancorada no modelo tridimensional de competências culturais (Sue et al. 1998), onde em cada módulo, os/as formadores/as procuravam (i) promover a consciência sobre os seus valores e atitudes, bem como os das populações específicas com quem trabalham, e os seus impactos nas visões de saúde e doença e na prestação de cuidados de saúde, (ii) introduzir conhecimentos sobre estes grupos e condições de saúde, em particular no que diz respeito às iniquidades em saúde, e (iii) promover discussões de casos práticos ou formulações de casos clínicos que refletissem maior capacidade de resposta, sensibilidade e intervenções responsivas a esse grupo de pacientes. Como tal, foram utilizadas estratégias de aprendizagem baseadas quer em metodologias de ensino-aprendizagem mais experienciais e reflexivas, quer abordagens pedagógicas mais expositivas e didáticas. No caso da aprendizagem experiencial, os/as formandos/as foram encorajados/as a perspetivar casos e experiências clínicas através de casos reais ou simulados, incluindo role plays/simulações, vídeos, exercícios de autorreflexão e discussões em grupo; enquanto a compreensão didática ou psicoeducativa foi procurada por meio de leituras, exposição de literatura e sua análise crítica e discussão em grupo, palestrantes convidados/as e outros meios semelhantes.

A formação foi ministrada por formadores/as com competências e especialização nas áreas específicas de cada módulo: i) Nuno Ramos - CIS-ISCTE - doutorado em psicologia social; ii) Mónica Frechaut e Vítor Sartoris - CPR - psicóloga educacional e psicólogo clínico, respetivamente; iii) Sandra Roberto - CIS-ISCTE - doutorada em psicologia clínica e da saúde; iv) Jaclin Freire - CIS-ISCTE - doutorada em psicologia clínica e da saúde; v) Patrícia Pascoal - SPSC - doutorada em psicologia clínica; vi) Thaís França - CIES-ISCTE - doutorada em Sociologia; vii) Nuno Pinto - CIS-ISCTE - doutorado em psicologia; viii) Carla Moleiro - CIS-ISCTE - doutorada em psicologia clínica.

2. A Saúde como um Contexto de Diversidade Crescente

A diversidade individual e cultural não representa apenas desafios para os/as profissionais e sistemas de saúde; representa, acima de tudo, uma qualidade positiva e desejável que enriquece todas as pessoas e sociedades, de um modo geral (ver DW Sue, et al., 1992, Vauclair, Klecha, Milagre & Duque, 2014). A proposta do projeto que deu origem a este manual partiu da constatação da diversidade das sociedades cada vez mais globais, caracterizadas pela mobilidade de pessoas.

O conceito de diversidade cultural deriva do termo “cultura”, inicialmente usado como referência às questões étnicas e raciais do contexto norte-americano, tendo sido posteriormente alargado, de modo a abranger outros grupos socialmente minoritários e/ou estigmatizados, tendo em conta características como a religião, género, diversidade funcional, orientação sexual, entre outras (Arredondo, Toporek, Brown, Jones, Locke, Sanchez & Stadler, 1996; Constantine & Ladany, 2001; Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2004).

Portugal é simultaneamente um país de destino e um país de origem da migração internacional. A chegada de migrantes das ex-colónias africanas (após o processo de descolonização), que continua até hoje, teve um impacto importante sobre a composição da população portuguesa. Como refere Royo (2005), a sociedade portuguesa, até então tradicional e tendencialmente homogénea, começou um novo ciclo de transformação. O fenómeno migratório em Portugal tornou-se mais evidente na década de 90, ao receber uma nova vaga de migrantes (Sardinha, 2009). Nesta nova vaga registou-se um grande número de migrantes provenientes dos países do Leste Europeu e Brasil. Assistiu-se simultaneamente a um aumento da população migrante vinda do Oriente (Chinesa, Indiana, Paquistanesa, Bangladesh) (Góis & Marques, 2023).

Dos anos 90 até à atualidade, os números e nacionalidades têm sofrido alterações. Segundo dados dos Censos 2021 (INE, 2021), o número de migrantes em Portugal representa 5.2% do total da população residente. Os dados recolhidos permitem verificar que, relativamente ao último Censo em 2011, as nacionalidades mais representativas alteraram-se ligeiramente, verificando-se o reforço dos nacionais de países asiáticos e da União Europeia, e o decréscimo da representatividade das nacionalidades de países africanos de língua portuguesa, sendo a população de nacionalidade brasileira a mais representativa, totalizando >35% do total de migrantes no país.

Determinantes Socioculturais de Saúde

A cultura e o contexto social condicionam e moldam todos os aspetos das nossas experiências. Como tal, também moldam as experiências de saúde e de doença, em particular aquelas que dizem respeito ao bem-estar físico, psicológico e social. Nos últimos anos, a cultura passou a ocupar um lugar de destaque na compreensão da saúde e na intervenção clínica, em particular em psicologia (Delgadillo, 2018; Moleiro, 2018). Não obstante fatores genéticos, hereditários ou outras características individuais (como idade, sexo, entre outras), a saúde pode ser determinada por fatores cognitivos, habitualmente também de caráter intraindividual, tais como atitudes e crenças sobre determinados tratamentos, conhecimento sobre os processos de saúde-doença, motivação para a mudança, autocontrolo, autoeficácia e expectativas de resultado face a fármacos (Brannon, Feist & Updegraff, 2014; Byrne, 2013). No entanto, face à sua complexidade, os comportamentos de saúde são, também, fortemente condicionados pelo ambiente social, económico, cultural, étnico e demográfico onde os indivíduos se inserem, apelando para a relevância de determinantes socioculturais mais abrangentes, que operam em diferentes, mas interrelacionados, níveis de análise (Kirmayer, 2023).

A um nível estrutural mais amplo, importa realçar o papel do estatuto socioeconómico dos indivíduos, habitualmente definido por indicadores como escolaridade, profissão, rendimento, e que pode condicionar a saúde de duas formas principais. Por um lado, um estatuto socioeconómico desfavorecido pode limitar o acesso materializado a recursos essenciais para a promoção e manutenção da saúde, tais como fármacos ou dietas prescritas, transportes para ida aos serviços, aquisição de seguros de saúde (Consedine, 2011; Tijerina, 2006, 2009; Vissman et al., 2011). Por outro lado, pode condicionar a vivência em contextos de insalubridade, que aumentam ainda mais os riscos de saúde (por exemplo, más condições habitacionais, dificuldade no acesso a estruturas de saneamento básico; Gurung, 2006; Marmot, 2004; Straub, 2012; Taylor, Repetti & Seeman, 1997). No caso das pessoas imigrantes, importa, ainda, considerar a influência que a sua condição no país de acolhimento (por exemplo, situação irregular, pouco tempo de permanência) pode ter numa maior dificuldade (percebida ou real) de acesso aos serviços de saúde (Dias, Severo & Barros, 2008; Gimeno-Feliu et al., 2009; Wafula & Snipes, 2014). Por exemplo, no Reino Unido, um estudo nacional revelou que a prevalência de problemas de saúde mental era superior em áreas mais desfavorecidas do ponto de vista socioeconómico e que a taxa de recuperação era inferior nestas áreas (e.g. Delgadillo, Asaria, Ali & Gilbody, 2016).

A um nível interpessoal, são vários os autores que enfatizam a importância das relações significativas no contexto da saúde, com particular destaque para o papel que o suporte

social pode assumir; ou seja a disponibilidade de recursos psicológicos e/ou materiais que aumentem a capacidade dos indivíduos para lidarem com condições stressantes, tais como doenças ou tratamentos (House, Landis, & Umberson, 2004; Martin, Haskard-Zolnierrek & DiMatteo, 2010). Assim, a percepção de suporte emocional (por exemplo, reforço positivo) ou prático/técnico (por exemplo, auxílio na gestão de um determinado regime terapêutico), por parte de familiares, amigos ou mesmo de outros pacientes, tende a relacionar-se com melhores condições ou comportamentos de saúde (Griva et al., 2013; McNicholas, 2012; Shapiro & Herivel, 2006; Taylor, 2011). Da mesma forma, a percepção de suporte social formal, isto é, por parte dos profissionais de saúde, também pode condicionar melhores resultados em saúde (Colby et al., 2012; Vissman et al., 2011), nomeadamente por via das suas competências de comunicação e interculturais, que tendem, sobretudo no caso das pessoas migrantes, a influenciar grandemente a satisfação e confiança nos cuidados prestados (Hall & Rotter, 2011; Zolnierrek & DiMatteo, 2009).

A um nível intergrupar, destaca-se o facto de existirem diferentes concetualizações culturais de saúde e doença (por exemplo, princípios da medicina ocidental versus medicina oriental), que podem influenciar a identificação de sintomas, a percepção das suas causas e da necessidade de recorrer a atendimento clínico, a definição de limites e responsabilidades no cuidado, bem como os processos terapêuticos como um todo (Gurung, 2006; Straub, 2012). Este facto é particularmente evidente quando as práticas de saúde de determinados indivíduos, normalmente partilhadas e difundidas em contextos de sociabilidade, contrastam com as recomendações dos profissionais de saúde (por exemplo, migrantes que recorrem a métodos tradicionais dos seus países de origem para alívio de sintomas, ao invés de aderirem à terapêutica prescrita no país de acolhimento, muitas das vezes sem se conhecerem os seus reais efeitos secundários/interações medicamentosas; famílias que atribuem forte valor relacional simbólico à alimentação e que têm, por isso, maior dificuldade em aderir, quando necessário, a dietas mais restritivas; Bäckström, 2009; Hannan, 2015; Hakonsen & Toverud, 2011; McQuaid & Landier, 2017; McNicholas, 2012).

Ainda num nível intergrupar, e focando agora particularmente nas pessoas migrantes, os desencontros culturais nas práticas ou crenças de saúde evidenciados anteriormente apelam para a relevância dos processos de aculturação no contexto da saúde; sobretudo quando a maioria dos profissionais de saúde representam o grupo social maioritário do país de acolhimento (Landrine & Klonoff, 2001; Dovidio et al., 2017). Neste caso, importa refletir sobre o efeito que o contacto entre dois ou mais grupos culturais distintos terá em indicadores como taxas de obesidade, depressão, prática de atividade física ou adesão terapêutica, por via das alterações psicológicas e culturais que possam ocorrer (Berry, 2005; Fox, Thayer & Wadhwad, 2017; Mills et al., 2017). Assim, estudos recentes, baseados essencialmente em modelos bidimensionais e interacionistas de aculturação, evidenciam que a percepção de

utentes migrantes sobre a qualidade dos cuidados prestados e os seus comportamentos de adesão dependem das suas preferências de aculturação (ou seja, o grau em que pretendem contactar com a cultura do país de acolhimento e simultaneamente manter ou não práticas do seu país de origem), mas inter cruzando com a percepção que esses mesmos migrantes têm sobre a aceitação dos/as profissionais de saúde acerca da manutenção das suas práticas culturais de saúde (Whittal & Lippke, 2016; Whittal, Hanke & Lippke, 2017). Os resultados mais favoráveis surgem por via de preferências de integração (isto é, manutenção de contacto com a cultura do país de acolhimento, enquanto se mantêm também algumas práticas culturais do país de origem) e pela percepção simultânea de que os/as profissionais de saúde tendem a aceitar a manutenção dessas práticas e valores culturais, nomeadamente numa atitude de entreaajuda, não julgamento e/ou discriminação.

A Figura 1 sintetiza, então, a interação entre fatores individuais de saúde e os determinantes socioculturais mais abrangentes e de diferentes níveis detalhados acima, nomeadamente o estatuto socioeconómico e as condições de pessoas migrantes no país de acolhimento (nível estrutural), relações significativas e suporte social formal e informal (nível interpessoal), desencontros culturais nas concepções e práticas de saúde, e influência dos processos de aculturação (nível intergrupar).

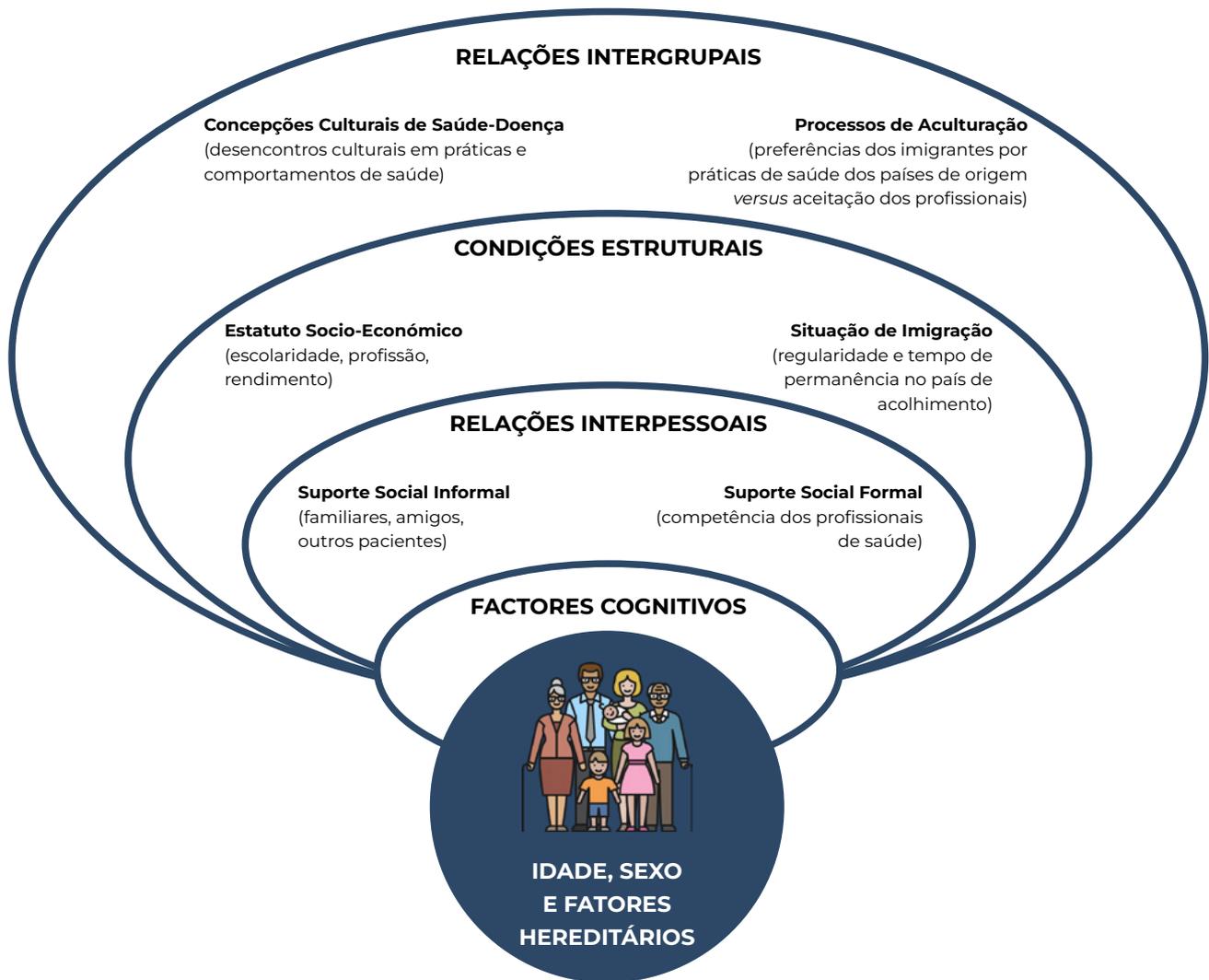


Figura 1

Determinantes Socioculturais de Saúde
(adaptado de Dahlgren e Whitehead, 2014)

Desenvolvimento de Competências Clínicas para a Diversidade

A prática clínica com aqueles que são cultural e individualmente diversos tornou-se a norma e não a exceção, numa grande maioria das sociedades ocidentais (Sue, Arredondo & McDavis, 1992). Como tal, uma grande responsabilidade recai sobre os/as profissionais que trabalham diariamente e de perto com populações diversas; e essa responsabilidade implica muito mais do que um simples reconhecimento das diferenças culturais existentes entre um/a profissional e as pessoas com as quais trabalha. É importante garantir que, ao lidar com as diferenças culturais, os/as profissionais possam levar em consideração as ramificações sociopolíticas de seu trabalho (isto é, opressão, discriminação e racismo) (DW Sue, et al., 1992; Sue & Sue, 2008; Hall, 2014), que resultam em disparidades em saúde. As fontes destas disparidades nos cuidados de saúde são complexas e existem num contexto mais amplo de desigualdades sociais e económicas, preconceito e discriminação sistémica. De facto, o próprio modelo de saúde biomédico ocidental encontra-se ancorado numa cultura profissional baseada em valores específicos (por exemplo, poder, agência, objetividade, individualismo), que podem diferir das diversas culturas daqueles que frequentam os serviços de saúde.

A formação em competências clínicas para a diversidade cultural é definida como “um treino e currículos que visam aumentar a capacidade e a eficiência de indivíduos para trabalhar em ambientes interculturais, tanto dentro de um país quanto além das fronteiras nacionais” (Chao, Okazaki, Hong, 2011, p.263). O modelo de competências multiculturais em *counselling*, inicialmente proposto por Sue e colaboradores (Sue, Arredondo, & McDavis, 1992), considera que é um processo dinâmico e complexo de estar ciente e reconhecer diferenças individuais e culturais, consistindo de três componentes distintos, mas inter-relacionados (Sue & Sue, 2008).

Consciência intercultural

- Desenvolver uma consciência crítica que permita a cada profissional compreender a sua relação individual com a diversidade cultural e estar sensível a diferentes quadros de referência culturais como parte inerente da sua visão do mundo e daqueles que o/a rodeia.

- Reconhecer a importância do contexto da diversidade cultural através da abordagem das diferenças culturais e processos identitários que estão na base das representações, dos estereótipos e dos preconceitos, respondendo, desta forma, à necessidade de prevenir preconceitos e discriminação.

Conhecimento intercultural

- Ter conhecimentos técnicos específicos sobre fatores sociais e culturais com impactos na saúde e bem-estar, como aculturação e stress aculturativo, stress minoritário, modelos de desenvolvimento da identidade social, estigma e saúde.
- Perceber as várias dimensões que interseccionam as experiências de saúde e doença (e.g. mulheres migrantes, crianças e jovens de grupos marginalizados e/ou estigmatizados).
- Conhecer o contexto migratório português e as suas especificidades em relação à saúde das populações migrantes, conhecendo a cultura de comunidades que encontre mais frequentemente na sua prática clínica.

Competências práticas interculturais

- Transpor a consciência e o conhecimento em práticas clínicas responsivas à cultura de utentes, traduzindo instrumentos facilitadores para uma relação clínica de qualidade, e para a avaliação e a intervenção sensíveis à diversidade cultural (e.g. formulação cultural de caso clínico), como o uso de estilos de comunicação intercultural e de recursos específicos ao dispor do/a profissional (como, por exemplo, tradutores e interpretes).

O programa de formação proposto para profissionais de saúde seguiu esta estrutura de modelo tripartido, conforme referido em cima: expansão da consciência, aquisição de conhecimentos, e desenvolvimento de competências específicas. Em cada um dos módulos foram integradas estas três dimensões exploradas em função do conteúdo específico (para uma descrição detalhada do projeto e do treino, ver Alarcão, Roberto, França & Moleiro, 2022).

3. Operacionalização de Boas Práticas em Contextos Clínicos de Diversidade

No programa de formação de competências clínicas para a diversidade cultural para profissionais de saúde neste projeto foi proposto que os/as formandos/as apresentassem um caso clínico exemplificativo dos contextos de diversidade onde, habitualmente, intervêm e o discutissem em grupos de trabalho multidisciplinares, atendendo, sobretudo à identificação e partilha de boas práticas. Os exemplos de casos clínicos descritos pelos/as vários/as profissionais de saúde que participaram na formação (médicos/as de clínica geral e familiar, psiquiatras, enfermeiros/as, psicólogos/as, fisioterapeutas, entre outros) são apresentados em seguida, tendo como base três dimensões principais de análise, que constituíram o roteiro de trabalho disponibilizado e que se encontram sistematizadas na Tabela 1.

Tabela 1.

Dimensões de análise dos casos clínicos descritos por profissionais de saúde e ilustrativos da sua intervenção em contextos de diversidade

Caraterização sociodemográfica e clínica do/a utente e família	Descrição do episódio atual e pedido de ajuda	Proposta de intervenção multidisciplinar
Dados sociodemográficos		Avaliação e adaptações às especificidades culturais e/ou individuais
Dados relevantes sobre a história pessoal e familiar	Serviço ou instituição a que recorreu	Identificação de barreiras e de facilitadores à relação e comunicação
Historial clínico	Principais queixas, sinais e/ou sintomas	Articulação com a equipa multidisciplinar e referência
Medicação e tratamentos habituais		Identificação de boas práticas

Casos Descritos por Profissionais de Saúde

A multiplicidade de casos apresentados e analisados no programa de formação encontram-se organizados em valências de intervenção distintas, para que mais facilmente possam responder às necessidades de identificação de boas práticas por parte de profissionais de saúde de diferentes áreas. Para além disso, incluem situações abrangentes e exemplificativas de diferentes fases do ciclo de vida, garantindo que cobrem na medida do possível os exemplos mais paradigmáticos de diversidade com que os/as profissionais de saúde contactarão no seu quotidiano, nomeadamente relativas à saúde materno-infantil, diferentes problemas de saúde mental, doença aguda e atendimento urgente de crianças, jovens e adultos e, ainda, de acompanhamento de doenças crónicas frequentes, como hipertensão arterial e diabetes mellitus.



Saúde Materno-Infantil

Caso Clínico 1:

Perda Gestacional da Taslima

Caraterização sociodemográfica e clínica da utente e família

A Taslima tem 32 anos e é natural do **Bangladesh**. É **casada** e vive em Portugal desde 2019, com o marido, num apartamento de tipologia T1 na Mouraria. Não tem escolaridade e encontra-se **desempregada**, sendo que o marido trabalha numa loja de “souvenirs”. **Não fala Português** e tem um domínio mínimo da língua Inglesa. Ainda não têm filhos, pelo que vivem sozinhos, **sem outros apoios familiares**. Praticam a religião **Muçulmana**.

Descrição do episódio atual

A Taslima vem acompanhada pelo marido a uma **consulta programada de Vigilância de Saúde Materna**, por (suposta) gravidez de 12 semanas. Entra na consulta de enfermagem muito chorosa e com face triste e angustiada, referindo **dores intensas generalizadas e insónia**. Refere, também, sentir-se muito mal, estando ansiosa, preocupada e confusa com a situação que se encontra a viver.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Numa **avaliação inicial** mais detalhada, percebe-se que terá recorrido anteriormente ao Serviço de Urgência da maternidade (já pela terceira vez), por queixas de perda hemática genital e dor pélvica, tendo sido realizada ecografia, que confirmou uma **gravidez não evolutiva**. Nessa altura, foi-lhe administrado Ceterolac oral, tendo sido dada informação sobre sinais de alarme para recorrer novamente ao Serviço de Urgência e teve alta.

Em termos de **historial clínico**, Taslima é saudável e nega alergias ou hábitos nocivos. Realizou uma quistectomia por via laparoscópica e, em 2012, teve uma **outra gestação gemelar**, que terminou também em **morte fetal** no 3º trimestre de gravidez. Nessa altura ainda se encontrava no Bangladesh, na companhia do marido e de outros familiares. Atendendo ao papel de mãe fortemente atribuído à mulher no seu contexto sociocultural, a função mais importante da vida de Taslima é ter filhos, pelo que o historial de duas perdas gestacionais no espaço de 10 anos gera, inevitavelmente, sentimentos de frustração, de baixa autoestima e

de perda do sentido de vida do casal, com **risco acrescido da vivência de um luto patológico**. Este risco é **exacerbado por** algumas **condicionantes psicossociais** da vida de Taslima no momento, tais como: o isolamento, pelo facto de estar em Portugal exclusivamente acompanhada pelo marido, sem outra rede familiar de apoio, e tendo em conta que fica sozinha por várias horas, enquanto o marido trabalha fora de casa; situação económica precária e instável, uma vez que depende exclusivamente do rendimento do marido; barreira linguística, que contribui para que tenha tido grande dificuldade em entender e aceitar as informações que foram transmitidas pela equipa de saúde no Serviço de Urgência da maternidade.

Face a esta avaliação abrangente, foram acionadas pela equipa da Unidade de Saúde Familiar (USF) a que recorreu as seguintes **ações multidisciplinares e interinstitucionais**:

- Articulação com os(as) colegas do Serviço de Urgência da maternidade, para aferir que Taslima terá sido encaminhada para consulta de patologia da gravidez no início da gestação e para controlo ecográfico, o que permitiu desmistificar a ideia de que os profissionais de saúde do hospital poderiam ter evitado o sucedido;
- Valorização das queixas atuais de cansaço, dor muscular generalizada e insónia, pelo pedido de exames complementares e de análises, que permitam realizar um diagnóstico diferencial destes sintomas como exclusivamente psicossomáticos ou de outra causa concomitante;
- Marcação de nova consulta com o médico e enfermeira de família, para reavaliação clínica;
- Encaminhamento para acompanhamento em psicoterapia, com psicóloga da própria USF, tendo o caso sido referenciado como prioritário; intervenção que permitirá a Taslima partilhar com um profissional os seus sentimentos em relação ao bebé, à sua perda e ao processo de luto;
- Encaminhamento para Prescrição Social, que permite uma ligação dos(as) utentes dos cuidados de saúde primários aos recursos de apoio na comunidade, facilitando uma resposta para problemas e necessidades sociais que têm impacto na saúde das pessoas; neste caso para uma associação intercultural com projetos que apoiam mulheres grávidas ou que pretendam engravidar, e para um curso de Português, que possibilitarão em simultâneo combater o isolamento e a barreira linguística.

Caso Clínico 2:

Gravidez de Sharmin

Caraterização sociodemográfica e clínica da utente e família

A Sharmin tem 23 anos e é originária do **Bangladesh**. Encontra-se a viver em Portugal há 8 meses, **com o marido**, que já tinha família a residir no país antes de emigrar. Contudo, Sharmin não conhecia esta parte da família antes de chegar e não tem familiares diretos a viver em Portugal.

Descrição do episódio atual

A Sharmin vem acompanhada pelo marido a uma **consulta programada de Vigilância de Saúde Materna**, por gravidez de 24 semanas. Refere queixas de cansaço, cefaleias, dores lombares e câibras.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Ao longo da consulta, numa **avaliação mais detalhada** das queixas, começa a revelar que se sente **triste**, tendo sido questionada sobre se estaria mais à vontade sem a presença do marido, o que confirma, e o mesmo aceita sair. Nessa altura, revela que teve **comportamentos de automutilação**, mostrando as marcas que resultaram dos mesmos, e explicando que se sente **muito sozinha** em Portugal, considerando não ser capaz de “se integrar em nenhum grupo”. Explica que, apesar de no seu país de origem os casamentos geralmente serem “arranjados”, ela e o marido casaram por amor e refere que considerava a família do marido como “menos tradicional” do que a maioria, tendo-lhe permitido estudar e realizar as suas próprias escolhas. No entanto, com a vinda para Portugal alterou essa sua perceção e sente agora que a **família do marido é “muito tradicional”** e que não encara bem algumas das suas decisões. Por exemplo, trabalhava na loja do marido e foi progressivamente deixando de ir, porque este lhe confidenciou que essa sua atividade era “mal vista” pela família. Sente que esta situação **afeta a relação entre os dois** e refere, ainda, que não tem mais ninguém em Portugal para além destes familiares do marido.

Face a esta avaliação, foram acionadas por parte da equipa de saúde as seguintes **ações**:

- Prescrição de medicação antidepressiva e encaminhamento da Sharmin para acompanhamento em consultas de Psiquiatria;
- Agendamento de consulta subsequente no Centro de Saúde para atendimento do casal, de forma a promover o diálogo sobre os fatores desencadeantes da tristeza de Sharmin e para facilitar um acordo que permita à mesma continuar a trabalhar na loja do marido ou em outro local que deseje;
- Monitorização da adesão terapêutica e da restante evolução da gravidez.

Caso Clínico 3:

Pós-Parto da Shanti, infetada com Covid-19

Caraterização sociodemográfica e clínica da utente e família

A Shanti tem 28 anos e nacionalidade **Indiana**, estando a residir em Portugal há cerca de 3 anos. É casada e mãe de um menino, que **nasceu há 6 dias** atrás. **Não fala Português**, mas tem fluência na comunicação em língua Inglesa.

Descrição do episódio atual

Por se encontrar **infetada com Covid-19** e, por isso, não poder recorrer à Unidade de Saúde Familiar (USF) onde fez a vigilância da gravidez, é encaminhada pelo hospital onde foi parturiente à **Área Destinada aos Doentes Respiratórios na Comunidade** (ADR-Comunidade), para **retirar agrafos** pós-cirúrgicos da **cesariana** que realizou.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Apesar do principal motivo de atendimento ser um ato de enfermagem relativamente simples e rápido (com duração habitual de 15/20 minutos), aproveitou-se o momento para **avaliar** como a utente estava a viver os **primeiros dias de maternidade**, tendo esta verbalizado sentimentos de **solidão**, de **isolamento** e de **preocupação relativamente ao futuro**, por questões estéticas derivadas da hiper-pigmentação resultante da gravidez e por receios relacionados com possíveis complicações da infeção por covid-19. Referiu, ainda, não ter sido questionada sobre esta **adaptação ao novo papel da maternidade** por nenhum outro profissional de saúde que a acompanhou no parto e no pós-parto. Nesse sentido, foram acionadas, por parte da enfermeira que a atendeu no ADR-Comunidade, as seguintes **ações**:

- Face à barreira linguística, opção por comunicar em Inglês e estabelecimento de uma relação empática com a utente, que enfatizou a necessidade de acompanhamento médico focado em si e não apenas no recém-nascido, permitindo-lhe verbalizar as suas preocupações e necessidades, por forma a promover o seu bem-estar físico e psicológico;
- Apesar do ato isolado de enfermagem em causa não pressupor uma avaliação detalhada e criteriosa sobre o historial clínico da utente, confirmação de que é acompanhada na USF da área de residência e de

que tem médico de família, realçando a importância de agendar e de comparecer numa Consulta de Puerpério ao nível dos cuidados de saúde primários, para que aí possa ser encaminhada para outras especialidades, que melhor respondam às suas queixas atuais;

- Informação de que é importante um acompanhamento clínico contínuo da própria utente, que respeite as suas necessidades religiosas, culturais e gastronómicas, e reforço de que mesmo nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil do seu filho é possível abordar questões que considere necessárias e importantes para a sua própria saúde.

Caso Clínico 4:

Vacinação e Acompanhamento da Família Shevchenko

Caraterização sociodemográfica e clínica da família

A família Shevchenko é constituída por um **casal** de 30 anos e **5 filhos(as)**, com idades compreendidas entre os 4 meses e os 10 anos. São **Ucranianos** e chegaram a Portugal, Braga, no ano de 2015. Viajaram escondidos num camião, sem possibilidade de trazerem consigo qualquer pertence pessoal. Na altura, ficaram a habitar em casa de um familiar (toda a família num único quarto), também Ucraniano, que residia em Portugal há cinco anos. Cinco meses após a sua chegada conseguiram encontrar trabalho, obter autorização de residência pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e alugaram uma casa (de tipologia T4).

Nos cinco meses em que estiveram em **situação irregular** no país não tiveram qualquer contacto com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), nem solicitaram qualquer tipo de apoio social, por **receio de serem deportados**.

Descrição do episódio atual

Recorreram ao **Agrupamento de Centros de Saúde** (ACES) da sua área de residência para formalizarem **inscrição** no mesmo e para **atualizarem a vacinação** dos(as) seus(uas) filhos(as). Trazem consigo apenas uma **fotocópia com o registo das vacinas** administradas no país de origem, com informação sobre poucas imunizações efetivamente realizadas. Da bebé de 4 meses não existe registo de nenhuma vacina administrada, nem de realização do rastreio de **diagnóstico precoce**.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Num período inicial a **comunicação** entre a família e a equipa de saúde era bastante **limitada**, sobretudo pela **barreira linguística**, tendo-se optado por **avaliar melhor** a história de vida da família e as suas expetativas de vinda para Portugal, bem como os antecedentes clínicos de todos os membros da família e elementos da sua cultura e religião. Para além da língua, identificaram-se como **principais barreiras à relação com a família**, práticas culturais de saúde que não permitem a utilização de contraceção e que dificultam a observação física; sendo que em alguns

momentos foram, inclusive, rejeitados determinados procedimentos médicos. Na sequência dessa recusa, a família engravidou novamente de um 6º filho. No entanto, identificaram-se, também, alguns **elementos facilitadores à relação** profissionais de saúde-família, nomeadamente o facto de serem pessoas proativas, com bastante autonomia e vontade de trabalhar, e com acesso a apoios por parte da comunidade envolvente, o que facilitou o seu processo de integração em Portugal; incluindo por parte das crianças, que tiveram bastante facilidade na aprendizagem da língua.

Face a esta avaliação, foram acionadas por parte da equipa de saúde as seguintes **ações**:

- Numa abordagem oportunista, realização do exame de diagnóstico precoce à bebé de 4 meses e atualização do esquema vacinal de toda a família, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV), logo no primeiro contacto com o SNS;
- Nos contactos seguintes e, sempre que possível, recurso a um intérprete/ tradutor;
- Maior flexibilização de médicos(as) e enfermeiros(as) no atendimento à família, atendendo às suas especificidades culturais, nomeadamente na intervenção relacionada com o uso de contraceção;
- Intervenção de técnicos(as) de serviço social, por forma a avaliar melhor as condições socioeconómicas da família, face à elevada dimensão do agregado familiar;
- Articulação com elementos da comunidade, em particular grupos de apoio a imigrantes e instituições que promovam o apoio ao estudo.

Caso Clínico 5:

Vigilância de Saúde Infantil da Aadya

Caraterização sociodemográfica e clínica da utente e família

A Aadya é uma menina de 18 meses, primeira filha de uma família oriunda do **Bangladesh**, que se encontra em Portugal há cerca de 3 anos, onde **não têm outros familiares**. O pai da Aadya fala Inglês, mas a mãe **compreende muito poucas palavras em língua Inglesa**.

Descrição do episódio atual

Recorrem a uma consulta programada de **Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil** (referente à avaliação preconizada para os **18 meses**), onde se percebe que a **alimentação** atual da Aadya é composta apenas por **leite adaptado**, não tendo sido nunca introduzido no seu regime alimentar qualquer tipo de alimento sólido; fez leite materno exclusivo nos primeiros meses de vida, tendo posteriormente passado a alimentar-se de leite adaptado, que manteve. No entanto, apresenta **exame físico sem alterações**, com desenvolvimento psicomotor e estatura-ponderal adequados.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Em termos de **historial clínico**, apurou-se que a gravidez da Aadya foi vigiada em Portugal, de forma irregular, contudo sem registo de intercorrências, tendo nascido de parto de termo. Existe registo de **faltas** frequentes a **Consultas de Vigilância da Gravidez e de Saúde Infantil**, por períodos em que a família se encontrava no Bangladesh ou por outros motivos não especificados. Percebeu-se que, atualmente, a criança encontra-se aos cuidados da mãe e **não frequenta a creche**.

Foram, ainda, identificadas potenciais **barreiras à relação com a família**, tais como dificuldades com a língua e desconhecimento da cultura do país de acolhimento, e ausência de relação com familiares que possam constituir-se modelos de cuidados a outras crianças (pais ou irmãos). No entanto, identificaram-se, também, alguns **elementos facilitadores à relação** profissionais de saúde-família, que incluem a disponibilidade/motivação dos pais para comparecerem aos serviços de saúde e a sua recetividade para a mudança, pelo facto de “querem fazer o melhor pela filha”. Nesse sentido, foram acionadas pela equipa de saúde as seguintes **ações**

multidisciplinares e interinstitucionais:

- Realização do acompanhamento e da vigilância da saúde da Aadya numa abordagem de abertura e de adaptação às especificidades culturais da família, nomeadamente questionando os pais sobre modelos, expectativas e hábitos do país de origem relacionados com a introdução de novos alimentos no regime alimentar das crianças;
- Discussão do caso clínico em reuniões de equipa, por forma a compreender se existem famílias em situações semelhantes a serem acompanhadas na unidade de saúde e quais as ações realizadas nesse caso, e para partilhar a experiência do que está a ser realizado, solicitando contributos acerca de outras possíveis intervenções a levar a cabo;
- Face às barreiras linguísticas, mobilização de recursos da comunidade e/ou de grupos de pessoas do Bangladesh, que sejam capazes de colaborar com a equipa de saúde na tradução da informação transmitida e na partilha de conhecimento sobre as práticas habituais no país de origem na fase da diversificação alimentar das crianças, por forma a ser realizado um aconselhamento mais adequado e orientado à cultura familiar da Aadya;
- Pesquisa de informação objetiva sobre como é, habitualmente, feito o aconselhamento acerca da diversificação alimentar no Bangladesh, verificando se existem disponíveis ou facilmente acessíveis “guidelines” ou manuais sobre essa temática

(por exemplo,

<https://www.unicef.org/bangladesh/sites/unicef.org.bangladesh/files/2018-10/Guidelines%20for%20CF.pdf>);

- Partilha de informação com profissionais de outras unidades de saúde sobre práticas habituais no Bangladesh durante a gravidez, puerpério, primeiros anos de vida (incluindo como é realizada a diversificação alimentar), culminando na escrita de um Manual de Boas Práticas acerca destes temas, que possa ficar disponível para consulta por todos(as).

A young woman with dark curly hair and glasses is seated at a white table. She is wearing a blue long-sleeved shirt and a necklace with a heart pendant. The background is a blurred, brightly lit indoor space with colorful lighting in shades of purple, blue, and yellow. The text "Saúde Mental" is overlaid on the left side of the image.

Saúde Mental

Caso Clínico 1:

Depressão, Fobia Social e Dificuldades de Integração do jovem Pablo

Caraterização sociodemográfica e clínica do utente e família

O Pablo é um jovem de 17 anos que reside atualmente na cidade do Porto. É filho **de pai Espanhol** e de **mãe Brasileira**, o mais velho de três irmãos, e **imigrou de Espanha** para cá há cerca de um ano. Neste momento frequenta o 9º ano de escolaridade, uma vez que **reprovou dois anos** em Espanha e na transição face à mudança para Portugal teve que repetir novamente um ano. Em Espanha era, também, **jogador profissional de futebol**.

Descrição do episódio atual

Recorre a **Consulta de Psicologia**, com queixas de **isolamento social** e de **dificuldade de adaptação à mudança de país**, tendo os irmãos manifestado uma mais fácil adaptação a esta nova condição. Refere que se sente **descontextualizado na escola** face à diferença de idade dos colegas e, por isso, falta com frequência e evita o contacto social em contexto escolar; o único relacionamento que estabelece é por questões burocráticas e pelo que considera como “obrigação para com os professores”. Percebe-se, também, que na transição de país acabou por **não ser aceite em nenhum clube** como jogador profissional, rejeitando jogar num escalão inferior. Por isso, mantém como rotina de atividade física apenas a frequência do ginásio, mas sempre **sem estabelecer contactos sociais**. Assim, considera-se que atualmente manifesta sinais de **depressão** e de **fobia social**, tendo sido **proposto para acompanhamento** regular, por **Psiquiatria** e pelo médico de família, que **rejeita**, por não querer tornar-se dependente de medicação.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Numa **avaliação mais detalhada**, identifica-se que o pai de Pablo apoia os comportamentos prejudiciais do filho, constituindo-se como potencial dificuldade ao estabelecimento de uma relação e intervenção clínicas eficazes. São, também, identificadas como **barreiras à relação/comunicação** diferenças linguísticas e especificidades culturais (ainda que o contexto Espanhol seja semelhantes ao Português, não são necessariamente iguais), que podem condicionar o estabelecimento de uma relação de confiança com o jovem. No entanto, a mãe de

Pablo foi identificada como **elemento facilitador para a mudança**, uma vez que esta promove o estabelecimento de relações por parte de Pablo para além das interações familiares e considera que a medicação poderia ser uma ajuda importante para melhoria da sua condição clínica. Face a estes elementos contrastantes, e de forma a minimizar os efeitos da recusa de acompanhamento em consultas de Psiquiatria, foram acionadas pela Psicóloga que acompanha Pablo as seguintes **ações**:

- Acompanhamento mais regular de Pablo, para validar de forma positiva a sua experiência, percurso e recursos, favorecendo a construção de uma nova narrativa;
- Demonstração de interesse pelo seu país e cidade de origem, potenciando a manutenção das relações de amizade anteriores, mesmo que apenas por via digital no momento;
- Proposta de acompanhamento dos pais, em terapia de casal;
- Discussão do caso de Pablo em reunião e supervisão clínica, por forma a mobilizar estratégias que contribuam para construção simultânea de “uma identidade cultural” e da “própria identidade”, considerando o momento do desenvolvimento em que se encontra, pelo facto de ter 17 anos;
- Estabelecimento de contacto com a escola, tendo-se proposto a identificação de um elemento “tutor” para um acompanhamento mais próximo de Pablo, envolvendo professor(a) da área de Educação Física ou Desporto Escolar, visto serem áreas preferenciais do seu interesse;
- Colaboração com a escola de modo a ampliar estratégias e iniciativas promotoras da adaptação e da integração de Pablo, tais como a minimização de barreiras linguísticas e a ampliação da rede de pares, para além dos(as) colegas (mais novos) de turma;
- Articulação com o Psicólogo da escola para orientação vocacional;
- Pesquisa sobre recursos da comunidade que possam corresponder aos interesses pessoais de Pablo, tais como o clube desportivo local, onde pode praticar regularmente uma modalidade de seu interesse e/ou constituir-se como elemento de apoio para treino das equipas infantis de futebol, disponibilizando e melhorando a sua formação e competências a esse nível.

Caso Clínico 2:

Crises Psicóticas, Internamentos Recorrentes e Vulnerabilidade Habitacional de Oumar

Caraterização sociodemográfica e clínica do utente e família

Oumar tem 28 anos e é **natural do Senegal**, tendo como língua materna o Wolof. Está em Portugal desde há dois anos, na condição de **refugiado**, a **residir num hostel**. Desconhece-se o nível de escolaridade e profissão.

Saiu do seu país de origem procurando obter “**melhores condições financeiras**”. Atravessou a África Subsaariana até Marrocos e desembarcou em Espanha, onde viveu alguns meses e onde solicitou **pedido de asilo** que lhe foi **indeferido**. Durante o ano de 2020, Oumar teve vários **episódios de descompensação psiquiátrica**, com **internamentos recorrentes**.

Descrição do episódio atual

Após o **último internamento** em Serviço Hospitalar de Psiquiatria, durante um mês, tem alta com **diagnóstico de Psicose** e é **encaminhado para projeto comunitário de apoio e intervenção** no âmbito das atividades de vida diária, autonomia e adesão à terapêutica, onde permanece durante quinze dias.

Proposta de intervenção multidisciplinar

De acordo com o **historial clínico** de Oumar, o seu primeiro contacto com os serviços de saúde em Portugal ocorre em 2020, em contexto de Serviço de Urgência de Psiquiatria, para onde é levado por agentes de autoridade por **heteroagressividade** dirigida a terceiros. Nesse contacto, é diagnosticado com **Covid-19**, tendo-lhe sido dada indicação para realização de isolamento em hostel. Em Outubro de 2020, **recorre novamente ao Serviço de Urgência**, levado por agentes de autoridade e pelos profissionais de Emergência Médica (INEM), com novo quadro de **alteração de comportamento** (“desnudou-se numa instituição bancária”), **agitação psicomotora** e **heteroagressividade**. Desta vez, a equipa de saúde, e ao abrigo da lei de Saúde Mental, opta por **internamento compulsivo**, admitindo-se **quadro psicótico** a esclarecer. Dos exames complementares de diagnóstico realizados, destaca-se o resultado de consumos positivos para **canabinóides**.

Durante este primeiro internamento, verificaram-se, desde logo, **barreiras** relevantes **à relação/comunicação** com Oumar, relacionadas sobretudo com a própria situação clínica, dificuldades linguísticas e em encontrar um tradutor que dominasse a sua língua materna (Wolof); o que condicionou a reavaliação da necessidade de manutenção de internamento compulsivo. Assim, após dois meses de internamento tem alta com o **diagnóstico de Psicose sem outra especificação**, medicado com antipsicótico oral e é encaminhado para pavilhão desportivo de apoio a pessoas em situação de sem-abrigo, de onde foge posteriormente. Após cinco dias é novamente internado por motivo semelhante ao anterior, tendo permanecido agora três meses na instituição hospitalar e tendo alta novamente encaminhado para o pavilhão desportivo de apoio a pessoas em situação de sem-abrigo, mas desta vez apoiado pela de Equipa Comunitária de Psiquiatria. Dois dias após a alta é internado pela terceira vez, percorrendo o mesmo circuito dos episódios anteriores e com sintomatologia e diagnósticos sobreponíveis. Durante este último internamento, o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras contacta a instituição hospitalar, a informar do objetivo de extradição para Espanha, que fica, contudo, sem efeito, dada a situação clínica. No final deste internamento, e considerando o histórico de intervenções ineficazes anteriores e do elevado tempo de espera para uma resposta social adequada, é encaminhado para o projeto comunitário acima referido, onde a equipa multidisciplinar levou a cabo as seguintes **ações**:

- Avaliação o mais detalhada possível sobre história clínica e de vida passada, aspetos relativos à religiosidade, espiritualidade, crenças e interpretação cultural da doença mental, por forma a considerar o impacto de fatores culturais na avaliação de sintomatologia psicótica e para que os cuidados de saúde mental prestados sejam o mais atentos possível a necessidades culturais específicas;
- Dada a barreira linguística e a baixa literacia em saúde mental de Oumar, recurso, sempre que possível, a tradutor/intérprete e/ou mediador intercultural;
- Identificação e mitigação dos múltiplos fatores de discriminação cuja situação de vida de Oumar condiciona, tais como o facto de ser negro, refugiado com estatuto não regularizado e a viver em situação de sem-abrigo, com uma perturbação psiquiátrica e consumo de substâncias psicoativas; nomeadamente através da reflexão e capacitação dos profissionais das várias instituições que o acolhem para a diversidade, multiculturalidade e interseccionalidade;

- Articulação efetiva e discussão clínica entre os diferentes profissionais envolvidos e interinstitucionalmente, para otimização dos circuitos de resposta e adaptação dos mesmos às necessidades culturais de Oumar (por exemplo, criação de um protocolo de atuação hospitalar adaptado à sua realidade e contexto);
- Estabilização da sintomatologia psiquiátrica e privilégio por manter Oumar num projeto de vida o mais autónomo possível (após o último internamento, foi encaminhado para o hostel, onde se encontra a residir atualmente) e em contacto com familiares e/ou relações significativas (soube-se recentemente da existência de uma prima a residir em Portugal, não se tendo conseguido ainda aceder ao contacto com a mesma).

Caso Clínico 3:

Fadiga Mental, Isolamento e Discriminação da Refugiada Aissatou

Caraterização sociodemográfica e clínica da utente e família

Aissato tem 32 anos e é **natural dos Camarões**, encontrando-se a residir em Portugal há cerca de dois anos, **institucionalizada num centro de acolhimento**. Tem a seu cargo uma **filha de 2 anos e meio**, (família monoparental) e desconhece-se formação académica relevante.

Fugiu do seu país de origem em 2015, após o marido ter sido morto por perseguição política e ela ter sido agredida, vítima de violência sexual e ameaçada de morte. Viajou durante um ano, até chegar à Argélia, onde foi **traficada e detida**, tendo no centro de detenção conhecido o seu companheiro atual. Em 2018 voltou a fugir, grávida de seis meses, após bombardeamento do centro de detenção onde se encontrava, tendo conseguido lugar num “bote” para viagem pelo Mediterrâneo, mas que acabou por andar à deriva durante um dia. Na sequência disso, foi **resgatada por uma Organização Não Governamental** (ONG), que a levou para Chipre, onde voltou a estar detida durante quatro meses, altura em que nasceu a sua filha. Só em seguida chegaram ambas ao centro de acolhimento em Portugal, onde se encontram atualmente.

Descrição do episódio atual

Nos últimos meses, Aissatou apresenta sentimentos de **desesperança, cansaço, claustrofobia, fadiga mental e insónia**, que atribui à **perda de autonomia** e de capacidade de decisão sobre a sua vida. Refere sentir-se como se estivesse detida uma vez mais, com restrição da sua liberdade e movimentos, e queixa-se de **racismo** por parte das técnicas de Serviço Social do centro de acolhimento. Sente-se **isolada**, com dificuldades no acesso a cuidados de saúde, de forma mais acentuada desde que se iniciou o confinamento pela pandemia de Covid-19. Refere, ainda, **dificuldades na procura de emprego**, por ausência de apoio a esse nível.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Numa **avaliação inicial**, percebeu-se que os sentimentos e dificuldades expressas pela utente podem relacionar-se sobretudo com **múltiplos fatores de discriminação**, nomeadamente o facto de ser mulher, Africana e negra, mas também mãe solteira, com estatuto de refugiada e com uma história de sobrevivência de tráfico humano e de violência sexual; questões que podem constituir-se como **barreiras** à procura de emprego, mas também à relação com profissionais de saúde e outros. Como **facilitadores à intervenção**, destacam-se a capacidade para solicitar ajuda.

Uma vez que as suas necessidades de saúde estão fortemente interligadas com o seu contexto social, foram acionadas as seguintes **ações multidisciplinares e interinstitucionais**:

- Recolha detalhada do seu historial clínico, sobretudo no que se refere ao rastreio de doenças infecciosas;
- Decisões clínicas tomadas por debate em equipa alargada, para efetiva integração de cuidados;
- Recurso a intérpretes e mediadores interculturais, nomeadamente para melhor interpretação cultural do estigma associado à violência sexual e tráfico humano, e para explorar aspetos relativos à sua religiosidade;
- Descentralização das fontes de suporte social da figura de apoio único das técnicas de Serviço Social (estímulo, por exemplo, ao restabelecimento de contactos significativos no país de origem);
- Supervisão de outros apoios prestados, para além dos do centro de

acolhimento, nomeadamente a nível governamental;

- Capacitação e formação dos vários profissionais que contactam com a utente, para minimizar questões de estigma e preconceito;
- Adoção de estratégias para melhor integração em Portugal e para promoção da autonomia, nomeadamente ensino da língua (língua materna é o Francês) e garantia de maior celeridade no processo de atribuição de estatuto legal no país.

Caso Clínico 4:

Depressão, Gravidez Não Planeada e Dependência Socioeconómica de Elena

Caraterização sociodemográfica e clínica da utente e família

A Elena tem 35 anos é natural da **Rússia** e encontra-se a residir nos Açores há cerca de três anos. **Imigrou** para Portugal por **motivos laborais do companheiro** de então, de quem se **separou** entretanto, por relação conflituosa. Em 2019, tiveram uma **gravidez não planeada** e a relação entre ambos deteriorou-se devido ao facto de Elena não cumprir com o seu papel parental, ficando tudo ao encargo do pai.

À chegada manteve o trabalho que tinha na Rússia, através do formato “online”, mas atualmente encontra-se **desempregada** e mantém-se a viver com o ex-companheiro, apesar de estarem separados há cerca de ano e meio. **Não tem amigos Portugueses**, apenas da comunidade Russa presente na ilha, e a única **família** presente no país de acolhimento é a **do ex-companheiro**.

Compreende bem a língua Portuguesa, mas tem alguma dificuldade na expressão oral. Em termos de **antecedentes pessoais**, teve **episódios prévios depressivos**, já medicados na Rússia, mas com pouca resposta e tem traços de personalidade pré-mórbida.

Descrição do episódio atual

É encaminhada pela médica de família do Centro de Saúde da sua área de residência, e que a acompanha atualmente, à **Consulta de Psiquiatria Hospitalar**, por duas razões principais. Primeiro, e apesar de atualmente se encontrar **mais estável** na sua patologia do humor e de ter melhorado o desempenho do seu papel parental,

bem como de mulher e na sociedade, porque se depara ainda com **inúmeras dificuldades**, que contribuem fortemente para a manutenção de uma condição de **baixa autoestima**: há três anos que não vai à Rússia e, devido às contingências da pandemia, os planos que tem de viagem ainda não estão devidamente organizados, pelo que a sua família alargada ainda não conhece a sua filha; não identifica os Açores como casa e mantém dificuldades em expressar-se em Português; encontra-se dependente economicamente da família do ex-companheiro para os cuidados à filha e ainda não se sente pronta para retomar o trabalho, o que exacerba ainda mais essa condição de dependência, e faz com que se mantenha também a viver com o ex-companheiro. Para além disso, porque tem diagnóstico, desde 2020, de “novo” **episódio depressivo**, medicado com Sertalina.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Apesar das dificuldades socioeconómicas identificadas pela médica de família que acompanha Elena, a **avaliação inicial** em Consulta de Psiquiatria permitiu, também, identificar alguns **elementos facilitadores** à intervenção clínica com a utente, nomeadamente: o facto do ex-companheiro de Elena permitir a deslocação da filha à Rússia; o facto da equipa de saúde dos cuidados de saúde primários ter algum conhecimento sobre a cultura do seu país de origem; o facto de ser seguida, também, pela Enfermeira Especialista de Saúde Mental do Centro de Saúde, numa periodicidade de quinze em quinze dias, e com evolução favorável; o facto de existir uma boa articulação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados e no que se refere, particularmente, à área da Saúde Mental. Assim, e considerando os elementos contrastantes descritos, foram acionadas pela equipa de saúde hospitalar as seguintes **ações**:

- Recurso, sempre que possível, a um tradutor, que possa acompanhar as consultas;
- Avaliação detalhada sobre as barreiras, para além da língua, que impedem a integração de Elena na comunidade Portuguesa e auscultação da mesma sobre o que poderia facilitar essa integração;
- Identificação dos principais interesses de Elena e articulação com instituições/entidades da comunidade que promovam a realização desses interesses (por exemplo, Junta de Freguesia, Centro de Emprego, centros comunitários locais);
- Auscultação sobre a possibilidade do ex-companheiro participar na(s)

consulta(s), para perceber melhor a dinâmica familiar;

- Identificação dos elementos da comunidade com os quais estabeleceu relações de amizade e que podem funcionar como fontes de suporte social adicional;
- Articulação periódica com os colegas dos cuidados de saúde primários, nomeadamente com a Equipa de Enfermagem de Saúde Mental e de Saúde Infantil da comunidade, que podem ajudar a aumentar o conhecimento sobre a cultura do país de origem de Elena;
- Articulação, também, com os técnicos de Serviço Social da comunidade, para verificar a possibilidade de obter uma habitação própria;
- Realização de reuniões e/ou contactos multidisciplinares e interinstitucionais periódicos, por forma a partilhar os progressos/ retrocessos de Elena e para melhor definir objetivos de intervenção comuns.

Caso Clínico 5:

Parentalidade Disfuncional e risco de Violência Doméstica na Família de Prisha

Caraterização sociodemográfica e clínica da utente e família

Prisha tem 34 anos é natural da **Índia**, região do Punjab, e encontra-se a residir em Portugal desde 2013. É casada e tem duas filhas, de um e cinco anos, respetivamente. O marido trabalha, mas Prisha encontra-se atualmente **desempregada**, estando a **frequentar aulas de Português**. As filhas frequentam o infantário e o jardim infantil perto da zona onde residem, há cerca de um ano, com boa adaptação.

Descrição do episódio atual

Prisha envia vários e-mails à **Enfermeira de Saúde Infantil**, que acompanha a família no Centro de Saúde, com queixas de **cefaleias, dor corporal generalizada** e de **problemas de relacionamento** entre as filhas, nomeadamente de que “a filha

mais nova provoca a mais velha, tirando-lhe os brinquedos e batendo-lhe”. Nesses contactos, indica, ainda, que a filha mais nova é muito seletiva na alimentação e que come muito pouco.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Uma **avaliação mais detalhada**, permitiu perceber que existem, no processo médico, registos da ocorrência de **várias Consultas de Urgência** por queixas de cefaleias e de dor corporal generalizada, com referência a **consumos alcoólicos** por parte do **marido**, numa altura em que se encontrava desempregado. Também existe registo de que, numa consulta médica, terá referido que a família do marido não gosta dela e que “a sogra **diz ao marido para lhe bater**, mas que em Portugal este apenas lhe **grita**”. Nessa consulta, Prisha indicou, ainda, que em 2021 a família esteve cerca de três meses na Índia, tendo ela ficado na casa dos pais dela e o marido na casa dos pais dele. Face à identificação desta dinâmica parental disfuncional, foram acionadas pela Enfermeira de Saúde Infantil que acompanha a família de Prishna as seguintes **ações**:

- Tendo em conta a barreira linguística, opção por comunicar em Inglês, mantendo disponível o contacto de e-mail já utilizado, como canal de comunicação complementar às consultas, mais facilmente acessível a qualquer momento;
- Exploração, em consulta, acerca das expectativas de Prishna em relação à parentalidade e sobre questões culturais relacionadas com a identidade de género, nomeadamente com o papel simbólico que é atribuído ao homem na Índia, e particularmente na região do Punjab, no que se refere ao exercício de autoridade; questões que podem estar a condicionar a sua liderança parental;
- Auscultação sobre como é que a relação conjugal surgiu, para tentar compreender melhor porque é que a família do marido parece reprová-la, uma vez que se forem considerados como um casal pouco convencional poderão não ser bem aceites por parte da comunidade indiana-Punjab;
- Face à avaliação de um certo desajuste em termos de liderança parental, e considerando que de facto a filha mais nova se encontra num percentil de peso abaixo da média e indicativo de alguma magreza (percentil de 3), aconselhamento para que tenha com ela uma atitude de certa firmeza, evitando que a sua vontade prevaleça, sobretudo quando existe risco de

prejuízo para a saúde;

- Identificação de eventuais ligações à comunidade Indiana/Punjab da sua área de residência, e particularmente a outras mulheres/famílias que possam constituir-se como referências positivas de parentalidade e/ou fontes de suporte social relevantes;
- Encaminhamento de Prisha para acompanhamento em Consultas de Psicologia, por forma a explorar melhor a eventual ocorrência de violência doméstica, para avaliação e acompanhamento da situação de dor corporal generalizada, e para intervenção na melhoria das suas competências de assertividade.

Caso Clínico 6:

Quadro de Ansiedade de Raadhika, na sequência de Isolamento e Infeção por Covid-19

Caraterização sociodemográfica e clínica da utente e família

Raadhika, de origem **Nepalesa**, tem trinta e oito anos e emigrou para Portugal há seis anos à procura de um **futuro melhor** para si e para a filha. Na altura, adquiriu um visto turístico para a Europa, acabando por estabelecer-se em Lisboa, pela maior facilidade em obter residência. **Trabalha num café** conhecido da cidade, como empregada de mesa, em regime de recibos verdes. É divorciada e **partilha o apartamento** onde vive (em quarto próprio) com mais quatro homens também do Nepal; dois deles colegas de trabalho. Neste momento, a filha tem dezasseis anos e encontra-se, ainda, a viver no Nepal.

Descrição do episódio atual

Após diagnóstico de infeção por SARS-COV-2, recorre ao **Serviço de Urgência** com queixas de dispneia ligeira, dor pré-cordial, sensação de **ansiedade** e **insónia**. É medicada com Alprazolam e fica a ser **seguida em teleconsulta** durante oito semanas, com periodicidade média de dois em dois dias.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Durante o acompanhamento em teleconsulta, verbaliza que por ter sido a primeira, de entre as pessoas que viviam consigo, a testar positivo para a Covid-19 foi **“acusada” de ter infetado** os outros **colegas** com quem partilhava casa; que entretanto também ficaram infetados e foram forçados a sair da habitação. Indica que passou a viver, então, num restaurante Nepalês que se encontrava encerrado devido à pandemia, com **fracas condições de habitação**. Apesar disso, foi identificado como **fator protetor** a elevada resiliência demonstrada por Raadhika, para fazer face à situação de vulnerabilidade em que se encontra.

Nem sempre foi fácil estabelecer uma **relação terapêutica** com Raadhika durante os contactos telefónicos, sobretudo pelos preconceitos que habitualmente existem (e de que tem consciência) face às mulheres Nepalesas e que influenciaram a expressão das suas queixas; tendo apenas facilitado de alguma forma a comunicação com a utente o facto das teleconsultas terem sido realizadas por uma profissional de saúde mulher, que levou a cabo as seguintes **ações**:

- Clarificação com Raadhika sobre possíveis limitações da teleconsulta, em relação a uma consulta presencial, por forma, sempre que possível, a minimizá-las;
- Face à consciência da utente em relação aos preconceitos (incluindo estruturais/institucionais) para com as mulheres migrante Nepalesas, que podem influenciar a expressão das suas queixas, focalização da intervenção, sobretudo nas avaliações iniciais, na sintomatologia por Covid-19;
- Desmame progressivo da medicação ansiolítica, através da promoção de estratégias alternativas para controlo do stress e da insegurança (por exemplo, métodos de relaxamento já conhecidos de Raadhika, incluindo técnicas da cultura de origem como a meditação e a oração);
- Articulação com um Grupo de Psicoterapia Transcultural, para formação da profissional de saúde que acompanha Raadhika, em áreas relacionadas com o acompanhamento de utentes migrantes e com a gestão do bem-estar mental de pessoas em isolamento/pandemia; este grupo constituiu, também, um recurso importante para supervisão/discussão do caso clínico;

- Articulação com entidades de Saúde Pública, Proteção Civil e Segurança Social para ativação de alojamento adequado durante o período de isolamento;
- Articulação com Técnicos da Área Social para promover um melhor acesso de Raadhika ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e ao emprego;
- Envolvimento da rede comunitária imigrante, nomeadamente de Grupos de Mulheres Nepalesas que possam apoiar o processo pós-isolamento;
- Estímulo para o desenvolvimento de novos círculos de amizades, que possam constituir-se como rede de apoio adicional, tendo-se, nesse âmbito, identificado que o Reagrupamento Familiar com a filha iria acontecer em breve.



Doença Aguda e Atendimento Urgente

Caso Clínico 1:

Dificuldade Respiratória e Internamento Pediátrico da bebé Sumitr

Caraterização sociodemográfica e clínica da utente e família

Sumitr é uma bebé de dezoito meses de idade, de **nacionalidade Nepalesa**, cujos pais se encontram a residir em Portugal há cerca de dois anos. No entanto, nenhum deles fala Português e o seu conhecimento na língua Inglesa é, também, bastante deficitário. Face a esta **barreira linguística**, não foi possível apurar os antecedentes pessoais, alergias medicamentosas conhecidas e dados mais detalhados sobre as características sociodemográficas da criança e família.

Sabe-se que no **dia anterior ao episódio atual**, Sumitr terá dado entrada no Serviço de Urgência do Hospital, acompanhada pelos pais, com histórico de tosse e febre, com cerca de três dias de evolução. À entrada, apresentava-se febril, com sinais de dificuldade respiratória, nomeadamente tiragem global, polipneia, adejo nasal e gemido. Apresentava saturação periférica de oxigénio de 93% em ar ambiente, temperatura timpânica de 39° Celsius e uma frequência cardíaca de 180 batimentos por minuto. Face à barreira linguística já identificada, resultado dos pais de Sumitr não falarem Português e terem pouco domínio também da língua Inglesa, não foi possível compreender a evolução completa da sintomatologia da bebé, nem identificar a possibilidade de história de viagem recente e/ou de eventual contacto com infetados pela doença de Covid-19.

Na **triagem**, por apresentar hipertermia e por não se ter conseguido compreender se já teria sido instituída medicação antipirética no domicílio, foi-lhe administrado paracetamol segundo o protocolo antipirético do serviço e baseado no peso de Sumitr, e promovido, também, arrefecimento natural. Foram, ainda, feitas várias tentativas de realização de **“ensinos”** sobre intervenções medicamentosas e não medicamentosas de **controlo da febre**, embora com muito **pouco sucesso**.

Após observação médica, Sumitr realizou medicação broncodilatadora com recurso a câmara expansora e foi-lhe administrada medicação corticóide via oral. Realizou, também, colheita de zaragatoa para pesquisa de RNA Coronavírus (COVID – 19) e Radiografia (Rx) de Tórax. Aquando a administração da medicação, foram dadas **orientações** sobre a técnica de **administração de medicação inalatória** através de câmara expansora, assim como sobre efeitos secundários prováveis dessa medicação, uma vez mais **com pouco sucesso**, devido à barreira linguística descrita. Após realização da medicação, e pela franca melhoria dos sinais de dificuldade

respiratória, tem indicação médica para **manter a medicação no domicílio** e para regressar à urgência em caso de agravamento da sintomatologia.

Descrição do episódio atual

No **dia seguinte** ao primeiro atendimento urgente, Sumitr **regressa à Urgência** por agravamento dos sintomas, presumivelmente por fraca adesão terapêutica.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Na segunda vinda ao Hospital, os pais de Sumitr vêm acompanhados de um **tradutor informal**, que foi utilizado como **estratégia facilitadora** da comunicação com a equipa de saúde, traduzindo a informação transmitida da língua Portuguesa para a língua materna da família. Nesta altura, é proposto o **internamento** de Sumitr, para realização adequada da medicação, a que os pais acedem, tendo-se realizado, ainda, as seguintes **ações**:

- Com recurso desta vez a um tradutor formal, avaliação mais precisa sobre antecedentes pessoais da criança ou sobre alergias conhecidas, bem como sobre o início do quadro da doença;
- Aproveitando o recurso do tradutor formal, adaptação da linguagem utilizada aquando dos “ensinos” sobre a medicação instituída, por forma a garantir uma compreensão efetiva por parte dos pais;
- Discussão periódica, em equipa alargada, sobre o risco *versus* benefício de manter a criança internada durante todo o período necessário para a administração de medicação.

Caso Clínico 2:

Diabetes “Inaugural” da bebé Emma

Caraterização sociodemográfica e clínica da utente e família

Emma é uma bebé de dois anos e meio de idade, primeira filha de um **casal de origem Indiana**, mas que **nasceu na Dinamarca**. A família encontra-se em Portugal, em **situação irregular**, há cerca de cinco meses. Os pais **falam Inglês** e praticam a **religião Hindu**. Atualmente, a mãe de Emma encontra-se grávida de um(a) segundo(a) filho(a) e a criança fica com ela em casa durante o dia, enquanto o **pai procura trabalho**.

Em termos de **antecedentes pessoais**, Emma nasceu de gestação e parto sem intercorrências, tendo sido saudável até então, e não tendo histórico de internamentos e/ou cirurgias prévias. Como antecedentes familiares de relevo, destaca-se o facto do avô paterno ter Diabetes Mellitus.

Descrição do episódio atual

Emma é levada ao **Serviço de Urgência** por quadro de vómitos, sonolência, polidipsia (“ingestão de grande quantidade de líquidos”) e poliúria (“micções frequentes e em grande quantidade”). É diagnosticada com Cetoacidose Diabética (quadro inaugural de **Diabetes Mellitus tipo I**) e com **Anemia**, com défice de ácido fólico e de ferro.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Emma é, inicialmente, internada em **Unidade de Cuidados Intensivos**, para estabilização do ponto de vista metabólico. Após esse período, é transferida para **Enfermaria**, para continuidade de cuidados, tendo sido acionadas as seguintes **intervenções**:

- Trabalho conjunto das equipas médicas e de enfermagem para realização de “ensinos” relacionados com a terapêutica e com a vigilância diária da doença, nomeadamente monitorização da glicémia e corpos cetónicos, bem como técnica de administração da insulina e cálculos para acerto da posologia/dosagem a utilizar;

- Como durante todo o internamento nos Serviços Pediátricos Emma mantém-se acompanhada apenas pela mãe (o contexto da pandemia por Covid-19 limita a presença de apenas um acompanhante por criança), foi agendada reunião com o pai para que também pudesse ficar sensibilizado e capacitado para com a doença e os cuidados que esta implica;
- Auscultação sobre o conhecimento e expectativas dos pais de Emma acerca da Diabetes, enquanto doença crónica e com potencial de múltiplas comorbilidades, utilizando como ponto de partida a situação clínica (semelhante) do avô da criança;
- Face à idade precoce da criança, que limita a comunicação e o seu entendimento da doença, procura de estratégias em conjunto com os pais para lhe ir progressivamente transmitindo informação, adaptada ao seu estágio de desenvolvimento, nomeadamente referente às alterações nas rotinas e nos hábitos de alimentação que vão sendo necessárias acontecer;
- Iniciada reposição de ácido fólico e ferro, por se ter identificado que a dieta habitual da criança era caracterizada por hábitos de consumo de carne em pequena quantidade e sobretudo carnes brancas (mais pobres em ferro), bem como por um elevado consumo de laticínios (que inibem a absorção de ferro);
- Aconselhamento de uma dieta adaptada à Diabetes e que proporcione maior aporte de nutrientes, nomeadamente ácido fólico e ferro, por uma nutricionista sensível à influência da cultura, religião e condições socioeconómicas nos hábitos alimentares, e cuja intervenção é feita sem culpabilização dos pais pelos défices nutricionais da criança;
- Uma vez que foi detetado durante o internamento, que as imunizações de Emma não estavam de acordo com o Programa Nacional de Vacinação, e numa lógica oportunista, dada indicação aos pais para atualização das vacinas no Centro de Saúde da sua área de residência no pós-alta, explicitando que em Portugal todos os menores têm direito a essa intervenção, independentemente de terem ou não número de utente atribuído e/ou da sua situação legal no país; para reforçar isso, foi-lhes entregue uma carta de articulação com o Centro de Saúde nesse sentido;
- Também numa lógica de preparação da alta e de cuidados a médio/

logo prazo, foi entregue aos pais de Emma informação escrita em língua Inglesa sobre a doença, estratégias para o seu controlo e para prevenção de complicações; considerando que o que lhes foi transmitido oralmente, ao longo do internamento, pode não ser retido com tanta facilidade;

- Contacto com a “Linha de Apoio ao Migrante”, disponibilizada pelo Centro Nacional de Apoio a Integração de Migrantes (CNAIM), para ativar o direito de Emma em ter medicação crónica comparticipada, nomeadamente através do serviço de Prescrição Eletrónica de Medicamentos.

Caso Clínico 3:

Episódio de Otagia do menino Ahmed

Caraterização sociodemográfica e clínica do utente e família

Ahmed é um menino de 5 anos, **natural da Síria**, que viveu cerca de dois anos num **campo de refugiados** na Itália. Encontra-se em Portugal há cerca de um ano e meio, sendo utente da **Unidade de Saúde Familiar** da sua área de residência há alguns meses. A mãe, que habitualmente o acompanha às consultas, **não fala Português nem Inglês**.

Descrição do episódio atual

Ahmed vem com a mãe a uma **Consulta de Urgência** (aberta), por **otalgia**. Por **dificuldades comunicacionais**, desconhece-se historial clínico relevante, nomeadamente a duração da sintomatologia atual, bem como febre ou outros sintomas, e alergias anteriores. A mãe de Ahmed traz consigo dois **frascos de xarope do país de origem**, em mau estado de conservação, sendo que num deles é inclusive impossível ler o rótulo. Do outro frasco consegue decifrar-se tratar-se de Paracetamol.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Durante o início da consulta foi **difícil realizar o exame objetivo**, pelo facto da criança não conhecer o médico escalado para o serviço de urgência e por não

compreender o Português nem o Inglês. No entanto, foi possível identificá-lo como **elemento facilitador** à intervenção a presença de um assistente que acompanha a família e que, entretanto, se juntou à consulta. Aproveitando a sua presença, foram acionadas as seguintes **ações**:

- Identificação mais precisa sobre duração das queixas, terapêutica habitual e histórico de alergias; recurso, ainda assim, à funcionalidade “Google Tradutor” sempre que necessário;
- Auscultação sobre a forma como a família intervém na febre e dor, e sobre qual a sua experiência anterior com a administração de antibióticos ou de outra medicação;
- Contacto com a linha de tradução do Alto Comissariado para as Migrações (ACM), por forma a disponibilizar um tradutor formal em próximos contactos com a família; transmissão de informação sobre essa possibilidade à restante equipa;
- Envolvimento do assistente da família na compra da medicação prescrita, na administração da mesma e na vigilância da evolução clínica de Ahmed.

Caso Clínico 4:

Caso Clínico 4: Sintomas Gastrointestinais de Sunan e Diagnóstico de Pancreatite Aguda

Caraterização sociodemográfica e clínica do utente e família

Sunan é um jovem de 25 anos, **Tailandês**, trabalhador de estufas. Por **barreira linguística**, desconhecem-se antecedentes pessoais médicos e cirúrgicos, ou alergias anteriores.

Descrição do episódio atual

Sunan recorre ao **Serviço de Urgência** sozinho, com um quadro de dois dias de evolução de **dor abdominal** aguda (localizada ao epigastro), de início súbito e associada a **vómitos**. De acordo com o exame objetivo realizado e com os exames complementares solicitados, colocou-se como hipótese diagnóstica uma

Pancreatite Aguda. Assim, decidiu recorrer-se ao **internamento** de Sunan para fluidoterapia, analgesia e nutrição.

Proposta de intervenção multidisciplinar

O internamento de Sunan decorreu durante uma semana, com evolução favorável e sem intercorrências. Durante esse período foram identificadas como principais **dificuldades para intervenção** a barreira linguística, que dificulta a compreensão e prestação de cuidados, e a questão cultural associada às assimetrias de papéis de género, que influencia a relação entre a médica mulher, culturalmente hierarquicamente inferior, mas aqui responsável pela situação clínica de Sunan, que, por sua vez, se encontra em situação de fragilidade, mas cujo papel cultural é de superioridade. Daí que Sunan expressasse uma sensação de elevado desconforto de cada vez que a médica em causa solicitava examiná-lo. No entanto, foi identificado como **elemento facilitador** à relação médico-utente o facto de Sunan ter tido iniciativa de procurar cuidados, nomeadamente perante um quadro grave de debilidade física.

Durante o internamento de Sunan foram acionadas as seguintes **intervenções multidisciplinares e interinstitucionais**:

- Recurso a um mediador intercultural e tradutor, que permitiu recolher informação em falta sobre antecedentes médicos, cirúrgicos e alergias; também para clarificar se Sunan compreende as indicações acerca dos cuidados pós-alta;
- Face à recusa de Sunan em continuar a ser seguido pela médica responsável pelo seu caso, reorganização da equipa para que os cuidados pudessem ser prestados por um médico do sexo masculino;
- Clarificação sobre se Sunan tem capacidade económica de manter alguns dos cuidados pós-alta (alimentação branda e eventual medicação analgésica), e articulação com o Serviço Social nesse sentido;
- Contacto com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), pelo facto de Sunan ter expressado preocupações relativamente a não ser capaz de comparecer num agendamento nesta instituição, nomeadamente por ainda se poder encontrar internado nesse período (o que acabou por não se verificar);
- Agendamento de consulta pós-alta, para reavaliação da situação clínica e psicossocial de Sunan.

Caso Clínico 5:

Doença Inflamatória Pélvica de Ricardo, em Processo de Redesignação Sexual

Caraterização sociodemográfica e clínica do utente e família

Ricardo é um jovem **Caucasiano** de 20 anos, com **expressão de género** aparentemente **masculina**. Tem o 12º ano de escolaridade e encontra-se empregado. Face ao contexto volátil do atendimento urgente, não foi possível identificar o seu sistema de crenças e/ou outras caraterísticas sociodemográficas relevantes.

Descrição do episódio atual

Ricardo recorre ao **Serviço de Urgência Hospitalar** por queixas de **dor pélvica/abdominal** intensa, com três dias de evolução e agravamento no último dia, e por **febre** (38° Celsius), que cede ao Paracetamol.

À entrada, apresenta postura defensiva congruente com manifestação de dor, pelo que é sugerido para avaliação analítica e ecográfica de diagnóstico. Dos achados ecográficos destacam-se os seguintes resultados: ovários sem alterações, útero normodimensionado em ânteroversoflexão (AVF), linha endometrial de difícil definição, com aparente diagnóstico de **Doença Inflamatória Pélvica** (DIP). É, então, transferido para o Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (bloco de partos), sendo posteriormente **internado no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia**.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Numa **avaliação inicial** já em contexto de internamento, identificou-se como principal **barreira à intervenção** o facto de Ricardo tender a ocultar o seu processo de redesignação sexual; embora tenha acabado por partilhá-lo mais tarde com a equipa, tendo referido ponderar cirurgia ginecológica e conservação de gâmetas. Partilhou, também, ter existido um afastamento do pai após decisão de mudança de sexo, pelo que lhe foi permitido manter-se acompanhado pela mãe e pelo namorado ao longo de todo o internamento. No entanto, foi identificado como **elemento facilitador** à intervenção a sua boa adesão à terapêutica prescrita (metronidazol, doxiciclina e cefoxitina), sem renitência, tendo sido instituídas as seguintes **ações**:

- A equipa apostou fortemente em formação para uma atitude de maior abertura e de adaptação da linguagem, bem como de espaços mais inclusivos, pelo que foi permitido a Ricardo permanecer num quarto individual, com vestuário adequado ao género com que se identifica;
- Para além disso, como as ecografias ginecológicas são habitualmente realizadas no Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica, foi-lhe permitido realizar o controlo ecográfico no próprio internamento;
- Numa lógica de intervenção sistémica, que envolveu o utente, a família e, também, a articulação com Organizações Não-Governamentais (ONGs), auscultaram-se, ainda, outras possíveis necessidades individuais que Ricardo pudesse ter, pelo facto de se encontrar num serviço essencialmente dirigido a mulheres;
- Apresentação do caso em retrospectiva na reunião clínica de equipa, para identificação de pontos fortes e menos positivos, que possam contribuir para a melhoria dos cuidados em situações semelhantes à de Ricardo.



Acompanhamento de Doenças Crônicas

Caso Clínico 1:

Co-Morbilidades de Edmilson e a vivência em Condição de Sem-Abrigo

Caraterização sociodemográfica e clínica do utente e família

Edmilson tem 60 anos e é **natural de São Tomé e Príncipe**, encontrando-se a residir no país há 25 anos. Tem **formação académica** na área das Relações Internacionais e veio para Portugal por motivos de trabalho, nomeadamente o exercício de funções na embaixada de São Tomé e Príncipe, acompanhado da sua família nuclear, a mulher e dois filhos (de 25 e 30 anos de idade), respetivamente; um deles a residir entretanto no Reino Unido. A dado momento, existiu um período de grande desorganização na sua vida, que culminou numa **rutura dos laços familiares e laborais**, tendo-se divorciado da mulher e afastado dos filhos e da família de origem em São Tomé e Príncipe; acabando por ficar também, desempregado, e a viver na rua, na **condição de sem-abrigo**. Nessa altura, foi-lhe diagnosticado, por um serviço hospitalar de Psiquiatria em Portugal, uma **Perturbação Bipolar**, que terá precipitado o seu desemprego, o consumo de álcool/hábitos etílicos e a destruição dos laços familiares à data da descompensação. Acresceu, também, o diagnóstico de **Diabetes Mellitus** tipo 2 (mais recente), de difícil controlo, com necessidade de acompanhamento hospitalar, e com lesão de órgão-alvo (uma retinopatia que tem sido tratada com laser em consultas hospitalares de Oftalmologia).

Descrição do episódio atual

Face à situação de comorbilidade e de carência económica apresentadas foi **referenciado** para um Centro Médico de Apoio Comunitário, nomeadamente para **acompanhamento clínico** e para **apoio psicossocial** (alimentação diária, donativos mensais de outros bens essenciais, realização de higiene pessoal).

Proposta de intervenção multidisciplinar

Numa **avaliação inicial**, foi possível identificar melhor os **múltiplos antecedentes clínicos** de Edmilson, bem como os vários **serviços/instituições onde é acompanhado** e a **medicação** que faz habitualmente. Apurou-se que é seguido em serviço de Psiquiatria Hospitalar e que se encontra medicado com Quetiapina, Sertralina e Valproato de sódio orais, com boa resposta, apresentando estabilização clínica de longa data. Para além disso, faz administração de insulina de ação

lenta e rápida e antidiabéticos orais, sendo seguido em consultas hospitalares de Diabetologia, Nutrição e Oftalmologia. Tem, também, prescrito Lisinorpil, para controlo da Hipertensão arterial, tendo-se percebido que sofre, também, de Cardiopatia dilatada e função sistólica globalmente reduzida. É, ainda, acompanhado nos cuidados de saúde primários, pelo médico de família. Atualmente, nega hábitos tabágicos, alcoólicos ou de outras substâncias de carácter aditivo.

Identificaram-se como principais **barreiras** à intervenção com Edmilson, o facto de, nas condições precárias em que vive (uma habitação temporária, a que o próprio designa de “barraca”), ser difícil realizar a avaliação da tensão arterial regularmente, tal como seria desejável. Para além disso, constitui-se como um grande desafio o controlo da Diabetes através da alimentação, uma vez que a maioria dos alimentos que ingere provêm de donativos, sem possibilidade de escolha, e é habitual o utente partilhar algumas das suas refeições com um amigo, também em situação de sem-abrigo, o que contribui para que apresente hipoglicémias frequentes. No entanto, são **elementos facilitadores** à intervenção, o facto de Edmilson manter uma postura de grande interesse pela sua saúde e motivação para adesão ao plano de cuidados e tratamento.

Face ao complexo contexto descrito, no Centro Médico foi proposto para acompanhamento por várias especialidades (serviço social, psicologia, apoio técnico na gestão de consultas e aquisição de medicação), sem contudo substituir o trabalho desenvolvido pelas instituições/serviços onde já era acompanhado, intervindo-se ao invés de forma complementar e através de uma articulação em equipa. Dessa intervenção multidisciplinar e interinstitucional, destacam-se as seguintes **ações**:

- Tendo em conta que a patologia psiquiátrica de Edmilson foi diagnosticada há cerca de 25 anos, altura em que existia uma menor sensibilidade para os aspetos da diversidade cultural, com risco acrescido de “patologização” indevida, foi realizado diagnóstico diferencial sobre alterações/comportamentos inicialmente identificados como patológicos e que possam, na verdade, ser explicados por questões culturais;
- Orientação para avaliação da tensão arterial no centro de saúde, ao invés de na farmácia, que implica custos, para apresentação de registos periódicos dos valores tensionais na consulta hospitalar de Diabetologia; aumentando assim, a sensação de autonomia e de controlo de Edmilson sobre o seu estado de saúde;
- Articulação entre os profissionais da consulta hospitalar de Diabetologia

e os técnicos de serviço social do Centro Médico, para que o utente começasse a utilizar um sensor de glicémia, que permite avaliações contínuas, contornando assim as suas dificuldades visuais na “picagem do dedo”, resultantes da retinopatia e da pouca luminosidade do local onde habita;

- Realização de um plano alimentar realista face às condições em que o utente vive e cedência de reforço de alimentação, para que o mesmo possa continuar a partilhar refeições, mas sem riscos significativos para a sua saúde;
- Cedência do “*kit* básico de autonomia”, que inclui passe para utilização de transportes públicos, telemóvel e acompanhamento na construção de currículos e na procura de ofertas de emprego;
- Estímulo para retomar laços familiares importantes, nomeadamente com os filhos e a ex-mulher, com quem mantém atualmente uma relação cordial, e com a família de São Tomé e Príncipe, com quem contactou por videochamada na altura do Natal;
- Estímulo para voltar a celebrar momentos significativos, como o dia de aniversário, em que comprou um livro cujo título considera ilustrativo da fase da vida em que se encontra (“Ame-se a si próprio”) e que constituiu uma motivação adicional para estar presente em consulta nesse dia;
- Face à estabilização da sua patologia psiquiátrica, adesão terapêutica e elevado sentido de responsabilidade, encaminhamento para o programa “Housing First”, que pretende retirar as pessoas da situação de sem-abrigo, providenciando-lhes uma casa e acompanhando-as no sentido de uma autonomização crescente.

Caso Clínico 2:

Alba e Complicações de uma Diabetes mal Controlada

Caraterização sociodemográfica e clínica da utente e família

Alba tem 55 anos é **natural de Espanha**, e **veio para Portugal** com treze anos, para se **casar**, por tradição da sua etnia. Tem oito filhos e **não sabe ler nem escrever**, pois frequentou apenas o 2º ano de escolaridade, que não completou por elevado absentismo e por diversas condicionantes socioeconómicas, tais como: o facto de ter perdido o pai aos oito anos, de viver em condições habitacionais precárias, de ser a mais velha de onze filhos e de ter ido viver com uma tia que a “utilizava” para a prática de trabalhos domésticos forçados; também o facto de ter tido o primeiro filho aos catorze anos. Atualmente, reside em Cascais com o marido, um cunhado e um filho menor de quinze anos.

Em termos de **historial clínico**, apresenta uma **Diabetes não controlada** com diversas complicações (Glaucoma, Polineuropatia diabética, Retinopatia diabética e Periodontite) e diagnóstico anterior de Covid-19. Em Espanha, não se recorda de alguma vez ter recorrido aos serviços de saúde, por considerar que estes são pouco acessíveis a pessoas com carências económicas. Em Portugal, recorreu aos serviços de saúde apenas na fase final das gravidezes, não tendo nenhuma delas sido devidamente vigiada.

Descrição do episódio atual

No início do ano passado (em pleno pico da pandemia por Covid-19), Alba é admitida no **Serviço de Urgência** do hospital da sua área de residência, devido a uma **queda** na entrada do prédio, que se pressupõe ser decorrente de perda acentuada de visão (indica não ser capaz de ver as escadas). Refere dores na coluna e ombro esquerdo, e verbaliza ter muito receio da ida ao contexto hospitalar, mesmo considerando que não se encontra bem. Demonstra-se arrependida por não ter recorrido aos serviços de saúde assim que teve os primeiros sinais de défice de acuidade visual, pois considera que, se assim fosse, talvez a situação não se tivesse agravado tanto. Demonstra **limitações físicas** devido à doença não controlada e **adesão tardia à terapêutica** prescrita. É diagnosticada com **traumatismo**, **diabetes** não controlada e **cegueira**, e transferida para **Enfermaria**, para estabilização da situação clínica.

Proposta de intervenção multidisciplinar

Numa **avaliação inicial**, foi possível identificar como principais **barreiras à intervenção** o facto de a utente ser de outra nacionalidade e não dominar, ainda, a língua Portuguesa e as suas dificuldades ao nível da mobilidade; acrescidas pelo facto de o marido de Alba ter tido um Acidente Vascular Cerebral (AVC) recente e se encontrar, também, com mobilidade reduzida. No entanto, foram identificados como **elementos facilitadores** ao acompanhamento de Alba o facto de toda a equipa da Enfermaria ser constituída por mulheres, o que poderá contribuir para o desenvolvimento de uma certa “empatia de género” e o facto dessa equipa ter já estabelecido um contacto estreito com a Unidade de Saúde Familiar da área de residência de Alba, e particularmente com a sua médica de família, aquando o diagnóstico de AVC do seu marido. Face a estes elementos, foram desenvolvidas as seguintes **ações multidisciplinares e interinstitucionais**:

- Durante o internamento, estabelecimento de uma relação empática que respeite o mais possível as especificidades culturais das vivências de Alba e promoção do envolvimento da rede familiar de suporte, para além do marido;
- Articulação com os técnicos de Serviço Social do Hospital e da Unidade de Saúde Familiar, e também com o Psicólogo dos Cuidados de Saúde Primários, para melhor planeamento da alta, nomeadamente para agendamento de visitas domiciliárias semanais de acompanhamento da situação do casal;
- Identificação de rede de apoio formal para transporte do marido de Alba ao Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, durante o período de internamento e no pós-alta;
- Identificação de instituição comunitária que preste apoio domiciliário ao casal no pós-alta e encaminhamento de ambos para cantina social;
- Proposta de Alba para benefício de prestação social.



4. Promoção de (Mais) Saúde em (Mais) Equidade

Com a crescente diversidade das populações de utentes de serviços de saúde na maioria das sociedades contemporâneas, os/as profissionais de saúde devem ser capazes de atender e ser responsivos/as à diversidade individual e cultural, garantindo a equidade no acesso a cuidados de saúde individualizados e de elevada qualidade. Com efeito, os/as profissionais de saúde desempenham um papel essencial na proteção e promoção dos direitos à saúde de todas as pessoas, sem distinção de sexo, orientação sexual, identidade e expressão de género, etnia/raça, nacionalidade e estatuto migratório, idade, diversidade funcional ou quaisquer outras posições individuais e/ou culturais.

Apesar da multiplicidade de casos clínicos apresentados, algumas das propostas de intervenção sugeridas por profissionais de saúde como exemplos de **boas práticas** acabam por constituir-se como **transversais aos vários contextos de diversidade** que sumariamos em **estratégias-chave**.

Estratégias-Chave

Avaliação o mais detalhada possível do historial clínico dos/as utentes

e de aspetos culturais, religiosos/espirituais, económicos, sociais, gastronómicos que possam influenciar as expectativas, crenças e práticas de saúde, por forma a acolhê-los o mais possível nas intervenções realizadas (por exemplo, nos cuidados de saúde materno-infantis);

Pesquisa e questionamento sobre modelos e hábitos de saúde

de países de origem (quando aplicável) e, sempre que possível, adaptação das intervenções/aconselhamento a essas práticas;

Recurso a intérpretes/ tradutores ou mediadores interculturais

que permitam estabelecer uma relação de confiança e comunicação mais eficazes;

Disponibilização de contacto alternativo mais direto

(por exemplo, telefone, email), como meio de comunicação complementar às consultas/atendimentos, para melhor responder ao desconhecimento do sistema de saúde e às barreiras linguísticas e administrativas ao acesso por parte destes utentes;

Utilização de informação escrita

acerca de determinadas condições clínicas e tratamentos / intervenções devidamente traduzida e adaptada culturalmente;

Formação de profissionais de saúde em questões relativas à discriminação

relacionada com etnia, condições de refúgio/migração, tráfico humano, doença mental, entre outros, para melhor identificarem e intervirem nas situações de estigma e preconceito vivenciadas pelos/as utentes que acompanham;

Discussão dos casos clínicos em equipa multidisciplinar,

para viabilização de soluções conjuntas mais eficazes e adaptadas ao contexto de cada utente/família e no sentido, também, de reflexão e partilha sobre boas práticas;

Identificação e articulação com fontes de suporte social

formal e informal (por exemplo, familiares, amigos, instituições de apoio domiciliário);

Articulação, quando necessário, com outras instituições/profissionais de saúde;

Agendamento de novas consultas/atendimentos, para acompanhamento regular

de utentes e famílias e intervenção numa lógica “oportunista” (por exemplo, aproveitar um primeiro contacto com os cuidados de saúde para atualização do esquema vacinal de acordo com o Plano Nacional de Vacinação);

Prescrição social,

encaminhando utentes para recursos ou projetos comunitários, que respondam às suas necessidades psicossociais abrangentes, permitindo, ao mesmo tempo, promover a sua autonomia e uma melhor integração social (por exemplo, associações ou grupos de apoio a comunidades migrantes específicas).

Conclusão

Existe um cada vez maior reconhecimento da necessidade de cuidados de saúde centrados na pessoa para responder às disparidades em saúde com base em determinantes sociais e culturais. No presente manual de casos clínicos, procurámos refletir a exploração das relações entre a saúde e os contextos sociais, culturais e globais mais amplos, com o objetivo de melhorar os *outcomes* de saúde e bem-estar de utentes nacionais de países terceiros e outros de grupos sociais minoritários e/ou estigmatizados. Para isso, descrevemos os contributos de formandos/as do programa de formação realizado no âmbito do projeto “Saúde em Igualdade”, que apresentaram e discutiram casos reais da sua prática clínica. Desta forma, deixamos um agradecimento aos/às formandos/as, profissionais de saúde que partilharam de forma rica e motivada os seus casos clínicos e experiências, recursos e desafios, e sem os quais o presente manual não seria possível. Com eles/as, partilhamos o compromisso ativo para com a melhoria da saúde e bem-estar de grupos socialmente marginalizados, e o reconhecimento que a prática clínica em contextos culturais diversos exige formação e reflexão contínuas para todos/as os/as profissionais de saúde, desde a formação académica e ao longo da carreira profissional.

Para além de ilustrações práticas de casos clínicos, esperamos que este manual contribua para promover uma maior consciencialização das dimensões sociais, políticas e culturais da saúde, nomeadamente a pobreza, o racismo, o sexismo, e outras discriminações interseccionais. Alinhadas com Kirmayer (2012, 2019, 2023), propomos uma abordagem às competências clínicas que é cultural, ecológica e social, isto é, que enfatiza as formas como os significados e as práticas culturais medeiam os efeitos dos determinantes sociais da saúde nos mecanismos e processos de saúde e doença. Partindo da psicologia crítica da saúde (Morison, Lyons & Chamberlain, 2019), defendemos que a promoção da saúde e bem-estar de *todas as pessoas* requer a expansão do enfoque individual para uma perspetiva social e cultural, e conseqüentemente, requer uma compreensão mais ampla da saúde e da doença nos seus contextos sociais, culturais, políticos e históricos.



5. Referências Bibliográficas

Alarcão, V., Roberto, S., França, T., & Moleiro, C. (2022). Standing Up for Culturally Competent Care in Portugal: The Experience of a “Health in Equality” Online Training Program on Individual and Cultural Diversity. *Societies*, 12(3), 80. <https://doi.org/10.3390/soc12030080>

Bäckström, B. (2009). *Saúde e imigrantes: As representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*. Lisboa: ACIDI.

Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 697–712. doi:10.1016/j.ijintrel.2005.07.013.

Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2014). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Belmont: Wadsworth.

Byrne, M. K. (2013). Enhancing Adherence to Medications. In M. L. Caltabiano and L. Ricciardelli (Eds.), *Applied Topics in Health Psychology* (pp. 446-461). United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Colby, J. A., Wang, F., Chhabra, J., & Pérez-Escamilla R. (2012). Predictors of medication adherence in an urban Latino community with healthcare disparities. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(4), 589-595. doi: 10.1007/s10903-011-9545-7.

Consedine, N. S. (2011). The demographic, system, and psychosocial origins of mammographic screening disparities: Prediction of initiating versus maintenance screening among immigrant and non-immigrant women. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(4), 570-582. doi: 10.1007/s10903-011-9524-z.

Delgadillo J, Asaria M, Ali S, Gilbody S. (2016). On poverty, politics and psychology: the socioeconomic gradient of mental healthcare utilisation and outcomes. *Br J Psychiatry*, 209(5):429-430. doi: 10.1192/bjp.bp.115.171017

Delgadillo J. (2028). Worlds apart: social inequalities and psychological care. *Counsel Psychother Res*, 18:111–3. doi: 10.1002/capr.12168

Dias, S. F., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research* 8, 200–207. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-207>.

Dovidio, J. F., Love, A., Schellhaas, F. M. H., & Hewstone, M. (2017). Reducing intergroup bias through intergroup contact: Twenty years of progress and future directions. *Group Processes & Intergroup Relations*, 20(5), 606-620. doi:10.1177/1368430217712052.

Fox, M., Thayer, Z., & Wadhwa, P. D. (2017). Assessment of acculturation in minority health research. *Social Science & Medicine*, 176, 123-132. doi: org/10.1016/j.socscimed.2017.01.029.

Gimeno-Feliu, L. A., Armesto-Gómez, J., Macipe-Costa, R., & Magallón-Botaya, R. (2009). Comparative study of pediatric prescription drug utilization between the Spanish and immigrant population. *BMC Health Services Research*, 9, 217-225. doi: 10.1186/1472-6963-9-225.

Griva, K., Ng, H. J., Loei, J., Mooppil, N., McBain, H., & Newman, S. P. (2013). Managing treatment for end-stage renal disease-a qualitative study exploring cultural perspectives on facilitators and barriers to treatment adherence. *Psychology & Health*, 28(1), 13-29. doi: 10.1080/08870446.2012.703670. Epub 2012 Jul 11.

Gurung, R. A. R. (2006). *Health psychology: A cultural approach*. Belmont: Thomson Higher Education.

Hakonsen, H., & Tuverud, E. L. (2011). Special challenges for drug adherence following generic substitution in Pakistani immigrants living in Norway. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67(2), 193-201. doi: 10.1007/s00228-010-0960-9.

Hall, J. A., & Roter, D. B. (2011). Physician-Patient Communication. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 317-346). Oxford: University Press.

Hannan, J. (2015). Minority mothers' healthcare beliefs, commonly used alternative healthcare practices, and potential complications for infants and children. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(6), 338-348. doi:10.1002/2327-6924.12153.

House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (2004). Social relationships and health. In W. D. Marelich & J. F. Erger (Eds.), *The social psychology of health: Essays and readings* (pp. 237-246). Thousand Oaks: Sage Publications.

Kirmayer L.J. (2019). The Politics of Diversity: Pluralism, Multiculturalism and Mental Health. *Transcultural Psychiatry*, 56(6):1119-1138. doi:[10.1177/1363461519888608](https://doi.org/10.1177/1363461519888608)

Kirmayer, L.J. The place of the social in psychiatry: from structural determinants to

the ecology of mind. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **60**, 771–783 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02772-5>

Kirmayer, L.J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49, 149–64. [10.1177/1363461512444673](https://doi.org/10.1177/1363461512444673)

Landrine, H., & Klonoff, E. A. (2001). Cultural Diversity and Health Psychology. In Baum, A., Revenson, T. A., & Singer, J. E. (Eds), *Handbook of Health Psychology* (pp. 851-892). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Marmot, M. (2004). *The status syndrome: How social standing affects our health and longevity*. New York: AHolt Paperback.

Martin, L. R., Haskard-Zolnierok, K. B., & DiMatteo, M. R. (2010). *Health Behavior Change and Treatment Adherence: Evidence-Based Guidelines for Improving Healthcare*. Oxford: University Press.

McNicholas, F. (2012). To adhere or not, and what we can do to help. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(12), 657-663. doi: [10.1007/s00787-012-0304-7](https://doi.org/10.1007/s00787-012-0304-7).

McQuaid, E. L., & Landier, W. (2017). Cultural issues in medication adherence: disparities and directions. *Journal of General Internal Medicine*, 33, 200-206. doi: [10.1007/s11606-017-4199-3](https://doi.org/10.1007/s11606-017-4199-3).

Mills, S. D., Fox, R. S., Gholizadeh, S., Klonoff, E. A., & Malcarne, V. L. (2017). Acculturation and Health Behaviors Among African Americans: A Systematic Review. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 48(7), 1073-1097. Available from: <https://doi.org/10.1177/0022022117717029>.

Morison, T., Lyons, A., & Chamberlain, K. (2019). Critical Health Psychology: Applications for Social Action. In K. C. O'Doherty, and D. Hodgetts (eds), *The Sage handbook of applied social psychology* (pp. 215-231). Thousand Oaks, CA: Sage.

Shapiro, R., & Herivel, M. (2006). In W. T. O'Donohue & E. R. Levensky (Ed.), *Promoting treatment adherence: A practical handbook for health care providers* (pp. 119-134). Thousand Oaks: Sage Publications.

Straub, R.O. (2012). *Health Psychology: A Biopsychosocial Approach*. New York: Worth Publishers.

Taylor, S. E. (2011). Social Support. In Friedman, H. S. (Ed), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 189-214). Oxford: University Press.

Taylor, S. E., Repetti, R. L., & Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how it gets under your skin? *Annual Review of Psychology*, 48, 411-447. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.411.

Thomas, J.C. & Hersen, M. (Eds.) (2010). *Handbook of Clinical Psychology Competencies*. Springer.

Tijerina, M. S. (2006). Psychosocial factors influencing Mexican-American women's adherence with hemodialysis treatment. *Social Work in Health Care*, 43(1), 57-74. doi: 10.1300/J010v43n01_04.

Tijerina, M. S. (2009). Mexican American women's adherence to hemodialysis treatment: A social constructivist perspective. *Social Work*, 54(3), 232-242. doi: 10.1093/sw/54.3.232.

Vissman, A. T., Hergenrather, K. C., Rojas, G., Langdon, S. E., Wilkin, A. M., & Rhodes, S. (2011). Applying the theory of planned behavior to explore HAART adherence among HIV-positive immigrant Latinos: Elicitation interview results. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 454-460. doi: 10.1016/j.pec.2010.12.004.

Wafula, E. G., & Snipes, S. A. (2014). Barriers to health care access faced by black immigrants in the US: theoretical considerations and recommendations. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(4), 689-698. doi: 10.1007/s10903-013-9898-1.

Whittal, A., & Lippke, S. (2016). Investigating patients with an immigration background in Canada: relationships between individual immigrant attitudes, the doctor-patient relationship, and health outcomes. *BMC Public Health*, 16(23), 1-10. doi:10.1186/s12889-016-2695-8.

Whittal, A., Hanke, K., & Lippke S. (2017). Investigating acculturation orientations of patients with an immigration background and doctors in Canada: implications for medical advice adherence. *Quality of Life Research*, 26(5), 1223-1232. doi: 10.1007/s11136-016-1438-8.

Zolnierek, K. B. H, & DiMatteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.

SAÚDE EM EQUIDADE

MANUAL DE CASOS CLÍNICOS
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
EM CONTEXTOS DE DIVERSIDADE CULTURAL

Projeto financiado pelo Fundo para o Asilo, a Migração e a Integração
(FAMI PT/2019/FAMI/439)